„Consolidarea rețelei naționale de furnizori de îngrijiri primare de sănătate pentru îmbunătățirea stării de sănătate a populației, copii și adulți (inclusiv populație vulnerabilă)”

GHID DE PREVENȚIE

SĂNĂTATEA REPRODUCERII ȘI SEXUALITĂȚII LA TINERI

Pentru mai multe detalii: https://www.eeagrants.ro, https://proiect-pdp1.insp.gov.ro/

Lucrăm împreună pentru o Europă sănătoasă!

Programul „Provocări în sănătatea publică la nivel european” finanțat prin Mecanismul Financiar al Spațiului Economic European (SEE) 2014-2021
Operator de Program - Ministerul Sănătății, Promotorul Proiectului - Institutul Național de Sănătate Publică

Iceland Liechtenstein Norway grants

INSP

Institutul Național pentru Sănătatea Mamei și Copilului "Alessandrescu - Rusescu" București

NIPH Norwegian Institute of Public Health

Helsedirektoratet Norwegian Directorate of Health

World Health Organization

Iceland Liechtenstein Norway grants | INSP | Institutul Național pentru Sănătatea Mamei și Copilului "Alessandrescu - Rusescu" București | NIPH Norwegian Institute of Public Health | Helsedirektoratet Norwegian Directorate of Health | World Health Organization

Programul „Provocări în Sănătatea Publică la nivel European”

Proiectul PDP 1 „Consolidarea rețelei naționale de furnizori de îngrijiri primare de sănătate pentru îmbunătățirea stării de sănătate a populației, copii și adulți (inclusiv populație vulnerabilă)”

Ghid de prevenție

Sănătatea reproducerii și sexualității la tineri

București

2022

Proiectul

Ghidul a fost realizat în cadrul proiectului:

„Consolidarea rețelei naționale de furnizori de îngrijiri primare de sănătate pentru îmbunătățirea stării de sănătate a populației, copii și adulți (inclusiv populație vulnerabilă)”

Programul „Provocări în sănătatea publică la nivel european”

Promotor

Institutul Național de Sănătate Publică

Dr. Leonte Anastasievici 1-3, 050463, București

www.insp.gov.ro

Parteneri

Institutul Național pentru Sănătatea Mamei și Copilului “Alessandrescu-Rusescu”

Bulevardul Lacul Tei 120, 20382, București

https://www.insmc.ro/

Disclaimer

Profesioniștii din domeniul sănătății primare sunt încurajați să ia în considerare recomandările acestui ghid atunci când iau decizii clinice în domeniul prevenției. Prezentele recomandări nu înlocuiesc judecata clinică și responsabilitatea profesioniștilor din domeniul sanitar de a lua decizii adecvate circumstanțelor fiecărui pacient, în consultare cu pacientul și / sau tutorele sau îngrijitorul lor.

COLECTIVUL DE ELABORARE A GHIDULUI

Doina Bologa
Oana Clocotici
Gabriela Mateoc
Lavinia Nanu
Ecaterina Stativă

COORDONARE GHID

Michaela Nanu

REVIZUIRE GHID

Ileana Brînză
Stelian Cantea
Manuela Renata Dănescu
Mihai Horga

Dr. Michaela Nanu - medic, cercetător științific gr. 1, coordonator proiect, expert INSMC

Dr. Doina Bologa - medic, expert INSMC

As. univ. Oana Clocotici - asistent social, expert INSMC

Dr. Gabriela Mateoc - medic, expert INSMC

Dr. Lavinia Nanu - medic, expert INSMC

Dr. Ecaterina Stativă - cercetător științific gr. 1, sociolog, expert INSMC

Tehnoredactare: Ioana Nanu, INSMC

Print: Tipografia București S.R.L.

ISBN: 978-606-098-069-8

Material realizat în cadrul proiectului PDP 1 „Consolidarea rețelei naționale de furnizori de îngrijiri primare de sănătate pentru îmbunătățirea stării de sănătate a populației, copii și adulți (inclusiv populație vulnerabilă)" finanțat prin Mecanismul Financiar SEE 2014-2021, în cadrul Programului „Provocări în Sănătatea Publică la nivel European".

Decembrie 2022, București

Conținutul acestui material nu reprezintă în mod necesar poziția oficială a Granturilor SEE 2014-2021. Întreaga răspundere asupra corectitudinii și coerenței informațiilor prezentate revine inițiatorilor.

Pentru informații oficiale privind granturile SEE accesați

https://www.eeagrants.ro/

și

http://www.ro-sanatate.ms.ro/index.php/ro/

CUVÂNT ÎNAINTE

Prezenta lucrare a fost elaborată în cadrul Proiectului: ”Consolidarea rețelei naționale de furnizori de îngrijiri primare de sănătate pentru îmbunătățirea stării de sănătate a populației, copii și adulți (inclusiv populația vulnerabilă)” cu obiectivul de a fi un instrument la dispoziția profesioniștilor din medicina primară, comunitară și școlară pentru desfășurarea activităților de prevenție în domeniul sănătății reproducerii la adolescenți și tineri.

În concordanță cu scopul proiectului menționat, autorii prezentului material își propun îmbunătățirea cunoștințelor și abilităților celor interesați, în principal medici de familie, medici școlari, asistente medicale comunitare, de a desfășura activități de informare, educare și comunicare, individuale sau de grup în domeniul sănătății reproducerii, având ca beneficiari principali adolescenții și secundar părinții acestora.

Considerăm că plaja grupurilor profesionale cărora se adresează acest material se poate extinde la cadre didactice, psihologi școlari, asistenți medicali, moașe și nu numai, care în funcție de interesul tematic manifestat pot parcurge și prelua anumite aspecte din materialul prezentat.

Pentru a răspunde cerințelor activității menționate în proiect, a fost elaborat un material complex constituit din două părți, care combină caracteristicile unui ghid de practică medicală bazat pe dovezi științifice, cu cele ale unui manual de activități practice de predare -învățare în domeniul sănătății reproducerii și sexualității la adolescenți și tineri.

Prima parte cu structura unui ghid conține noțiuni teoretice elaborate pe baza transpunerii recomandărilor din ghidurile și materialele științifice naționale și internaționale la situația sănătății reproducerii la adolescenți și tineri din România și a nevoilor de cunoaștere a profesioniștilor din asistența medicală primară și comunitară.

Temele care sunt aduse în discuție în capitolele primei părți sunt creșterea și dezvoltarea în adolescență, sarcina la adolescente și prevenirea acesteia, bolile cu transmitere sexuală, HIV / SIDA, violența, comunicarea -consilierea.

Fiecare capitol are o structură unitară cu aspecte teoretice generale, recomandări din ghidurile internaționale particularizate la adolescenți și intervenții propuse profesioniștilor din asistența medicală primară și comunitară în domeniul tematic de referință.

A doua parte îmbracă forma și structura unui manual ce conține module de învățare în grup, ca model pentru a fi susținute de un facilitator (medic de familie, medic școlar, asistentă medicală comunitară) și se bazează pe transpunerea în practică a noțiunilor teoretice din prima parte completate cu unele informații a căror cunoaștere este necesară în abordarea de către adolescent a comportamentelor preventive. Fiecare lecție prezintă tehnici de învățare interactive care susțin noțiunile teoretice prezentate. În cadrul unei planificări, lecțiile din manual pot fi abordate singular, de sine stătător sau integrate în celelalte module de învățare.

Respectând metodologia de elaborare și structura ghidurilor de prevenție elaborate de INSP și INSMC considerăm ca prezenta lucrare contribuie la atingerea scopului și a obiectivelor proiectului „Consolidarea rețelei naționale de furnizori de îngrijiri primare de sănătate pentru îmbunătățirea stării de sănătate a populației, copii și adulți (inclusiv populația vulnerabilă)”.

Complexitatea abordării acestei arii tematice a fost realizată de autori care sunt cercetători, experți sau practicieni în domeniul sănătății reproductive a adolescenților precum și în domenii conexe.

Până la actuala formă finală, ghidul a fost prezentat și evaluat, în două etape, de profesioniștii cărora li se adresează precum și de un grup de experți revizori. Recomandările lor au fost valorificate în ghid.

Le mulțumim tuturor!

CUPRINS

PARTEA I

PREVENȚIE ÎN SĂNĂTATEA REPRODUCERII ȘI SEXUALITĂȚII LA ADOLESCENȚI ȘI TINERI 1

Capitolul 1.

Introducere. Contextul problemei 1

Capitolul 2.

Dezvoltarea psiho-somatică și emoțională în perioada pubertății și adolescenței 5

Definirea adolescenței 5
Caracteristici cheie de dezvoltare asociate etapelor adolescentei 7
Etapa prepubertății - copii sub 10 ani 7
Etapa adolescenței timpurii - copii între 10-14 ani 8
Etapa adolescenței mijlocii -copii 15 - 19 ani 9
Etapa adultului tânăr de 20-24 de ani 9
Stima de sine la adolescenți 10
Bibliografie 11

Capitolul 3.

Sarcina la adolescente și tinere 13

Introducere 13
Urmărirea sarcinii la adolescente 17
Asistența prenatală și asistența postnatală 17
Avortul în siguranță 26
Bibliografie 32

Capitolul 4.

Prevenirea sarcinii. Planificare familială. Contracepție 35

Definiții; importanța problemei 35
Context organizatoric și legal al serviciilor de planificare familială 36
Contracepția la adolescenți și tineri 36
Efecte pozitive ale utilizării metodelor de contracepție 37
Bariere în folosirea metodelor de contracepție de către adolescenți și tineri 37
Recomandări bazate pe dovezi. Criterii medicale de eligibilitate 38
Tipuri de contraceptive 41
Recomandări de intervenții pentru personalul medical din asistența medicală primară și comunitară 46
Mesaje cheie 47
Bibliografie 47
Anexe 49

Capitolul 5.

Prevenirea infecției HIV / SIDA în rândul adolescenților 63

Date generale despre infecția HIV / SIDA 63
Definiție 63
Epidemiologia HIV / SIDA UE / SEE 63
Situația infecției HIV / SIDA în România 64
Semne și simptome 64
Transmitere 64
Modul de transmitere a HIV în țările UE / SEE 64
Grupuri prioritare de risc 64
Efectele sociale ale infecției HIV 65
Stigma și discriminarea persoanelor care trăiesc cu HIV 65
Consecințe ale stigmei și discriminării 66
Diagnostic 66
Fereastra imunologică și testarea HIV 66
Tratament 67
Prevenirea infecției HIV 67
Recomandări pentru personalul din asistența medicală primară și comunitară în prevenirea bolilor cu transmitere sexuală și infecția HIV 67
Bibliografie 69
Anexa 70

Capitolul 6.

Infecții cu transmitere sexuală 71

Definiții. Importanța problemei (epidemiologie) 71
Aspecte specifice celor mai frecvente infecții cu transmitere sexuală 72
Clamidioza 72
Gonoreea 73
Sifilis 73
Infecţia cu virusul papiloma uman 74
Herpers genital 75
Hepatita 75
Prevenirea ITS 75
Bibliografie 78

Capitolul 7.

Violența în contextul sănătății sexuale și reproductive 79

Importanța problemei, definiții 79
Violența asupra adolescenților, tinerilor,

femeilor și bărbaților 80
Consecințele violenței asupra adolescenților, tinerilor, femeilor și bărbaților 82
Managementul situațiilor de violență în România 82
Activităţi de prevenire a violenței 85
Recomandări pentru profesioniștii din sistemul de sănătate 85
Mesaje cheie 86
Bibliografie 86

Capitolul 8.

Comunicarea 89
Noţiuni despre comunicare 89
Definiția și funcțiile comunicării 89
Procesul de comunicare 89
Formele de comunicare 90
Stilurile de comunicare 90
Ascultarea activă și feedback-ul 91
Barierele în comunicare 92
Comunicarea în sănătatea reproducerii și sexualității la adolescenți 94
Educația pentru promovarea sănătății reproducerii și sexualității 94
Consilierea în sănătatea reproducerii 94
Rolul asistenței medicale comunitare 96
Bibliografie 97

PARTEA II

EDUCAȚIE PENTRU SĂNĂTATEA REPRODUCERII ȘI SEXUALITĂȚII TINERILOR 99

PARTEA I
SĂNĂTATEA REPRODUCERII ȘI SEXUALITĂȚII LA ADOLESCENȚI ȘI TINERI

CAPITOLUL I
INTRODUCERE. CONTEXTUL PROBLEMEI

Contextul problemei

Adolescența este o perioadă de tranziție majoră din punct de vedere fizic, emoțional și social de la cea a copilăriei la cea de adult. Se apreciază că, majoritatea adolescenților traversează această perioadă fără a se confrunta cu riscuri majore pentru sănătatea și bunăstarea lor. În același timp sunt și mulți adolescenți care întâmpină dificultăți în această tranziție, asumând comportamente sexuale și sociale riscante. Acestea le pun în pericol sănătatea în anii de formare și conduc la rezultate precare de sănătate la vârsta adultă. Schimbările societale și modelele de comportament la nivel mondial creează o confluență de factori care expun adolescenții de azi la riscuri crescute și rezultate precare în sănătate, mult mai mari decat în vremurile anterioare.

Provocările la adresa sănătății cu care se confruntă tinerii din toate țările lumii nu pot fi neglijate nici din perspectiva cheltuielilor pentru sănătate care pot deveni o povară socială semnificativă.

O altă perspectivă din care trebuie privite riscurile pentru sănătatea sexuală și reproductivă a tinerilor este legată de persistența discriminărilor legate de gen. Acestea generează sarcini nedorite, maternitate foarte timpurie, avorturi nesigure, violența domestică, boli cu transmitere sexuală și dependența economică îndelungată față de partener, în unele culturi, mutilări genitale.

În ultimii 30 de ani, aceste probleme au constituit subiectul unor dezbateri la nivelul unor organisme de nivel internațional la care au participat statele lumii întrunite sub cupola ONU, OMS, UNESCO, UNFPA etc. Adoptarea unor documente pentru promovarea sănătății sexuale și reproductive a adolescenților nu a fost lipsită de obiecții, dat fiind faptul că introducerea în circulație a conceptului de „sănătate sexuală și drepturi sexuale" a întâmpinat opoziții, deloc neglijabile, din partea unor țări.

Conferința internațională privind populația și dezvoltarea de la Cairo, 1994, a însemnat o cotitură, o abordare revoluționară, a acestor probleme prin faptul că a pus în centrul dezvoltării durabile drepturile omului, populația, sănătatea sexuală și reproductivă, egalitatea de șanse între femei și bărbați. Este pentru prima dată când se face referire la sănătatea sexuală reproductivă și nu doar la planificare familială. (1) Multe țări au încercat să pună în aplicare recomandările conferinței de la Cairo, dar progresele înregistrate sunt timide și inegale între țări.

În 2015, Agenda 2030 pentru Dezvoltare Durabilă Transformarea lumii noastre (Transforming Our World) conține 17 obiective de dezvoltare durabilă și 169 de ținte. De interes pentru tema lucrării de față sunt câteva ținte din obiectivele 3 și 5:

- Asigurarea (până în 2030) a accesului universal la serviciile de sănătate sexuală și reproductivă, inclusiv pentru planificarea familială, informare și educație, precum și integrarea sănătății reproducerii în strategiile și programele naționale
- Asigurarea accesului universal la sănătatea sexuală și reproductivă și la drepturile reproductive, așa cum s-a convenit în conformitate cu Programul de acțiune al Conferinței internaționale pentru populație și dezvoltare și Platforma de acțiune de la Beijing și documentele rezultate ale conferințelor lor de revizuire
- Eliminarea tuturor formelor de violență împotriva tuturor femeilor și fetelor în sfera publică și privată, inclusiv traficul și exploatarea sexuală și alte tipuri de exploatare
- Eliminarea tuturor practicilor dăunătoare, cum ar fi căsătoria copiilor, căsătoria timpurie și forțată și mutilarea genitală feminine
- Recunoașterea nevoilor specifice ale adolescenților și implementarea de programe specifice adecvate, cum ar fi educația și informarea privind problemele de sănătate sexuală și reproductivă și bolile cu transmitere sexuală, inclusiv HIV / SIDA, ținând cont de drepturile copilului și de responsabilitățile, drepturile și îndatoririle părinților.

În 2021, Parlamentul European prin Comisia pentru drepturile femeilor și egalitate de gen și-a exprimat îngrijorarea cu privire la regresul în drepturile femeilor, unul dintre domeniile-cheie vizat fiind sănătatea sexuală și reproductivă. S-a reafirmat faptul că:

- Drepturile sexuale și reproductive sunt recu-

noscute ca drepturi ale omului în legislația internațională și europeană iar încălcările constituie încălcări ale drepturilor omului
- Respectarea drepturilor de sănătate sexuală și reproductivă intră în sfera de competență a statelor membre și, ca atare, acestea au responsabilitatea de a asigura accesul la o gamă completă de servicii specifice
- Introducerea educației sexuale și relaționale cuprinzătoare, adaptate vârstei pentru tineri în școli este esențială pentru sănătatea sexuală și reproductivă pentru combaterea violenței pe criterii de gen, a exploatării sexuale, a abuzului și a modelelor nesănătoase de comportament în relații. Necesitatea unui acces complet la o educație sexuală cuprinzătoare în toate școlile primare și secundare este acum mai urgentă ca oricând, deoarece există tot mai multă dezinformare cu privire la drepturile sexuale și reproductive. Acest lucru creează riscuri pentru viața femeilor și le privează de dreptul la o alegere în cunoștință de cauză, dar reprezintă și o derogare de la principiile de bază ale democrației și dreptului la libertate și la informare.

Organizația Mondială a Sănătății (OMS) recunoaște necesitatea unui acces universal la sănătatea sexuală și reproductivă ca o componentă a dreptului la sănătate și își reiterează angajamentul asumat în cadrul Programului de acțiune al Conferinței internaționale pentru populație și dezvoltare (CIPD) de a asigura accesul universal la serviciile de sănătate sexuală și reproductive garantând dreptul la sănătate

Organizația Mondială a Sănătății (OMS) definește sănătatea sexuală ca o parte integrantă a sănătății generale, a bunăstării și a calității vieții. Este o stare de bunăstare fizică, emoțională, mentală și socială în relație cu sexualitatea, și nu doar absența bolii, disfuncției sau infirmității și recunoaște necesitatea unui acces universal la sănătatea sexuală și reproductivă ca o componentă a dreptului la sănătate. Sănătatea sexuală necesită o abordare pozitivă și respectuoasă a sexualității și a relațiilor sexuale, precum și posibilitatea de a avea experiențe sexuale plăcute și sigure, fără constrângere, discriminare și violență. (2)

De asemenea, reprezentanții statelor membre ale Parlamentului European au adoptat în 2018 declarația comună intitulată „Noul Consens european privind dezvoltarea: Lumea noastră, demnitatea noastră, viitorul nostru”. UE își reiterează angajamentul față de promovarea, apărarea și exercitarea dreptului fiecărei persoane de a avea control deplin asupra aspectelor legate de sexualitatea sa și de sănătatea să sexuală și reproductivă și de a hotărî în mod liber și responsabil cu privire la aceste aspecte, fără discriminare, coerciție sau violență. (3)

Aceasta implică faptul că oamenii sunt capabili să aibă o viață sexuală satisfăcătoare și sigură, capacitatea de a se reproduce și libertatea de a decide dacă, când și cât de des să facă acest lucru. Pentru a-și menține sănătatea sexuală și reproductivă, oamenii au nevoie de acces la informații corecte și la metoda de contracepție sigură, eficientă, accesibilă și acceptabilă la alegerea lor. Ei trebuie să fie informați și împuterniciți să se protejeze de infecțiile cu transmitere sexuală. Iar atunci când decid să aibă copii, femeile trebuie să aibă acces la furnizori de servicii medicale calificați și la servicii care le pot ajuta să aibă o sarcină potrivită, o naștere în siguranță și un copil sănătos. Fiecare persoană are dreptul de a face propriile alegeri cu privire la sănătatea sa sexuală și reproductivă.

Serviciile esențiale de sănătate sexuală și reproductivă trebuie să îndeplinească standardele de sănătate publică și drepturile omului, inclusiv cadrul „Disponibilitate, accesibilitate, acceptabilitate și calitate” ale dreptului la sănătate).

Serviciile ar trebui să includă:
- Informații corecte și consiliere privind sănătatea sexuală și reproductivă, inclusiv educație sexuală cuprinzătoare, bazată pe dovezi
- Informații, consiliere și îngrijire legate de funcția și satisfacția sexuală
- Prevenirea, detectarea și gestionarea violenței și constrângerii sexuale și bazate pe gen
- Alegere de metode contraceptive sigure și eficiente
- Îngrijire sigură și eficientă antenatală, la naștere și postnatală
- Servicii și îngrijire de avort sigure și eficiente
- Prevenirea, gestionarea și tratamentul infertilității
- Prevenirea, detectarea și tratamentul infecțiilor cu transmitere sexuală, inclusiv HIV, și a infecțiilor tractului reproducător
- Prevenirea, detectarea și tratamentul cancerelor de reproducere.

Prin ratificarea tratatelor și convențiile internaționale, drepturile privind sexualitatea și reproducerea stabilite în cadrul general al drepturilor omului sunt reglementate în România prin legi și politici

Astfel, drepturile privind sexualitatea și reproducerea care sunt monitorizate la nivel internațional, inclusiv în Romania, sunt următoarele: (4)
- Dreptul la viață - printre altele, stipulează că

viața niciunei femei nu trebuie să fie pusă în pericol de sarcină sau prin lipsa accesului la servicii de sănătate și informații și include și dreptul de a avea o viață sexuală sigură și satisfăcătoare
- Dreptul la libertatea și securitatea persoanei - recunoaște că nicio femeie nu poate fi supusă la graviditate forțată, sterilizare forțată sau avort forțat
- Dreptul la sănătate
- Dreptul de a decide numărul copiilor și spațializarea sarcinilor
- Dreptul de a consimți în privința căsătoriei și egalitatea partenerilor în căsătorie
- Dreptul la viața privată
- Dreptul la libertatea de gândire
- Dreptul la egalitate și non-discriminare
- Dreptul de a alege dacă să se căsătorească și să aibă copii
- Dreptul de a fi protejat privind tortura, cruzimea sau alte practici inumane sau degradante și pedeapsă (din motive legate de sexualitate și reproducere)
- Dreptul de a fi ferit de violența bazată pe gen
- Dreptul la informare și educație privind sexualitatea și reproducerea
- Dreptul de a beneficia de progresul științific (pentru a proteja starea de sănătate a reproducerii și sexualității)

Pe baza celor menționate anterior, sănătatea reproducerii și sexualității adolescenților și tinerilor înseamnă păstrarea stării de bine fizice și emoționale și include abilitatea lor de a fi feriți de sarcini nedorite, avort nesigur, infecții cu transmitere sexuală și de orice formă de coerciție și violență sexuală. Ei beneficiază de aceleași drepturi privind sexualitatea și reproducerea, inclusiv privind dreptul la sănătate, la informare și educație, dreptul de acces la servicii de calitate, nediscriminatorii, confidențiale și accesibile și de a fi feriți de orice fel de violența sexuală, bazată pe gen sau coerciție.

Adolescenții și tinerii sunt un grup neomogen, cu nevoi diferite și în continuă schimbare privind informațiile și serviciile de sănătate, în funcție de dezvoltarea personală și condițiile de viață. Totuși, este unanim recunoscut faptul că adolescenții, ca grup social și de vârstă, au caracteristici și nevoi, din punctul de vedere al sănătății reproducerii și sexualității, care diferă atât de nevoile copilului cât și de nevoile adultului.

Relațiile sexuale sunt importante la vârsta lor și ei au nevoie să știe cum își pot menține starea de sănătate prin decizii și practici cât mai sigure. Experiența de viață în perioada adolescenței și relevanța acesteia variază în mare măsură în funcție de sex, clasă și statut social, status marital, regiune geografică și context cultural.

Conceptul de sănătate a reproducerii și sexualității se referă atât la bărbați cât și la femei, atât la fete cât și la băieți. Prin recunoașterea și optimizarea relațiilor de gen, băieții și bărbații sunt atât beneficiari direcți cât și parteneri în protejarea sănătății femeilor și fetelor, contribuind astfel la sănătatea și bunăstarea generațiilor viitoare. Promovarea rolului pozitiv al masculinității îi ajută pe băieți să devină bărbați cu comportament sexual responsabil, cu relații armonioase, care își protejează atât propria sănătate, cât și pe a partenerei și sunt responsabili pentru descendenți sănătoși.

Adolescenții și tinerii sunt la începutul vieții sexuale și reprezintă generația viitoare de părinți. Informații și servicii adecvate și furnizate la momentul oportun vârstei privind caracteristicile dezvoltării lor și a măsurilor pentru a se forma și menține sănătoși, precum și unde pot găsi sprijin dacă sunt bolnavi sau traumatizați îi pot ajuta să treacă peste provocările vârstei și să își valorifice oportunitățile, pentru a-și crea stima și respectul de sine și de ceilalți și pentru a se integra în societate.

Felul cum sunt pregătiți la această vârstă pentru viața sexuală și reproducere, asigurarea de informații și servicii de calitate contribuie substanțial la sănătatea, bunăstarea și la dezvoltarea socială armonioasă a generației lor și reprezintă o premiză pentru sănătatea și bunăstarea generațiilor viitoare.

Adolescenții au nevoie de cunoștințe și abilități pentru a face alegeri informate privind sănătatea lor sexuală și reproducerea, valorile pozitive ale vieții, inclusiv egalitatea de gen, diversitatea și drepturile omului, cum să evite eventuale probleme și unde pot găsi sprijin în caz de nevoie - informații ce pot contribui esențial la o stare de sănătate bună și la realizarea de relații interumane sănătoase.

În tot acest timp, adolescenții au nevoie de înțelegere și protecție, de sprijin și îndrumare pentru a lua decizii informate în ceea ce îi privește și a relațiilor cu ceilalți. Printre factorii sociali asociați cu sănătatea reproducerii și sexualității la adolescenți se numără respectul de sine, percepția imaginii corporale, percepția privind vulnerabilitatea și autocontrolul, atitudinea față de părinți, școală și profesori, integrarea și performanța în școală (5).

Părinții sau alți membri ai familiei pot avea un rol important în pregătirea fetelor și băieților pentru a înțelege schimbările și provocările din perioada pubertății și normele echitabile în relațiile de gen;

îi pot ajuta pe adolescenți să acceseze informații și servicii specifice pentru sănătate (reguli de igienă personală și colectivă, programe de monitorizare a stării de sănătate și vaccinare etc). Dar, în multe situații, părinții înșiși nu sunt pregătiți pentru a răspunde acestor provocări de educație și suport, ceea ce poate poate induce la adolescent stări de anxietate și teamă sau la comportamente riscante ce pot avea consecințe pentru toată viața.

Există multe bariere în capacitatea adolescenților și tinerilor de a avea acces la informații și servicii de calitate și accesibile de sănătate, mai ales în domeniul sensibil al reproducerii și sexualității.

Unii adolescenți pot fi discriminați de către furnizorii de informații și servicii pe baza vârstei lor fragede, a genului sau orientării sexuale, a etniei, rasei sau religiei sau datorită unei dizabilități.

În alte cazuri, e vorba de bariere interne: teama și rușinea de a vorbi sau a accesa servicii ce se referă la sexualitate și reproducere, teama de a fi stigmatizat de colegi și comunitate, teama de părinți și educatori - mai ales în condițiile în care normele și valorile comunității impun anumite reguli sau inegalitate de gen.

Toți indivizii au dreptul la o trecere în siguranță de la copilărie către viața adultă, inclusiv adolescenții și tinerii cu dizabilități. Incluziunea socială a adolescenților și tinerilor cu dizabilități pornește de la recunoașterea dreptului lor la o viață demnă și de a participa activ și cu drepturi și privilegii egale în viața socială. Adolescenții și tinerii cu dizabilități sunt mult mai expuși la abuzuri, riscul fiind mai mare la persoanele cu dizabilități mentale. Fetele cu dizabilități sunt mai frecvent expuse violenței, inclusiv violența sexuală, iar dreptul lor de a lua decizii privind sănătatea lor sexuală și reproductivă este serios limitat.

Personalul medical din asistența primară are un rol determinant în informarea și consilierea, atât a adolescenților cât și a părinților și familiilor lor privind dezvoltarea armonioasă și locul unde pot găsi informațiile și serviciile necesare.

Adolescenții și tinerii de ambele sexe beneficiază de drepturi privind sexualitatea și reproducerea, inclusiv privind dreptul la sănătate, la informare și educație, dreptul de acces la servicii de calitate, nediscriminatorii, confidențiale și accesibile și de a fi feriți de orice fel de violență sexuală, bazată pe gen sau coerciție.

Ei sunt la începutul vieții sexuale și asigurarea de informații și servicii de calitate de sănătatea reproducerii și sexualității contribuie substanțial la sănătatea, bunăstarea și dezvoltarea socială armonioasă a generației lor și reprezintă o premiză pentru sănătatea și bunăstarea generațiilor viitoare.

Programele eficiente de îmbunătățire a sănătății sexuale a tinerilor includ câteva componente importante:

- Informații precise și servicii adecvate vârstei care se concentrează pe comportamente
- Servicii de contracepție prietenoase și confidențiale pentru tineri
- Informații și servicii adecvate din punct de vedere cultural
- Informații și servicii specifice de gen care abordează nevoile tinerelor femei și acordă atenție statutului lor, acestea având adesea mai puțină putere în multe relații.
- Servicii orientate în mod special către nevoile de sănătate sexuală ale bărbaților tineri
- Educație între egali și sensibilizare
- Activități de consolidare a abilităților de comunicare și negociere
- Implicarea semnificativă a tinerilor în concepere și funcționarea programelor
- Implicarea părinților și a altor membri ai comunității

Bibliografie

1. „International Conference on Population and Development (ICPD)", (https://www.unfpa.org/events/international-conference-population-and-development-icpd)
2. „Brief sexuality-related communication Recommendations for a public health approach",WHO, 2015, (https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/170251/9789241549004_eng.pdf)
3. Parlamentul European, 2018: „Noul Consens european privind dezvoltarea: Lumea noastră, demnitatea noastră, viitorul nostru", (https://eur-lex.europa.eu/legal-content/RO/TXT/PDF/?uri=CELEX:52019IP0220&from=EN)
4. Reproductive Rights. A tool for monitoring state obligations: Center for Reproductive Rights and UNFPA, (http://reproductiverights.org/sites/crr.civicactions.net/files/documents/crr_Monitoring_Tool_State_Obligations.pdf)
5. OMS Romania: „Helath behaviour în school-aged children (HSBC) study, 2018, (https://www.who.int/europe/publications/m/item/health-behaviours-among-adolescents-in-romania--health-behaviour-in-school-aged-children-(hbsc)-study-2018--research-report-(2020))

CAPITOLUL 2.
DEZVOLTAREA PSIHO-SOMATICĂ ȘI EMOȚIONALĂ ÎN PERIOADA PUBERTĂȚII ȘI ADOLESCENȚEI

CUPRINS

Definirea adolescenței
Caracteristici cheie de dezvoltare asociate etapelor adolescentei
Etapa prepubertății - copii sub 10 ani
Etapa adolescenței timpurii - copii între 10-14 ani
Etapa adolescenței mijlocii -copii 15 - 19 ani
Etapa adultului tânăr de 20-24 de ani
Stima de sine la adolescenți
Deciziile la adolescenți
Bibliografie

Motto: *Când aveam 14 ani, tatăl meu era atât de neștiutor… Abia îl suportam pe bătrân în preajma mea. Dar la 21 de ani eram uimit cât de mult a învățat în acești șapte ani. (Mark Twain)*

DEFINIREA ADOLESCENȚEI

Adolescența este acea etapă a vieții care se întinde de la copilărie la maturitate (1).
Etimologic, adolescența, provine din latinescul adolescere, care înseamnă „a crește până la maturitate" și de obicei, este asociată, ca perioadă, cu al doilea deceniu de viață (2). Adoptarea unei definiții restrânse a acestei perioade poate crea confuzii deoarece expresiile fizice, psihologice și culturale ale adolescenței pot apărea în momente diferite în viața unui tânăr. De aceea, mulți autori definesc perioada adolescenței, drept o fază vieții care se întinde între copilărie și maturitate (3).
Adolescența cuprinde elemente de creștere biologică și tranziții majore ale rolurilor sociale, iar acestea s-au schimbat în ultimul secol. Pubertatea este mai timpurie iar aceasta a accelerat debutul adolescenței în aproape toate populațiile, în timp ce finalul perioadei a crescut peste vârsta de 20 de ani.
Finalizarea întârziată a educației, a căsătoriei și a nașterii primului copil, continuă să schimbe percepțiile despre momentul în care începe vârsta adultă (1).
Perioada de tranziție de la copilărie la maturitate ocupă astăzi o mai mare partea a cursului vieții decât înainte. O definiție mai incluzivă a adolescenței este esențială pentru elaborarea adecvată a legilor, politicilor sociale și sistemelor de servicii. Mai degrabă decât vârsta de 10-19 ani, o definiție a perioadei între 10-24 de ani, ar corespunde mai îndeaproape dezvoltării adolescenților și înțelegerii acestei etape a vieții și ar facilita investițiile extinse într-o gamă mai largă de situații. (1).
Așadar, adolescența poate fi considerată ca o perioadă de dezvoltare cuprinsă între debutul pubertății și ajungerea la maturitate. Debutul pubertăţii este considerat principalul marker al iniţierii în adolescență. Maturizarea fizică și sexuală, însoțită de cea socială și economică, de dezvoltarea independenței și a identității, dobândirea abilităților necesare îndeplinirii rolurilor adulților și capacitatea de raționament abstract reprezintă finalul adolescenței. Prin această extindere adolescența devine o perioadă centrală pentru bunăstarea capitalului uman. (4).
Din punctul de vedere al procesului dezvoltării, adolescența poate să fie împărțită în patru etape specifice: pre-pubertatea, înainte de vârsta de 10 ani; adolescența timpurie, între 10-14 ani; adolescența mijlocie, între 15-19 ani; și adolescența târzie, sau vârsta adultă tânără, cu vârste cuprinse între 20 și 24 de ani. (5, 6)
Schimbările în aceste etape se petrec la nivel biologic, emoțional, cognitiv, identitar, familial, societal, sexual și moral (5,6):

- **Biologic** - Apar modificări bruște în ritmul de creștere fizică, care începe mai devreme pentru fete (10-11 ani) decât la băieți (12-13 ani). Gonadele produc niveluri crescute de hormoni sexuali, ceea ce determină dezvoltarea caracteristicilor sexuale externe. La fete apare menarha iar băieții pot produce spermatozoizi. Toate aceste modificări, pot influența, la rândul lor, dezvoltarea psihologică a adolescentului, imaginea de sine în raport cu semenii lor de aceeași vârstă. Efectele maturizării sexuale timpurii afectează diferit cele două sexe. Fetele care se maturizează timpuriu sunt mai înalte decât colegele și colegii lor de vârstă. Atractivitatea lor sexuală crescută, la vârste mici, poate provoca avansuri sexuale nedorite de la persoane în vârstă. La băieți maturizarea timpurie creează un avantaj clar față de cei care se maturizează mai târziu. Ei sunt puternici și mai atletici, mai siguri de sine și sunt preferați pentru roluri de conducere. Schimbările fizice și biologice bruște pot face dificilă adaptarea adolescenților la noua situație. Apariția menarhei la fete și eja-

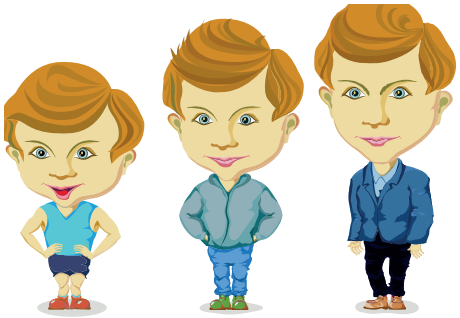
cularea la băieți îi poate face să devină îngrijorați și pot suferi de conștiință vinovată. (8) Prin urmare, momentul pubertății joacă un rol important în dezvoltarea identității de sine și în dezvoltarea socială ulterioară. (8)

- **Emoțional** - Aspectele emoționale ale dezvoltării unui tânăr se referă la rolul pe care îl joacă sentimentele / emoțiile în comportamentul motivațional sau ce simt despre ei înșiși în raport cu semenii lor și cu ceilalți. Aceste emoții se pot manifesta ca entuziasm, optimism, dar și ca frustrări, temeri, conflicte interioare etc. (7) Schimbările frecvente de dispoziție sunt o caracteristică a adolescenților. Legat de emoționalitatea adolescenților mulți autori considerau că adolescenții sunt mai degrabă stresați și nefericiți. Dar studiile recente au arătat că majoritatea adolescenților sunt destul de fericiți și încrezători în sine și au relații relativ bune cu părinții lor și împărtășesc cu ei valori comune în majoritatea aspectelor vieții. Dezacordurile sunt legate de aspectele privind petrecerea timpului liber, de cantitatea de bani alocați de părinți sau de comportamentului sexual. (8)
- **Cognitiv** -Pe măsură ce dezvoltarea progresează, abilitățile de gândire se îmbunătățesc și le permit adolescenților să treacă de la gândirea concretă până la abstractă. Este și perioada în care se atinge un stadiu avansat de dezvoltare a imaginației care ajută foarte mult în gândirea intuitivă. (8) Acest proces are un impact asupra modului în care informațiile sunt percepute și înțelese și, implicit asupra modului în care ar trebui concepute și comunicate / furnizate informarea, educația și serviciile către adolescenți de vârste diferite. Dezvoltarea cognitivă îl face pe adolescent mai capabil să se gândească la carieră. Dată fiind complexitatea unei alegeri pentru carieră, potrivită cu vocațiile, îndrumarea venită din partea unui expert este însă necesară. Preocuparea pentru carieră este un indicator al dezvoltării cognitive a adolescentului. (8)
- **Identitatea** -Mai presus de toate, adolescența este un moment pentru descoperirea „Cine sunt eu, ce reprezint eu?" Identitățile adolescenților sunt modelate de o mulțime de factori — așteptări familiale, culturale și societale, experiențe cu instituții precum școala și mass-media și semenii. Adolescenții acționează pentru a ***înțelege*** și auto-descoperi cine sunt, iar această dezvoltare a identității reprezintă o caracteristică centrală a vieții adolescenților. Ei selectează mediile și oamenii în preajma cărora doresc să fie. Ei își ajustează convingerile și comportamentele pe baza feedback-ului din partea semenilor. (7) Prietenii, în primul rând, de același gen, dar și din celălalt gen, devin din ce în ce mai importanți în căutarea unei identități personale. Un motiv pentru formarea de prietenii este nevoia de apartenență, nevoia de a avea interacțiuni pozitive frecvente. Această nevoie face ca adolescenții să respingă influența părinților și să se identifice cu semenii lor de aceeași vârstă uneori prin alegerea unui erou. Această tendință dispare către sfârșitul adolescenței când tinerii se conformează din ce în ce mai puțin cu grupul lor de prieteni. (8)
- **Familia** - în această perioadă apropierea adolescenților față de părinți scade treptat. Adolescenții, fie rămân mai absorbiți de propriile sentimente și gânduri, fie simt o puternică atracție față de semenii lor. Adolescenții își caută independența față de părinți și petrec mai mult timp cu semenii de aceeași vârstă. Natura relațiilor cu părinții, percepută adesea una de „autoritate unilaterală", face ca adolescenții să se îndrepte către egali unde funcționează relații de reciprocitate, pentru idei, opinii sau dezbateri. (8) În această perioadă conflictele cu părinții pot crește. Părinții care nu sunt autoritari unilaterali ci democrați pot dezvolta relații mai bune cu copiii lor oferindu-le independență și încredere. (8) Familia poate fi un sprijin, un punct de stabilitate pentru adolescent. Stabilitatea familiei poate fi deosebit de critică iar perturbările, divorțul separarea sau decesul, unui membru de familie pot avea un efect de durată asupra comportamentului și dezvoltării adolescenților. (7)
- **Societal** -Dezvoltarea adolescentului are loc întotdeauna într-un anumit context social. Dezvoltarea sănătoasă a abilităților sociale se reflectă în relațiile interpersonale și de grup precum și în echilibrul dintre interacțiunea sănătoasă de grup, individualitate și independență. (7)
- **Sexual** -Sexualitatea include o serie de emoții, gânduri și comportamente și nu se limitează la relații sexuale. Ea implică starea fiziologică, psihologică și emoțională a individului; exprimarea sexuală și rolurile de gen; și așteptările. (7) De la debutul pubertății, copilul începe să se simtă interesat de manipularea organelor sale genitale. Părinții ar trebui să facă o abordare sinceră a situației de masturbare și ejaculare / menstruație, să-i trateze pe adolescenți rezonabil, ca nu cumva aceștia să dezvolte un sentiment de vinovăție pe viață și să devină grav

dezadaptați psihologic. (8)

- Identitatea de rol sexual se referă întotdeauna la cultura sau subcultura căreia îi aparține adolescentul, băiat sau fată. Identitatea tradițională a rolului sexual s-a schimbat mult în ultimele decenii. Anumite lucruri precum vestimentația sau profesiile erau strict delimitate, actualmente nu mai sunt luate în seamă din cauza egalitarismului sexual. Fetele sunt încurajate spre independență și realizări în carieră (8), prin urmare identitatea de rol sexual este în mișcare.
- **Moralitatea** - Se referă la valori, credințe, ce este corect / greșit. Standardele morale sau ale valorilor, ajută un individ să distingă între bine / rău, corect / greșit și motivează deciziile privind comportamentul individual. Acest simț al raportării la standarde este mai evident în cazul unor problemele mai ample care afectează nu numai individul, ci și familia, comunitatea și societatea. (7)
- Datorită acestor factori, adolescența, în special în stadiile sale incipiente, este un moment optim pentru a influența dezvoltarea rolurilor sănătoase de gen, precum și stabilirea de obiective pozitive și productive. Relațiile pozitive cu adulții pot reduce o parte din potențialul de pericole asociate cu adolescența și pot crește comportamentele pozitive.

CARACTERISTICI CHEIE DE DEZVOLTARE ASOCIATE ETAPELOR ADOLESCENȚEI (5, 6)



Etapa prepubertății - copii sub 10 ani

Biologic

- Organele reproducătoare sunt imature
- Este posibil să apară semne de pubertate, cum ar fi apariția sânilor și / sau a părului pubian

Emoțional

- Copilul poate fi impulsiv
- Poate avea dificultăți în exprimarea sentimentelor

Cognitiv

- Învață să dobândească abilități
- Constată că jocul este o modalitate esențială de a învăța
- Are abilități lingvistice limitate (dificultate de a exprima sentimentele în cuvinte)
- Este curios, creativ și are o imaginație nestăpânită
- Are dificultăți în a distinge fantezia de realitate
- Este orientat spre moment
- Este receptiv la idei noi
- Are o gândire foarte concretă
- Vede comportamentul în termeni de bine și rău

Identitate

- Este sensibil la diferențele de gen
- Distinge rolurile de gen pe baza observațiilor și a normelor societale
- Copiază comportamentul adultului

Familia

- Are valori determinate de familie și societate
- Petrece cea mai mare parte a timpului cu familia
- Este dependent de părinți și de îngrijitorii familiei extinse
- Părinții sau rudele sunt cei care iau toate deciziile

Sexualitatea

- Este explorator, în special în ceea ce privește părțile corpului
- Este curios despre sexul opus

Social

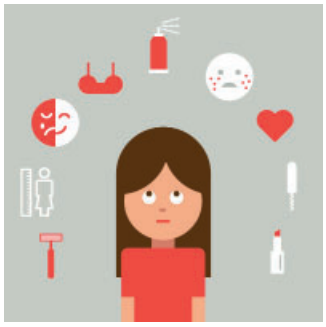
- Este competitiv (mai ales în rândul băieților)
- Manifestă tendință spre comportament agresiv (de asemenea, mai des în rândul băieților)
- Are o dorință puternică de a fi pe plac (în special în rândul fetelor)
- Este orientat spre reguli

- Este activ fizic

Moralitatea

- Valori și credințe determinate de familie
- Aderă la valori cu puține întrebări

Etapa adolescenței timpurii - copii între 10-14 ani



Biologic

- Pubertatea debutează, corpul se modifică; apar pusee de creștere
- Ovarele se maturizează la fete în pregătirea menstruației
- Menstruația începe la majoritatea fetelor
- Sânii se măresc la fete
- Șoldurile se lărgesc la fete
- Fetele sunt capabile să rămână însărcinate
- Băieții pot produce spermatozoizi
- Organele genitale se măresc
- Apare acneea
- Băieții experimentează poluții nocturne
- Mușchii se măresc la băieți

Emoțional

- Prezintă un comportament determinat de sentimente
- Are schimbări frecvente de dispoziție
- Este confuz cu privire la schimbările emoționale și fizice

Cognitiv

- Învață să însușească abilități
- Vede comportamentul în termeni de bine și rău
- Răspunde cel mai bine la recompense și pedepse
- Are o gândire care devine mai abstractă și mai puțin concretă
- Tinde să-și suprime sentimentele
- Este receptiv la idei noi
- Se simte invincibil sau fatalist
- Îi este frică de viitor
- Nu are control asupra vieții sau simte că îi lipsește controlul
- Caută să ia mai multe decizii

Identitate

- Își modelează comportamentul în raport cu persoanele de același sex
- Învață rolurile și diferențele de gen
- Tinde să se asocieze cu membri de același sex
- Fetele tind să se concentreze pe relații și îngrijire, în timp ce băieții se concentrează pe realizare și competiție
- Are o stimă de sine care este influențată în primul rând de ceilalți. Are un slab simț al identității individuale, dar începe procesul de stabilire a acesteia și apar primele provocări ale conceptului și imaginii de sine, prin schimbările corporale și compararea socială
- Este preocupat de aspectul fizic

În relația cu familia

- Petrece majoritatea timpului cu familia, dar începe să se îndepărteze de familie către colegi
- În general, are relații strânse cu părinții sau familia extinsă.

Sexualitatea

- Începe să dezvolte interes pentru sexul opus
- Este interesat de propria dezvoltare fizică, în special în relația cu semenii
- Poate începe să se masturbeze
- Poate începe să experimenteze jocul sexual
- Poate avea relații sexuale

Social

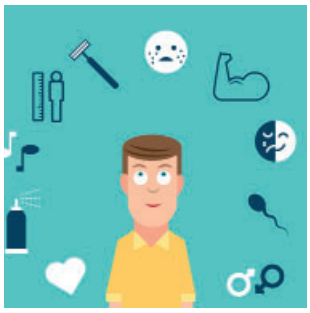
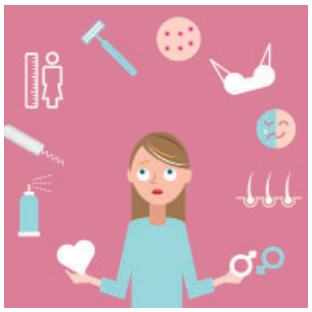
- Transferă din ce în ce mai mult interesul de la familie la prieteni și alții, ca obiectiv central
- Recunoaște un spectru social mai larg în afara familiei
- Este preocupat de comportamentul social și sexual și de acceptarea de către colegi și adulți
- Începe să interacționeze cu sexul opus
- Poate fi recunoscut social ca adult. Poate trece prin reguli sau ritualuri înainte de căsătorie sau căsătorie
- Experimentează rituri de trecere în diferite forme
- Caută acceptarea de către colegi

Moralitatea

- Are valori, credințe și religie determinate în primul rând de familie
- Este conștient de diferite valori.

Noua abilitate de a gândi abstract, îi determină pe adolescenți să pună la îndoială regulile și standardele morale de la școală, autorități religioase, părinți, pe care până atunci le-au acceptat cu ușurință. În această etapă adolescenții încep să-și dezvolte propriul cod moral. „Comportamentul lor în timpul adolescenței de mijloc poate să nu fie în concordanță cu unele din concluziile lor morale (din cauza imaturității creierului). Potrivirea comportamentului cu credințele se va face cel mai probabil până la sfârșitul perioadei de adolescență" (9)

Etapa adolescenței mijlocii, copii între 15 - 19 ani

Biologic

- Continuă creșterea fizică, dezvoltarea și maturizarea sexuală
- Ritmul dezvoltării fizice și emoționale în raport cu dezvoltarea semenilor este important

Emoțional

- Începe să conteste regulile și limitele de testare
- Sentimentele contribuie la comportament, dar nu le controlează
- Este mai puțin impulsiv. Începe să răspundă pe baza unei analize atente consecințelor potențiale
- Dezvoltă abilități mai avansate de rezolvare a problemelor
- Este preocupat de imaginea de sine în comparație cu semenii
- Poate fi încurajat să participe la ritualuri de trecere
- Bărbații sunt mai susceptibili de a se angaja în activități sexuale înainte de căsătorie, cu parteneri multipli, decât femeile

Cognitiv

- Dorește mai mult control asupra propriei vieți
- Începe să dezvolte propriul sistem de valori
- Gândește în termeni mai abstracți

Identitatea

- Are un sentiment de sine care este în mare parte modelat de semeni
- Poate fi confruntat cu identitatea de gen
- Poate fi căsătorit

În relația cu familia

- Poate deveni mai îndepărtat de familie și poate căuta mai multă intimitate
- Se îndepărtează de la părinți către semeni de aceeași vârstă.
- Se poate căsători, avea copii și se poate îndepărta de familia de origine

Sexualitatea

- Are un interes sexual crescut
- Poate iniția sex în interiorul sau în afara căsătoriei
- Se poate lupta cu identitatea sexuală

Social

- Semenii de aceeași vârstă influențează activitățile de petrecere a timpului liber, aspectul, eventual consumul de substanțe și comportamentele sexuale inițiale.
- Familia influențează educația, cariera, valorile și credințele religioase
- Relațiile sociale sunt dezvoltate și bazate pe așteptări reciproce și pe conformitatea cu normele de grup privind obligațiile familiale, aspectul fizic, îmbrăcămintea, muzică etc.

Moralitatea

- Crește expunerea la valorile și convingerile altora
- Începe să pună la îndoială propriile convingeri, ceea ce poate duce la conflicte cu părinții sau familia
- Începe să dezvolte propriul set de valori

Etapa adultului tânăr de 20-24 de ani

Biologic

- A atins maturitatea sexuală și fizică

Emoțional

- Este mai capabil să rezolve conflictele
- Dezvoltă relații mai stabile
- Este capabil să recunoască și să caute ajutor atunci când este nevoie
- A dezvoltat un sentiment de sine mai puternic

Cognitiv

- Demonstrează rezolvarea îmbunătățită a problemelor
- Arată o mai bună înțelegere a consecințelor comportamentelor și ale acțiunilor sale
- Are o definiție mai clară a sinelui

Identitate

- Se confruntă cu rolurile și responsabilitățile adulților
- Luptă între dependență și independență
- Se luptă cu cerințele concurente ale partenerului, familiei, comunității și sinelui

Familie

- Începe să se reintegreze în familie ca un nou adult în curs de dezvoltare
- Începe să creeze o „potrivire" între sinele nou definit și familie
- Înțelege mai clar rolurile și așteptările
- Este mai conștient de sine în relația cu ceilalți, inclusiv cu partenerul / soțul
- Se raportează la soț și familie ca un adult complet autonom
- Se simte confortabil cu rolul de adult

Sexualitate

- Dezvoltă relații intime serioase care înlocuiesc relațiile de grup ca fiind primare
- Dezvoltă relațiile sociale ale adulților
- Este gata să între într-o relație angajată

Social

- Importanța interacțiunii între semeni pentru luarea deciziilor a scăzut
- Are un rol diminuat al relațiilor cu semeni ca factor decisiv în convingerile și acțiunile personale
- Face alegeri cu privire la carieră sau vocație și despre roluri în interiorul și în afara casei
- Finalizează educația; se pregătește pentru angajare
- Se pregătește pentru a fi părinte
- Poate echilibra nevoile proprii și ale celorlalți pe baza unei interacțiuni sănătoase
- Obține un statut recunoscut social, cu drepturi și responsabilități clare ale adulților, arătând astfel că se află într-o etapă avansată a „conștiinței sociale".

Moralitatea

- Este adesea prins între rolurile și valorile tradiționale și moderne

Etapizarea adolescenței în cele 4 categorii este contestată de unii autori din literatura domeniului. Acești autori consideră că etapizarea presupune o gradare lineară a etapelor de dezvoltare ceea ce nu corespunde întocmai realității. Mai mult decât atât, retorica „copiilor lăsați în urmă" poate caracteriza negativ adolescenții care nu au urmat traiectorii „prescrise" și riscă să le submineze valoarea și demnitatea. (10)

Adolescența este o perioadă formativă în care modificările cognitive, afective și comportamentale apar alături de cele mai extinse tranziții biologice încă din copilărie, în special în ceea ce privește dezvoltarea pubertară și a creierului.
Dezvoltarea creierului adolescentului se caracterizează printr-un dezechilibru între sistemele limbic și de recompensă, care se maturizează mai devreme, și sistemul de control prefrontal care nu este încă pe deplin matur. Acest dezechilibru poate fi substratul neuronal pentru stilul emoțional reactiv tipic al adolescenței și poate promova un comportament riscant.
Deciziile pe care le iau adolescenții nu sunt întotdeauna în avantajul lor deoarece ei nu au încă capacitatea deplină de a analiza consecințele acestora. Acest lucru se întâmplă deoarece, sistemul limbic, partea emoțională a creierului este complet dezvoltată în adolescență dar partea rațională, cortexul prefrontal, se dezvoltă complet numai după 20 de ani. (11)
Reorganizarea creierului îi fac pe adolescenți deosebit de susceptibili la influențele mediului, atât la cele pozitive, cât și negative. (12)
Traiectoriile pozitive sau negative în care se poate înscrie un adolescent sunt influențate puternic de ceea ce numim stimă de sine.
Stima de sine este o evaluare globală a valorii persoanei, exprimată într-o orientare pozitivă sau negativă față de sine. Stima de sine este ceea ce crede și simte adolescentul cu privire la propria să imagine, o măsură a cât de mult o persoană se „prețu-

iește” sau se place pe ea însăși” (13). Potrivit expertului în stima de sine, Morris Rosenberg, stima de sine este pur și simplu atitudinea cuiva față de sine însuși (1965). El a descris-o ca o „atitudine favorabilă sau nefavorabilă față de sine” (14).
Dezvoltarea stimei de sine începe de la naștere și este în continuă schimbare sub influența experienței.
Criticile părinților și ale celor din jur sau presiunile pentru obiective nerealiste pot dezvolta la copii o stimă de sine scăzută. Stima de sine scăzută predispune la comportamente compensatorii riscante, în căutarea afirmării în medii periculoase.

Recomandări sugerate părinților pentru a dezvolta la copii o stimă de sine pozitivă ar fi (15):

- Fiți un model de urmat pentru o stimă de sine ridicată. Dacă aveți o atitudine pozitivă, sunt șanse ca și copiii voștri să o aibă
- Să aveți așteptări realiste de la copii. Obiectivele nerealiste îi vor pregăti pe copii pentru sentimente de eșec
- Respectați individualitatea copilului. Realizările lor ar trebui lăudate chiar dacă nu sunt în domeniul dvs. de interes sau dacă nivelul lor de succes academic, de exemplu, este în general mai scăzut decât al unui frate sau coleg
- Lăudați eforturile copiilor dvs., chiar dacă în cele din urmă nu au avut succes. Făcând un efort mare copii ar trebui să fie recompensați, chiar dacă n-au ajuns pe primul loc
- Fiți atenți când corectați comportamentul copiilor. Nu etichetați global copilul pentru un comportament neadecvat / greșit. Critica constructivă, punctuală, este mult mai utilă decât o etichetare globală precum „ești un leneș” sau „ești un prost”, „ești un incapabil”, „așa faci întotdeauna…”, „nu faci niciodată…”

Recomandări sugerate furnizorilor de sănătate și educație

Oferiți copiilor

- Informații, inclusiv de educație sexuală cuprinzătoare adecvată vârstei;
- Oportunități de dezvoltare a abilităților de viață;
- Servicii de sănătate care sunt acceptabile, echitabile, adecvate și eficiente;
- Medii sigure și de susținere.

Bibliografie

1. Susan M Sawyer, Peter S Azzopardi, Dakshitha Wickremarathne, George C Patton, 2018, The age of adolescence The Lancet Child & Adolescent Health Volume 2, Issue 3, Pages 223-22
2. Shute & Slee, 2015, Child development: Theories and critical perspectives. New York, NY: Routledge.
3. Jennifer E. Lansford, Prerna Banati, 2018, Handbook of Adolescent Development Research and Its Impact on Global Policy Oxford University Press
4. World Health Organization, 2016, Adolescents: Health risks and solutions. Retrieved From (http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs345/en/)
5. James-Traore, T. A. 2001, Developmentally Based Interventions and Strategies: Promoting Reproductive Health and Reducing Risk AmongAdolescents. [FOCUS Tool Series 4]. FOCUS on Young Adults (https://pdf.usaid.gov/pdf_docs/Pnacm072.pdf)
6. Adolescent Sexual & Reproductive Health: A Training Manual for Program Managers (http://rhcatalyst.org/site/DocServer/Final_Adolescent_Manual11.10.03.pdf?docID=38)
7. Joanna Williams / Puberty & Other Changes Developing Adolescent Identity Sep 04, 2018 (https://parentandteen.com/developing-adolescent-identity/)
8. Major Characteristics of Adolescence Child Development (https://www.psychologydiscussion.net/child-development/11-major-characteristics-of-adolescence-child-development/1111)
9. Dorina Săvulescu, Psihologia educației ed. Polirom Iași, 2004, p 177
10. Morrow, V., 2013, Troubling transitions? Young people’s experiences of growing up în poverty în rural Andhra Pradesh, India. Journal of Youth Studies, 16, 86-100.doi:10.1080/13676261.2012.704986
11. Crone EA, Dahl RE. Understanding adolescence as a period of social- affective engagement and goal flexibility. Nature reviews. Neuroscience. 2012; 13:636-650.
12. Kerstin Konrad, Prof. Dr. rer. nat.,*,1 Christine Firk, Dr. PhD,2 and Peter J Uhlhaas, Dr. PhD3Brain Development During Adolescence (https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3705203)
13. Nancy Adler and Judith Stewart, — Collaboration with the Psychosocial working Group‖ March 2004

14. Rosenberg, M. (1965). Society and the adolescent self-image. Princeton, NJ: Princeton University Press.
15. Self -esteem, Enciclopedia of children Health (http://www.healthofchildren.com/S/Self-Esteem.html SourceMcKesson Health Solutions, (http://www.med.umich.edu/1libr/pa/pa-esteemup_pep.htm) 2004).

CAPITOLUL 3.
SARCINA LA ADOLESCENTE ȘI TINERE

CUPRINS

Introducere
Urmărirea sarcinii la adolescente
Asistența prenatală
Asistența postnatală
Prevenirea sarcinii
Planificarea familială
Avortul în siguranță

Introducere

Fecundația și dezvoltarea sarcinii.

Sarcina este perioada fiziologica din viața unei femei, cuprinsă în intervalul dintre concepție și naștere, timp în care produsul de concepție se dezvoltă la nivelul cavității uterine. În condiții fiziologice, sarcina aduce schimbări fizice și psihice importante în organismul matern

Fecundația pe cale naturală este un proces biologic complex care însumează toate transformările care au loc ca urmare a fuziunii celor 2 gameți femel și mascul, proces în urma căruia rezultă oul sau zigotul.

Pentru ca fecundația să aibă loc în mod natural, trebuie ca aparatele genitale feminin și masculin să fie integre: ovarele să producă un ovul viabil, iar testiculele, împreună cu prostata și veziculele seminale să producă o spermă fecundantă.

După fiecare act sexual, aproximativ 300 de milioane de spermatozoizi sunt eliberați în vagin și apoi pătrund în uter prin colul uterin. Numărul spermatozoizilor devine tot mai mic pe măsură ce se deplasează prin stratul de fluid de la suprafața mucoasei uterine, unde pot rămâne blocați în stratul de fluid sau sunt distruși de celule ale sistemului imunitar. În cavitatea uterină ajung doar câteva sute de mii, câteva zeci de mii ajung în trompele uterine și numai câteva mii ajung în vecinătatea ovulului. În perioada în care mucusul cervical se subțiază, aproximativ ziua a 14-a a ciclului menstrual, un număr mai mare de spermatozoizi pot ajunge în trompa uterină. Un spermatozoid are o fereastră de viață de 4-6 zile pentru a ajunge la ovul, după care moare. În general, ovulul este fecundat de un singur spermatozoid, care poate conține fie un cromozom sexual de tip X fie un cromozom sexual de tip Y.

Ovulația apare în general cu două săptămâni înainte de începerea următoarei menstruații. La începutul ciclului menstrual, într-unul din cele două ovare ale femeii încep să se dezvolte foliculi ovarieni ce conțin ovule imature. În mod obișnuit, numai unul dintre acești foliculi este selectat pentru a finaliza procesul de dezvoltare (maturare). Acest „folicul dominant” inhibă creșterea și dezvoltarea celorlalți foliculi, care se opresc din maturare și degenerează. Ulterior, foliculul matur se rupe și ovulul este eliberat și se deplasează prin trompă datorită mișcării cililor mucoasei care căptușește trompele. Ovulul rămâne în trompa uterină timp de 12-24 de ore până când un singur spermatozoid îl penetrează în cadrul procesului de fecundație.

După ovulație, foliculul rupt se transformă în corp galben, care secretă doi hormoni: progesteronul și estrogenul. Progesteronul are ca funcție stimularea dezvoltării endometrului (epiteliul ce căptușește la interior uterul) și pregătirea sa pentru eventuala implantare a embrionului prin îngroșarea sa. Ovulul este înconjurat, la exterior, de *corona radiata*, un strat de celule de care unii dintre spermatozoizi reușesc să treacă, ajungând la *zona pellucida*, un strat de glicoproteine care înconjoară membrana celulară a ovulului. În momentul în care un spermatozoid reușește să treacă de această zonă, se declanșează o reacție care determină îngroșarea stratului care înconjoară la exterior ovulul, împiedicând trecerea altor spermatozoizi.

Începând din momentul fecundației, bagajul genetic al copilului este complet, inclusiv în ceea ce privește sexul său. Datorita faptului că mama poate furniza prin ovul doar cromozomi sexuali de tip X (orice persoană de sex feminin prezintă în bagajul genetic o pereche de cromozomi sexuali XX), dacă un spermatozoid de tip Y fecundează ovulul, copilul va fi băiat (XY); pe de altă parte, dacă un spermatozoid de tip X fecundează ovulul, copilul va fi fată (XX).

În primele 24 de ore după producerea fecundației, ovulul începe să se dividă rapid în mai multe celule. El rămâne în trompa uterină timp de aproximativ trei zile. Ovulul fecundat numit zigot (sau ou) continuă să se dividă pe măsură ce se deplasează încet prin trompa uterină către uter, unde urmează să se atașeze la nivelul endometrului (proces numit implantare sau nidare).

Inițial zigotul se transformă într-o structură celulară plină, de formă rotundă, apoi acesta evoluează și devine o structură celulară goală, numită blastocist. În momentul în care blastocistul intră în

contact cu endometrul, schimbul hormonal ce are loc, ajută blastocistul să se atașeze (implantare sau nidare). Ulterior, endometrul se îngroașă și colul uterin este obstruat printr-un dop de mucus.
Dezvoltarea embrionară: în următoarele trei săptămâni, celulele blastocistului încep să se dezvolte ca grupuri de celule (clumps) într-o mică structură rotundă, astfel formându-se primele celule ale organelor copilului. În procesul său de dezvoltare, copilul este numit embrion din momentul concepției și până în a opta săptămână de sarcină. După a opta săptămâna și până în momentul nașterii, copilul este numit făt.
Sarcina extrauterină sau ectopică rezultă în urma implantării ovulului fecundat în altă parte decât în mucoasa uterină. El se poate implanta în ovare, cavitatea abdominală sau trompele uterine, aceasta din ultimă locație reprezentând 95% dintre cazurile de sarcină ectopică (tubară).
Hormonii de gestație: Gonadotropina corionică umană (HCG) este hormonul care este prezent în sânge de la momentul concepției și care este produs de celulele care formează placenta. Acesta este hormonul detectat cu ajutorul unui test de sarcină; totuși, abia după o perioada de trei până la patru săptămâni din prima zi a ultimei menstruații, nivelul de gonadotropină corionică umană este destul de ridicat pentru a fi detectat de testele de sarcină.
Stadiile de dezvoltare ale unei sarcini se numesc trimestre sau perioade de trei luni, datorită schimbărilor distincte care apar în fiecare stadiu.

Definiții

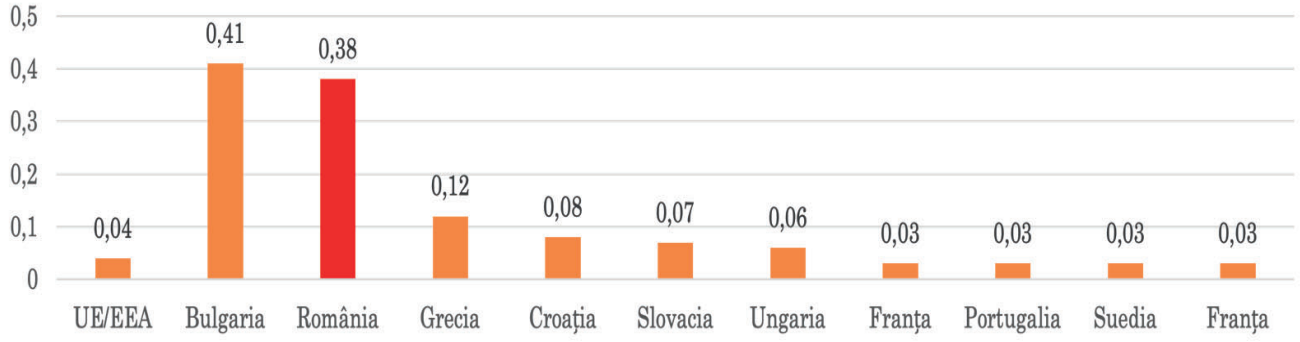
Sarcina este starea fiziologică a femeii, plină de schimbări fizice și psihice importante, ce va culmina cu apariția unei noi vieți. În aceste condiții, starea de sănătate a mamei, modul în care decurg sarcina și nașterea poate fi un indicator important pentru sănătatea viitorului nou-născut (1), (2)
În unele cazuri există o probabilitate mai mare de apariție a unui rezultat advers pentru mamă, copil sau ambii în sarcină față de o «sarcină normală», ca o consecință a acțiunii unor factori de risc ce acționează asupra mamei, fătului sau atât asupra mamei cât și fătului. Aceste cazuri definesc sarcina cu risc.
În prezența unei sarcini cu risc este nevoie de teste suplimentare și / sau management adaptat.
Spre deosebire de gravidele sănătoase cu feți sănătoși, care pot fi supravegheate pe parcursul sarcinii de medicul de familie și de moașe, gravidele cu risc crescut trebuie urmărite de un obstetrician specializat în acest domeniu, care la nevoie va organiza un consult interdisciplinar (neonatolog, chirurg pediatru, specialist în medicina internă, cardiolog, hematolog, anestezist, etc.) pentru a decide cea mai bună conduită în sarcină și la naștere.
Sarcina la adolescente sub 15 ani se consideră de la început drept sarcină cu risc obstetrical crescut., (ROC).
Asigurarea stării de sănătate a gravidei și copilului este o prioritate a politicilor de sănătate în România, această componentă fiind parte integrantă a strategiei pentru Sănătate 2014 -2020 și a propunerilor până în anul 2030.
Programele de sănătate ale Ministerului Sănătății privind femeia și copilul includ intervenții complexe în domeniul sănătății reproducerii: prevenirea sarcinilor prin servicii de planificare familială, îngrijirea prenatală a gravidei, screeningul prenatal al bolilor genetice, profilaxia izoimunizarii cu Rh și elaborarea unor studii care să identifice și să analizeze factorii determinanți și riscul pentru morbiditatea și mortalitatea la gravidă și copil. (3)
În pofida derulării acestor intervenții sub o structură programatică complexă de un număr semnificativ de ani, rezultatele obținute sunt suboptimale în multe arii de acțiune, fapt reflectat de aspectul nefavorabil al indicatorilor epidemiologici relevanți, precum: utilizarea scăzută a serviciilor de asistență prenatală, mortalitatea maternă, incidența sarcinii în adolescență.

Incidența sarcinii la adolescente în România

Sarcina la adolescente în România reprezintă un fenomen social complex pentru care instituțiile statului nu sunt încă pregătite pentru a acționa eficient. În consecință, România se menține constant pe primele locuri în Europa în ceea ce privește nașterile la adolescente; perpetuarea acestui fenomen conduce la un cerc vicios întrepătruns îndeaproape cu sărăcia transmisă trans-generațional, cu costuri sociale și individuale semnificative. (4)
În medie, rata natalității (exprimată ca procent din totalul nașterilor) la fetele românce de 10-14 ani este de 8,5 ori mai mare decât media UE, în timp ce rata la 15-19 ani este de 3,4 ori mai mare decât media UE (Eurostat, 2019) (5). În 2019, 4,04% dintre femeile din UE, care au născut primul copil aveau vârsta sub 20 de ani. Cea mai mare pondere a nașterilor primilor copii la tinerele mame cu vârsta 15-19 ani a fost înregistrată în Bulgaria (14% din totalul nașterilor primilor copii în 2019) și România (12,3%). Cele mai mici ponderi au fost în Danemarca (1,1%), Italia (1,44%) și Olanda (1,49%).
În perioada 2011-2019, în UE, numărul copiilor

născuți din mame cu vârste 10-19 ani, a scăzut cu 29%, în timp ce în România, a scăzut cu 12%. De asemenea, în UE, în perioada 2011-2019, numărul de născuți vii provenind de la mame cu vârste între 10-14 ani, a scăzut cu aprox. 15%, în România scăderea fiind cu 0,13%. În 2019, aproximativ 44% din numărul de nou născuți provenind de la fetele 10-14 ani în EU / EEA, se regăseau în România.

Grafic nr. 1. Ponderea naşterilor la adolescente cu vârsta 10-14 ani, din totalul numărului naşterilor, în state membre UE, 2019 (%)



1 din 10 copii din România este născut de o mamă adolescentă și 1 din 6 adolescente care a avut un copil înainte de 15 ani, va avea al doilea copil înainte de 18 ani (7). În perioada 2011-2019, naşterile la adolescente 15-19 ani au reprezentat 8,13% din totalul naşterilor din aceeași perioadă.

Exista diferențe semnificative în incidența sarcinii la adolescente între județele din România, iar la nivel de județ există diferențe semnificative între unități teritoriale. Pentru dezvoltarea unei imagini precise a fenomenului mamelor adolescente din România, este necesară dezvoltarea unei înțelegeri a motivului pentru care există astfel de disparități atât între județe, cât și în interiorul județelor.

Determinanți ai sarcinii la adolescente

Literatura de specialitate evidențiază o serie de factori ce se asociază cu sarcina la adolescente:

Vârsta de debut a menarhei - în timp ce adolescentele pot experimenta maturitate fiziologică timpurie, este posibil să nu fie echipate cognitiv și psihologic pentru a-și gestiona sexualitatea în curs de dezvoltare, ceea ce duce la comportamente riscante, cum ar fi acte sexuale precoce și neprotejate (8). Evaluările antropometrice ale Institutului Național de Sănătate Publică a identificat o scădere statistic semnificativă a vârstei medii a menarhei, de la 13,83 și, respectiv, 13,33 ani pentru fetele din mediul rural și, respectiv, din mediul urban, în 1964, la 12,75 ani pentru ambele grupuri în 2013 (9).

Sărăcia - este un factor de risc semnificativ pentru sarcina la adolescente, deoarece poate afecta accesul la educație, la servicii medicale de sănătate a reproducerii, inclusiv la contracepție, precum și la autonomie scăzută a adolescenților (10).

Educația - Literatura de specialitate evidențiază corelația între nivelul scăzut de educație și sarcina la adolescente, fapt evidențiat și de Studiul Sănătății Reproducerii în România (2016). O scădere a performanței educaționale între vârsta de 7 și 16 ani este, de asemenea, asociată cu un risc mai mare de sarcină, în comparație cu indivizii care au avut performanțe ridicate la această vârstă; absenteismul frecvent sau exmatricularea de la școală sunt, de asemenea, asociate cu rate mai mari de sarcină la adolescente. (11) Educația privind sănătatea sexuală și reproductivă, sau lipsa acesteia, sunt, de asemenea, asociate cu o creștere a riscului de sarcină la adolescente.

Experiența abuzului - a fost identificată în literatură ca un factor de risc pentru sarcina la minori. Apariția concomitentă a abuzului fizic și sexual a avut cel mai semnificativ impact asupra riscului de sarcină la adolescente. (12)

Apartenența la o minoritate etnică - De o importanță specială este grupul mamelor adolescente care trăiesc în comunități etnice tradiționale, în care sarcina la vârste fragede este parte din contextul cultural complex care definește modul de viață tradițional. În multe cazuri, aceste fete nu merg la școală, nu sunt protejate de abuzuri şi, odată cu maturitatea sexuală, intră în ciclul natural al vieții reproductive, devenind mame atunci şi ori de câte ori este posibil din punct de vedere biologic. Lipsa intervențiilor de-a lungul timpului a făcut ca dimensiunea și impactul acestui fenomen să crească. (13)

Deși nu sunt disponibile statistici oficiale privind etnia mamelor adolescente, interviurile cu părțile interesate indică faptul că o proporție semnificativă din aceste cazuri apar în comunitatea de romi.

(14) Nivelul scăzut de educație și sărăcia sunt factori sociali adjuvanți. În ceea ce privește contextul cultural al căsătoriilor timpurii, datele oficiale din 1998 analizate de Institutul de Cercetare a Calității Vieții au constatat că 35% dintre femeile rome au fost căsătorite înainte de vârsta de 16 ani, 31% între vârstele 17-18 ani, 26% între vârste de 19 și 22 de ani și 8% peste vârsta de 22 de ani. Un sondaj din 2005 efectuat pe 9700 de romi, dintre care 50% femei, a constatat că 44% dintre respondenții de sex feminin și 24% dintre respondenții de sex masculin, toți cu vârsta cuprinsă între 15 și 19 ani, erau căsătoriți la momentul colectării datelor. (15)

Consecințele sarcinii la adolescente și tinere

Mamele minore nu reprezintă un grup compact, cu aceleași caracteristici şi nevoi. Sarcina, dar mai cu seamă parentalitatea în perioada adolescenței are costuri sociale şi economice ridicate, cu posibil impact asupra stării de sănătate a mamei și copilului. Deși sectorul sanitar are atribuțiile cele mai vizibile privind sarcina și nașterea la adolescente, acesta are responsabilități limitate în prevenirea sarcinilor în rândul adolescentelor.

Consecințe medicale asupra mamei și fătului:

Sarcina la vârsta adolescenței reprezintă un risc crescut de complicații medicale majore în sarcină sau la naștere, precum: eclampsia, endometrita și infecții sistemice puerperale, sângerări și leziuni ale tractului genital care pot afecta sănătatea pe termen lung. Multe mame adolescente întâmpină probleme în perioada sarcinii mai frecvent decât mamele adulte, exprimate prin anemie, hipertensiune indusă de sarcină şi retard de creștere intrauterină.
O analiză a OMS a 124 446 de mame cu vârsta de 24 de ani sau mai puțin provenind din 29 de țări a identificat riscuri mai mari pentru copiii mamelor adolescente în ceea ce privește nașterea prematură, greutatea mică la naștere și afecțiunile neonatale severe (16). Copiii mamelor adolescente pot fi, de asemenea, dezavantajați în contextul dezvoltării, mai ales când se asociază cu context familial defavorabil.
Cel puțin în parte, aceste efecte negative ar putea fi explicate şi prin faptul că mamele adolescente se confruntă mai frecvent cu sărăcie şi lipsuri de tot felul şi adoptă diverse comportamente de risc, cum ar fi fumatul sau consumul de substanțe interzise. (17)

Consecințe sociale și educaționale Gravidele și mamele adolescente se pot confrunta cu stigmă și rejecție, cu violență din partea familiei sau partenerului. Educația și oportunitățile profesionale ale tinerelor mame pot fi afectate, contribuind la perpetuarea ciclului transgenerațional de sărăcie.
După criteriul cuprinderii școlare şi al statutului material, se pot diferenția două subcategorii de mame adolescente: mame care nu sunt cuprinse într-un sistem educațional și mame care sunt cuprinse într-un astfel de sistem. (18)
Cele care nu mai frecventează școala aparțin, de obicei, unor grupuri vulnerabile, provin din familii sărace, dezorganizate, atât din mediul rural cât și urban, indiferent de etnie. Unele trăiesc deja în concubinaj și este puțin probabil ca aceste fete să aibă cunoștințe suficiente privind sănătatea reproducerii.
Mamele adolescente care sunt cuprinse într-o formă de învăţământ şi de obicei nu fac parte din familii sau grupuri defavorizate, au rămas însărcinate întâmplător, din lipsa unor cunoștințe pentru prevenirea sarcinii nedorite.
Riscul de complicații medicale și consecințe sociale ale sarcinii sunt mai frecvente și pot fi mai serioase în cazul adolescentelor cu dizabilități, al celor din grupuri sociale defavorizate, sau în caz de situații umanitare sau de urgență.

Tații, partenerii mamelor adolescente și potențialul de abuz

În timp ce majoritatea cercetărilor pe tema sarcinii la adolescente se concentrează pe mamă, se cunosc mult mai puține informații despre tații implicați în astfel de circumstanțe. Problema paternității în contextul sarcinii la adolescente este de o importanță deosebită, deoarece ajută la ilustrarea circumstanțelor în care apar aceste sarcini. Aceste sarcini pot să fie rezultatul experimentării adolescenților și al relațiilor consensuale, dar pot să fie și rezultatul unor relații cu parteneri mai în vârstă, uneori pot fi susținute de familie și comunitate sau, cel mai îngrijorător aspect, sunt rezultatul abuzului. Este nevoie să recunoaștem importanța adresării fenomenului sarcinii la adolescente și prin prisma direcționării intervențiilor către băieți / tații. (19)
Organizația Mondială a Sănătății militează pentru focalizarea atenției și pe educația băieților, cu scopul reducerii sarcinilor la adolescente. Orientarea politicilor spre includerea bărbaților în problematica reproducerii este o abordare practică, transformativă, acceptabilă atât de către bărbați, cât și de către femei.

Contextul legal privind sarcina la adolescente (respectarea drepturilor copilului)

Uneori sarcina poate fi rezultatul abuzului sexual. Conform statisticilor legate de abuz, neglijare și exploatare publicate de Autoritatea Națională pentru Drepturile Persoanelor cu Dizabilități, Copii și Adopții (ANDPDCA), între 1 ianuarie - 30 septembrie 2021, 891 din cazurile de abuz sexual (87, 4%) au fost comise împotriva fetelor; 34 (85%) din cazurile de exploatare sexuală au fost comise împotriva fetelor. Marea majoritate a victimelor abuzului sexual (58,5%) și a exploatării sexuale (62,5%) se încadrau între 14-17 ani.
Codul Penal din România pedepsește cu închisoarea actul sexual cu minori (ANEXA: Art. 220 Noul Cod Penal. Actul sexual cu un minor. Infracțiuni contra libertății și integrității sexuale. (Capitolul VIII)
În cazul că minorei îi este restrâns dreptul la educație datorită sarcinii și / sau maternității, trebuie menționat că împiedicarea accesului la învățământul general obligatoriu intră sub incidența codului penal (ANEXA: Art. 380 Noul Cod Penal. Împiedicarea accesului la învățământul general obligatoriu. Infracțiuni contra familiei)

Rolul personalului din asistența medicală comunitară

Pentru identificarea situațiilor de risc în comunitate un rol important îl au asistenții medicali comunitari (AMC), mediatorii sanitari, asistenții sociali. AMC cunosc în principiu factorii de risc ai mamelor adolescente și au atribuții specifice în identificarea sarcinilor precoce și nedorite și intervenția asupra categoriilor vulnerabile, în special în mediul rural. AMC / mediatorii sanitari organizează grupuri de discuții cu adolescentele pe care le monitorizează.
Adolescentele trebuie informate privind riscul de apariție a sarcinii, cum să recunoască semnele precoce ale sarcinii și, după caz, pot fi îndrumate pentru diagnosticul de sarcină.
Gravida minoră trebuie consiliată privind opțiunile pe care le are, drepturile și serviciile medicale la care poate avea acces.
În vederea reducerii sarcinii la adolescente și a promovării stării de sănătate, profesioniștii din sănătate trebuie să consilieze și băieții minori (20). Băieții și tinerii au nevoie de informații specifice privind sexualitatea și reproducerea pentru a iniția și consolida relații armonioase și a evita parentalitatea prematură. Tații adolescenți au nevoie de consiliere și suport.
Adolescenții trebuie informați că există în România prevederi legale explicite care se referă la pedepsirea actului sexual cu o minoră, precum și fapte ce împiedică accesul mamei minore la educație. Este important de considerat vulnerabilitatea specială a gravidelor tinere și adolescente, mai ales cele foarte tinere sub 15-16 ani. Gravidele foarte tinere pot deveni mai frecvent victimele izolării, neglijării și violenței din partea partenerului și / sau familiei; aceste aspecte sunt mai frecvente în cazul adolescentelor și tinerelor cu dizabilități, cu nivel de educație scăzut, sau din medii dezavantajate (sărăcie, minorități, izolare geografică). Ele pot avea nevoie de sprijin psihologic și suport material din partea părinților și a familiei sau a sistemului de protecție socială.

Informații de transmis adolescenților și tinerilor

- Mecanismul fiziologic de apariție a sarcinii
- Consecințele sarcinii și parentalității în perioada adolescenței
- Abuzul sexual și sarcina (cadrul legal și mecanismul de raportare a abuzului)
- Rolul băieților în prevenirea sarcinii și parentalității

URMĂRIREA SARCINII LA ADOLESCENTĂ

ASISTENȚA PRENATALĂ

Diagnosticul de sarcină

Se face coroborând datele furnizate de anamneză și examenul clinic, analize de laborator și examenul ecografic, cu scopul de a identifica factorii de risc și a stabili vârsta gestațională.
Diagnosticul de sarcină se bazează pe:
- Simptomele și semnele de sarcină sunt preponderent materne, iar diagnosticul este de suspiciune.
- Testele de sarcină care au la bază detectarea gonadotropinei corionice (HCG) în sânge sau urină. Gonadotropina corionică (HCG) este un hormon secretat de viitoarea placentă și poate fi depistată în serul matern sau urină doar după implantarea oului, începând cu 8 -11 zile de la concepție. Testele serice depistează anticorpi anti molecule intacte de HCG iar testele urinare depistează HCG urinară hiperglicozilată, din sarcina la debut. Sensibilitatea testelor rapide

de sarcină este variabilă. Majoritatea testelor urinare și serice au o sensibilitate de aproximativ 99%.

Testele de sarcină la domiciliu, nu pot depista o sarcină înainte de 4-5 săptămâni. Eficacitatea diagnostică a testelor de sarcină efectuate de paciente la domiciliu este influențată decisiv de modul de folosire. (21).

Medicul nu poate lua în considerare rezultatul unui test auto-administrat, ci trebuie să solicite un test de sarcină efectuat în laborator sau la cabinet.
Testele de sarcină pot da rezultate fals pozitive sau fals negative (teste efectuate prea devreme sau în caz de utilizare incorectă a testului)

Ecografia se utilizează pentru:
- Confirmarea unei sarcini intrauterine sau diagnosticul unei sarcini extrauterine
- Diagnosticul viabilității unei sarcini
- Diagnosticul sarcinii multiple
- Calculul vârstei gestaționale și stabilirea datei probabile a nașterii, mai ales când sunt înregistrate menstre neregulate, când data ultimei menstruații este necunoscută sau în cazul concepției sub tratament hormonal.
- Screeningul anomaliilor morfologice fetale.

Ecografia transvaginală poate detecta sarcina cu o săptămână înaintea ecografiei abdominale (identifică sacul gestațional la 4-5 săptămâni de sarcină).

Definiții. Contextul actual în România
Îngrijirea prenatală poate fi definită ca asistența oferită de profesioniști calificați din domeniul sănătății femeilor gravide pentru depistarea și prevenirea riscului obstetrical, printr-un ansamblu de intervenții menite să asigure o evoluție optimă a sarcinii.
Îngrijirea prenatală nu constituie o intervenție singulară, ci reprezintă un cumul de evaluări, discuții și intervenții cu scop profilactic și curativ, desfășurate în timpul evoluției sarcinii.

Pentru dezvoltarea normală a sarcinii, OMS recomandă luarea în evidență a gravidei din primul trimestru al sarcinii pentru a permite identificarea precoce a factorilor de risc în sarcină pentru a preveni, recunoaște și trata în timp util complicațiile materne și fetale.
Astfel, se reduce morbiditatea și mortalitatea maternă și perinatală atât direct, prin detectarea și tratamentul complicațiilor legate de sarcină, cât și indirect, prin identificarea femeilor și adolescentelor cu risc crescut de a dezvolta complicații în timpul travaliului și nașterii și referirea lor către un nivel de asistență medicală adecvat. (22)
În România, asistența gravidei şi, implicit, a adolescentei gravide este stipulată în Legea 5 / 2006, în care este specificat şi rolul medicului de familie de a asigura luarea în evidență a gravidei asigurate şi neasigurate. Ministerul Sănătății a definit cadrul metodologic și administrativ al urmării prenatale, metodologia Consultației prenatale prin Ordinul MS 1617 / 23. 08. 2021.
Metodologia de efectuare a consultației prenatale și postnatale este documentată în carnetul gravidei și a fost concepută astfel încât să fie bazată pe dovezi și agreată prin consens de grupul de lucru comun format din membrii reprezentativi din Societatea de Obstetrică și Ginecologie din România, Comisia de Obstetrică și Ginecologie a Ministerului Sănătății, Comisia de Medicină de Familie a Ministerului Sănătății, Societatea Națională de Medicina Familiei și din Asociația Moașelor Independente din România și Institutul Național pentru Sănătatea Mamei și Copilului. Metodologia a fost avizată și de Colegiul Medicilor din România.
Evoluția normală a unei sarcini poate fi întreruptă de apariția unor factori de risc din mediul intern sau extern, cunoscuți anterior stării de graviditate sau apariția pe parcursul acesteia și care pot interfera cu parcursul normal al unei sarcini producând efecte negative asupra sănătății mamei sau a fătului. Aceste situații definesc sarcina cu risc crescut, ce implică un management special de contracarare și combatere a riscului. (Ordinul MS 1617 / 23. 08. 2021 ANEXA Factorii de risc).
Sarcina fiziologică la adolescente poate fi urmărită de medicul de familie și moașa (conform metodologiei stabilite prin Ordinul MS 1617 / 23. 08. 2021), cu excepția sarcinii la adolescentele sub 15 ani, care se încadrează de la început ca și sarcină cu risc obstetrical crescut.

Obiectivele și conținutul primei consultații prenatale

Prima consultație prenatală este foarte importantă în a stabili o relație de încredere și confort a gravidei adolescente și reprezintă premiza pentru o îngrijire prenatală corectă. Cu această ocazie medicul de familie sau moașa inițiază „Carnetul Gravidei” (instrument de lucru util pentru monitorizarea completă a evoluției sarcinii, având și rolul de a asigura o comunicare obiectivă între diferitele eșaloane medicale). I se vor anexa ulterior

ecografiile, investigațiile de laborator, consulturile interdisciplinare, scrisorile medicale și biletele de externare.

Cu ocazia primei consultații prenatale se stabilesc:

Diagnosticul de sarcină prin anamneză și examen clinic.

Se recomandă examen ecografic ginecologic și examene de laborator

Vârsta sarcinii și calcularea datei probabile a nașterii (DPN)

- Vârsta sarcinii se estimează în zile sau săptămâni, începând din prima zi a ultimei menstruații (poate fi corectată după examinarea ecografică)
- Stabilirea DPN se face prin utilizarea datei ultimei menstruații (DUM) însumând:
- 280 de zile (sau 40 săptămâni) de la data primei zile a ultimei menstruații
- 268 de zile de la data fertilizării, metodă ce va aproxima data cu o eroare de 2 săptămâni înainte sau după DPN.
- 10-14 zile de la data primei zile a ultimei menstruații plus 9 luni

Bilanțul stării generale se face prin: examenul complet clinic al tuturor aparatelor și sistemelor și analize de laborator și investigații paraclinice uzuale precum și cele recomandate în caz de indicație specială conform anexei 2 din Ordinul Ministerului Sănătății nr. 1617 / 23. 08. 2021

Evaluarea riscului sarcinii. Sarcina la adolescente poate prezenta riscuri serioase pentru mamă și copil.

Dacă vârsta mamei este sub 15 ani, sarcina este încadrată de la început în categoria de ROC. Aceasta presupune monitorizarea sarcinii în colaborare cu medicul obstetrician-ginecolog și, eventual, examene medicale de specialitate suplimentare, în funcție de evoluția sarcinii și de posibila patologie asociată. La aceasta se pot adăuga aspecte psihosociale particulare.
Factorii de risc se menționează în carnetul gravidei și se monitorizează corespunzător (Dacă există situații particulare, care nu se regăsesc în Anexa 1 din Carnetul Gravidei, vor fi specificate separat.)

Evaluarea contextului socio-economic se completează în Carnetul gravidei. Gravidele adolescente pot prezenta particularități sociale și / sau economice speciale. Asistenta comunitară și mediatorul sanitar pot avea un rol deosebit în identificarea și implementarea de măsuri de suport social și psihologic pentru gravidă și familie.

Evaluarea semnelor și simptomelor minore în sarcină

- Grețurile și vărsăturile sunt simptome dominante ale sindromului neurovegetativ de instalare a sarcinii. Cedează de obicei spontan după săptămâna 13-14.
- Pirozis - determinat de reflux de suc gastric în esofag.
- Constipația datorită scăderii peristaltismului intestinal.
- Hemoroizii
- Durerea lombară. Este cauzată de suprasolicitarea coloanei lombare determinată de mărirea în volum a abdomenului
- Polakiuria. Apare din cauza congestiei pelviene și / sau a compresiunii asupra vezicii determinată de uterul gravid. Nu se tratează, dar impune investigarea infecțiilor urinare
- Varicele (membrelor inferioare și / sau vulvare).
- Leucoreea. Nu se tratează; se recomandă examen citobacteriologic al secreției vaginale doar în cazurile în care este prezentă leucoreea cu semnificație clinică
- Oboseala și somnolența. Apar cu predilecție în primul trimestru.

Ierarhizarea cazului

La fiecare consultație prenatală, cazul va fi reevaluat și reierarhizat în funcție de evoluția sarcinii de către MF / medicul specialist OG / moașă, care vor evalua factorii de risc și vor recomanda un interval pentru următoarea consultație prenatală.

Sarcina la adolescente poate prezenta riscuri serioase pentru mama și copil, mai ales dacă vârsta mamei este sub 15 ani, caz în care este încadrata de la început în categoria de ROC. **Consiliere privind reguli de igienă și stil de viață**

- Mișcarea în aer liber zilnic cel puțin 30 minute pe zi.
- Somnul și odihna să fie suficiente și realizate natural, fără somnifere
- Igiena corporală zilnic cu apă și un săpun neiritant; în ultimele două luni de sarcină baia generală trebuie să fie evitată recomandându-se de obicei dușul
- Spălăturile vaginale recomandate doar la indicația medicului.
- Igiena orală și controalele și tratamentele stomatologice recomandate, cunoscut fiind faptul că sarcina favorizează apariția sau agravarea

cariilor.
- Îngrijirea sânilor și a abdomenului trebuie să primească o atenție deosebită (mai ales la primipare și la femeile cu mameloane invaginate).
- Gimnastica și masajul (în primele 4 - 5 luni) sunt utile, însă folosirea diverselor creme și a substanțelor emoliente nu evită apariția vergeturilor.
- Îmbrăcămintea să fie adaptată condițiilor de anotimp și de temperatură, să fie comodă, largă mai ales pe abdomen iar încălțămintea să fie cu tocuri joase și late
- Relațiile sexuale sunt permise în timpul sarcinii, dacă nu există motive medicale care să le contraindice.

Consiliere pentru a evita:

- Camerele în care se fumează
- Alimentele excesiv sărate și conservele
- Consumul de fructe și legume nespălate, consumul de carne și ouă insuficient preparate termic sau de lactate nepasteurizate
- Substanțe excitante: cola, canabis
- Consumul excesiv de cafeină
- Contactul cu persoane afectate de boli infecțioase: COVID 19, gripă, hepatită virală tip A, varicelă, rubeolă, etc.
- Contactul cu produse toxice
- Folosirea de dizolvanți, vopsele, aerosoli, insecticide
- Condițiile grele de muncă: mediu zgomotos sau lucrul la temperaturi înalte, ortostatismul prelungit, ridicarea de greutăți, trepidații, orarul de lucru prelungit
- Muncile casnice solicitante
- Contactul cu animale necunoscute
- Călătoriile cu avionul după luna a 7-a de sarcină
- Evitarea situațiilor de stres acut și / sau prelungit (pot induce naștere prematură sau greutate mică la naștere și pot avea efect asupra dezvoltării ulterioare a fătului) (23)

Se recomandă ca medicul de familie sau moașa să consilieze pacientele cu privire la vaccinările în sarcină și profilaxia izoimunizării în sistem Rh, a rahitismului, a anemiei feriprive și a defectelor de tub neural, și cu privire la igiena sarcinii.

Obiectivele și conținutul consultației prenatale Trimestrul II de sarcină (săptămâna de sarcină 14-27 + 6 zile)

Pentru gravida care se prezintă în Trimestrul II pentru luarea în evidență a sarcinii, consultația prenatală se va efectua ca și în cazul consultației din Trimestrul I.

Anamneza, vizează:

- Starea generală
- Acomodarea femeii la sarcină
- Respectarea recomandărilor de igienă stabilite
- Evaluarea rezultatelor analizelor și a investigațiilor paraclinice efectuate;
- Eventuale acuze - dureri abdominale, leucoree cu semnificație clinică, eliminări de sânge, astenie, dispnee de efort, edeme, tulburări micționale.

Examenul general pe aparate și sisteme - urmărește adaptarea aparatelor și sistemelor la starea de sarcină, prevenirea și depistarea precoce a patologiei gestaționale.

Examenul obstetrical - urmărește în plus față de cele precizate anterior data apariției primelor mișcări fetale și, cu ocazia fiecărei vizite medicale, se consemnează prezența sau absența mișcărilor active fetale (MAF)

Examenul genital (inspecția regiun.ii vulvo-perineale, examen cu valve și tact vaginal) va fi efectuat de medicul de specialitate OG sau moașă, doar în cazurile în care gravida prezintă semne ce îl impun: leucoree cu semnificație clinică, contracții uterine dureroase, eliminare de lichid amniotic, sângerare pe cale vaginală.

Analize și investigații. Pachetele de analize decontate de CNAS sunt prevăzute în Anexa 2 din Ordinul Ministerului Sănătății nr. 1617 / 23. 08. 2021.

Medicul / moașa va stabili și va consemna (sub semnătura gravidei de luare la cunoștință) intervalul pentru următoarea consultație prenatală.

Consilierea după săptămâna 24 va include următoarele informații:

- Informații despre semnele travaliului
- Stabilirea prognosticului nașterii, în raport cu paritatea, prezentația fătului și starea acestuia, conformația bazinului și existența patologiei supraadăugate
- Stabilirea datei de intrare în concediul prenatal (legislația în vigoare permite 63 / 84 zile de concediu înaintea datei probabile a nașterii și de 63 / 42 de zile pentru concediu postnatal)

Obiectivele și conținutul consultației prenatale în trimestrul al III-lea de sarcină (Săptămâna de sarcină 28 - termen)

În plus față de obiectivele consultațiilor prenatale din Trimestrul al II-lea al sarcinii sunt de menționat următoarele activități:

- Medicul OG / moașa - estimează modalitatea nașterii, în raport cu paritatea, prezentația, configurația bazinului, existența patologiei supraadăugate
- Medicul OG / MF - reevaluează data concediului prenatal
- Medicul OG / MF / moașa - recomandă pregătirea fizică și psihică pentru naștere și alăptare, cursuri tip Școala Părinților, consultația de către un medic ATI.

Anamneza (cu aceiași parametri ca în Trimestrul II)

Examenul general pe aparate și sisteme (cu aceiași parametri ca în Trimestrul II)

Examenul obstetrical - urmărește în plus față de cele precizate anterior în Trimestrul II:

- Medicul OG / moașa stabilește prezentația și raportul ei față de strâmtoarea superioară;
- Medicul OG / moașa apreciază mărimea fătului și cantitatea de lichid amniotic

Analize și investigații. Pachetele de analize decontate de CNAS sunt prevăzute în Anexa 2 (Ordinul Ministerului Sănătății nr. 1617 / 23. 08. 2021).

La fiecare consultație prenatală, cazul va fi reevaluat și reierarhizat în funcție de evoluție (vezi prima consultație prenatală). Medicul sau moașa vor stabili și vor consemna intervalul pentru următoarea consultație prenatală.

Pe parcursul sarcinii medicul trebuie să îndrume gravidele cu risc obstetrical crescut pentru naștere la o maternitate de nivel II sau III, chiar dacă aceasta se află la distanță. Excepție de la cazurile enumerate mai sus fac urgențele sau cazurile în care gravida este nedeplasabilă din motive medicale sau legate de condițiile meteorologice.

Frecvența vizitelor prenatale

Consultația prenatală are ritm lunar până la săptămâna de sarcină 28, bilunar între săptămânile 28-36 și săptămânal de la săptămâna 36, cu posibilitatea oferirii de telemedicină doar când gravida nu prezintă acuze.

Dintre consultații se recomandă ca minim o consultație pe trimestru să fie realizată de către medicul OG.

Toate informațiile obținute vor fi notate conform metodologiei prevăzute în anexa nr. 3, în „Carnetul Gravidei", documentația medicală având o importanță deosebită. (24)

Metode specifice de monitorizare clinică a sarcinii

Pe parcursul sarcinii se monitorizează clinic în dinamică aspectele menționate în tabelul 1.

Tabel nr. 1. Monitorizarea sarcinii

Determinarea	Când	Scop
a. Măsurarea greutății și IMC	La fiecare vizită	
b. Edeme membre inferioare	La fiecare vizită	80% prezintă edeme
c. Monitorizarea tensiunii arteriale (Anexa 2)	La fiecare vizită	Risc preeclampsie
d. Monitorizarea dezvoltării fetale: - Înălțimea fundului uterin - mișcări fetale - poziția fătului	La fiecare vizită peste 20 săptămâni	Creșterea fetală
e. Auscultarea frecvenței cardiace fetale	La fiecare vizită peste 10-12 săpt.	Viabilitatea fătului
f. Examenul genital (inspecția regiunii vulvo-perineale, examen cu valve și tact vaginal)	Va fi efectuat de medicul de specialitate OG sau moașă, doar în cazurile în care gravida prezintă semne de alarmă	Stabilirea posibilelor complicații ale sarcinii

Debutul tulburărilor hipertensive în oricare dintre categorii este aproape întotdeauna asimptomatic, fapt ce crește valoarea monitorizării tensiunii arteriale. (25) În sarcină se întâlnesc mai multe forme de hipertensiune arterială. (Anexa)

Măsuri de prevenție în timpul sarcinii

Alimentația gravidei trebuie să fie echilibrată pentru a răspunde apariției și dezvoltării fătului. Creșterea în greutate optimă este între 9 și 12 kg în funcție de IMC.

- Aportul caloric este de aproximativ 300 kcal suplimentare zilnic, asigurându-se consumul caloric de aproximativ 2. 400 kcal / zi, în funcție de vârsta femeii gravide, ocupația sa, modul de viață, dar mai ales în funcție de greutatea anterioară sarcinii (aport caloric mai mare la cele subponderale și diminuat la cele supraponderale).
- Mineralele. Administrarea de supliment de fier conform ghidului de urmărire a sarcinii (zilnic sau săptămânal, în funcție de toleranța efectelor secundare).
- Vitaminele. Dieta echilibrată și completă asigură necesarul de vitamine pentru gravidă, alte preparate medicamentoase nefiind necesare. Necesarul de acid folic nu poate fi satisfăcut doar prin aport alimentar și se recomandă administrarea profilactică de supliment pentru prevenirea anemiei și posibile defecte de tub neural la făt.

Vaccinările în sarcină și profilaxia izoimunizarii în sistem RH

- Vaccinarea DTPa împotriva tetanosului, difteriei și tusei convulsive, conform protocolului aprobat de MS. (28) Poate fi recomandată de către medicul de familie. Optim pe parcursul celui de-al doilea sau al treilea trimestru de sarcină, pentru a oferi protecție pasivă sugarilor împotriva tusei convulsive (mai ales în caz de situație epidemiologică specifică).
- Vaccinare anti-gripală cu virus gripal inactivat. Se recomandă administrare sezonieră începând cu luna octombrie.
- Vaccinare anti hepatita B (VHB). În caz de risc de contractare a virusului hepatitei B
- Vaccinarea anti-COVID 19 - în conformitate cu Instrucțiunile comitetului național de coordonare a activităților privind vaccinarea împotriva SARS-COV
- Profilaxia izoimunizarii în sistem RH în caz de incompatibilitate în sistem RH stabilită prin examen de laborator. Se recomandă efectuarea profilaxiei în conformitate cu Ghidul Clinic pentru Obstetrică și Ginecologie nr. 14 / 2019, ”Conduita în sarcină cu incompatibilitate în sistem Rh”.

Semne de alarmă în timpul sarcinii

Dirijați gravida să consulte medicul / moașa în prima parte a sarcinii în următoarele situații:

- Febră (temperatură mai mare de 38°C)
- Vărsături frecvente
- Dureri abdominale
- TA > 140 / 90 mmHg la 2 determinări consecutive
- Tulburări urinare (usturime, senzație de urinare frecventă)
- Creștere bruscă în greutate (în numai câteva zile)
- Edeme / creșterea în volum a picioarelor și mâinilor
- Cefalee, vertij, tulburări de vedere

Dirijați gravida către consult în maternitate după săptămâna 24 în cazul semnelor și simptomelor de mai sus, la care se pot adaugă următoarele semne și simptome de alarmă:

- Contracții uterine (uneori dureroase) prezente ce se resimt la nivelul părții inferioare a abdomenului sau a spatelui. Aceste contracții trebuie să fie regulate și să se repete la un interval mai mic de 20 minute
- Sângerare pe cale vaginală, chiar și în cantitate minimă
- Eliminare a dopului gelatinos (mucus sangvinolent) înainte de 37 SA
- Pierdere de lichid amniotic
- Depășirea datei probabile a nașterii
- Lipsa mișcărilor active fetale sau scăderea frecvenței acestora / impresia subiectivă că a scăzut intensitatea / amplitudinea lor.

Informați mama minoră privind semnele și simptomele de alarmă din timpul sarcinii și modalitățile de a accesa serviciile medicale de urgență.

Consiliați gravida privind măsurile de igienă și prevenție în timpul sarcinii:

- Administrarea de supliment de fier conform ghidului de urmărire a sarcinii
- Administrarea de acid folic conform ghidului de urmărire a sarcinii
- Alimentația cu produse naturale bogate în cal-

ciu; în caz de aport scăzut de calciu, administrarea de preparate de calciu în timpul meselor principale pentru a reduce riscul de preeclampsie (la câteva ore de administrarea de supliment de fier, în cazul administrării ambelor preparate, pentru a evita interacțiunile negative)
- Alimentația cu produse naturale bogate în vitamine B, C și E și privind expunerea la soare pentru producerea de vitamina D.
- Administrarea de suplimente alimentare cu multivitamine prenatale, alegându-se produse ce includ fier și acid folic în cazul populațiilor cu prevalența ridicată a deficitelor nutriționale
- Evitarea fumatului; fumatul în timpul sarcinii se asociază cu risc crescut genetic la făt și cu ADHD la copil (29)
- Evitarea consumului de alcool - excesul de alcool se poate asocia cu tulburări neuro-psihice la copil (30)
- Evitarea consumului de droguri - pot afecta starea de sănătate a mamei și se asociază cu risc de avort, naștere prematură, greutate mică la naștere a fătului, tulburări neuropsihice la copil. (31) Consiliați gravida privind prevenirea bolilor infecțioase prin vaccinare specifică, în conformitate cu reglementările MS și a situației epidemiologice
- Profilaxia hemolizei nou-născutului în caz de incompatibilitate RH la gravida cu RH negativ.

Consiliați gravida minoră privind drepturile sale legale și a pașilor de urmat pentru obținerea documentelor legale și a beneficiilor sociale:
- Drepturile și îndatoririle părintești ale părintelui minor (Art. 490 din Noul Cod Civil)
- Părintele minor care a împlinit vârsta de 14 ani are numai drepturile și îndatoririle părintești cu privire la persoana copilului.
- Drepturile și îndatoririle cu privire la bunurile copilului revin tutorelui, sau, după caz, altei persoane, în condițiile legii.
- Dreptul de a beneficia prin reprezentatul legal de indemnizație de 1250 de lei de creștere a copilului și dreptul de a primi prin reprezentant legal alocația copilului. (Ordonanța nr. 111 / 2010, „indemnizația lunară pentru creșterea copilului… nu poate fi sub 1. 250 de lei”)
- Dreptul de a continua școlarizarea în timpul sarcinii și de a se întoarce la școală după nașterea copilului, iar orice comportament care o împiedică să facă asta, din partea profesorilor, a colegilor sau a părinților, reprezintă discriminare și este interzisa prin lege (32).

Consiliați gravida privind instituțiile la care se poate adresa în situații de urgență: Urmărirea prenatală oferă oportunitatea de a identifica posibile situații de violență. Situațiile de violență și abuz în timpul sarcinii reprezintă o problemă majoră de sănătate publică, deoarece pot cauza complicații materne și pot afecta sănătatea fătului.
- Posibilitatea de a se adresa Direcției Generale de Asistență Socială și Protecția Copilului (DGASPC) din județul de care aparține pentru a primi ajutor din partea centrelor maternale și centrelor de consiliere pentru părinți.
- Posibilitatea de a fi primită într-un centru maternal dacă este mamă sau gravidă, sub 18 ani și se află în sistemul de protecție specială a copilului, dacă nu are unde să locuiască și familia nu o susține. (33)
- În cazul în care se confrunta cu violență în familie, poate suna la linia telefonică gratuită: 0800 500 333 (Call-center național pentru victimele violenței domestice al Agenției Naționale pentru Egalitatea de Șanse între Femei și Bărbați)

ASISTENȚA POSTNATALĂ

Definiții. Context

Asistența postnatală constă în urmărirea adolescentei care a născut și a nou-născutului de către personalul medical cu scopul de asigura condiții optime de sănătate a mamei și copilului. Perioada postnatală începe la 2 ore după expulzia placentei și continuă pe perioada primelor 42 de ore de zile după naștere.

Urmărirea postnatală este reglementată în România prin Ordinul Ministerului Sănătății nr. 1617 / 23. 08. 2021.

Personalul de la nivelul asistenței comunitare are un rol important în urmărirea schimbărilor anatomice și fiziologice din perioada postnatală și detectarea factorilor de risc și a semnelor și simptomelor de alarmă privind sănătatea mamei și nou-născutului.

Frecvența vizitelor de urmărire postnatală

- Primele 24-72 ore după externarea din maternitate pentru a controla starea de sănătate a mamei și nou-născutului.
- La consultația efectuată la 2-3 săptămâni de la naștere se vor oferi și recomandări privind contracepția.
- La 5-6 săptămâni de la naștere este recomandată examinarea lăuzei de către medicul de specialitate medicină de familie, de către medicul de

specialitate OG sau de către moașă și se poate iniția contracepția post-partum

Principalele schimbări fiziologice ale mamei

Se monitorizează:

- La nivelul organelor pelvine:
- Involuția uterului (se monitorizează coborârea fundului uterului)
- Aspectul lohiilor (lohii roșii în primele zile după naștere, urmat de un aspect seros și apoi aspect albicios către sfârșitul perioadei postnatale). Lohii cu aspect murdar și miros urât reprezintă semn de infecție endometrială.
- La nivelul sânilor:
- Aspectul laptelui matern - colostru în primele trei zile după naștere, urmat de lapte matern

Semne și simptome de alarmă în perioada postnatală la mamă

Următoarele semne și simptome necesită consult și tratament de specialitate de urgență!

- Sângerare vaginală abundentă și / sau prelungită
- Cefalee severă
- Vedere încețoșata
- Durere severă în epigastru
- Convulsii
- Febră
- Durere la nivelul toracelui sau dispnee
- Stări de leșin
- Puls > 100 / min
- TA > 140 / 90
- Temperaturi > 38 C sau <36 C
- Sâni întăriți și dureroși
- Tensiune și / sau durere la nivelul mușchilor gambei
- Abdomen dureros la presiune (diferit față de crampele normale date de contracția uterului, mai ales în timpul alăptării)
- Scurgeri vaginale modificate, mirositoare și / sau aspect infectat al leziunilor perineale

Semne și simptome de alarmă în urmărirea nou-născutului

Următoarele semne și simptome ale nou-născutului necesită consult de specialitate de urgență

- Temperatura >38 C sau <36 C
- Frecvența respiratorie >60 / min
- Aspect flasc, nereactiv
- Tegumente cu aspect icteric, cianotic sau palid
- Dificultăți respiratorii manifestate prin fluturări ale nărilor și retracția peretelui toracic
- Scurgeri sângerii sau purulente la nivelul bontului ombilical

Complicații majore ale mamei ce necesită consult și intervenție medicală de specialitate în perioada postnatală:

- Complicații la nivelul sânilor
- Angorjarea sânilor
- Mastita - inflamație ce poate urma unei angorjări prelungite; sânul este foarte dureros, edemațiat, cu piele înroșită; mama poate prezenta febră și frisoane.
- Abces mamar - se produce rar, colecție purulentă ce urmează mastitei. Simptomele inflamației sânului (mastita) se accentuează. Necesită tratament chirurgical și antiinfecțios de specialitate
- Probleme de coagulare a sângelui. În a treia zi după naștere se produce o creștere fiziologică a coagulabilității sângelui, dar poate reprezenta un factor de risc pentru complicații trombotice
- Hemoragie post-partum - sângerare vaginală abundentă și / sau prelungită (reprezintă principala cauză de mortalitate maternă)
- Preeclampsia (una din cauzele majore de mortalitate maternală)
- Infecție post-partum a tractului genital (una din cauzele majore de mortalitate maternă)
- Complicații la nivelul tractului urinar: retenție de urină, infecție urinară, incontinență urinară
- Leziuni la nivelul perineului și vulvei
- Probleme psiho-emoționale - stări de tristețe și anxietate, care pot ajunge până la depresie sau psihoză. Mamele adolescente sunt vulnerabile și sunt mai predispuse la acest tip de probleme.

Contracepția post-partum

Mulți experți recomandă ca următoarea sarcină să fie planificată la cel puțin 18 luni față de nașterea anterioară.

Momentul când femeia poate rămâne însărcinată după ce a născut este variabil și greu de precizat, depinzând de alăptarea la sân a nou-născutului. La mamele care nu alăptează, prima ovulație are loc la aproximativ 45 zile după naștere și este probabil ca revenirea fertilității să se producă după 4-6 săptămâni de la naștere.

Dacă femeia alăptează, revenirea fertilității se produce mai târziu și mama poate folosi metoda amenoreei de lactație, care asigură contra-

cepție și este cea mai bună alimentație pentru copil. Această metodă necesită 3 condiții: sângerarea lunară a mamei nu a revenit, copilul este alăptat integral la sân (hrănit frecvent zi și noapte), copilul are vârsta mai mică de 6 luni. De asemenea, femeia trebuie să alăpteze integral, să nu fie un interval mai mare de 4 ore ziua și 6 ore noaptea între supturi, femeia să nu aibă menstruație, iar sugarul să aibă maxim 6 luni. Dacă toate aceste condiții sunt îndeplinite, suptul la sân al sugarului împiedică ovulația.

Dacă femeia nu alăptează contracepția după naștere poate fi inițiată la 21 zile după naștere. Toate metodele contraceptive sunt sigure și eficiente atunci când sunt furnizate după naștere și atunci când sunt adecvate din punct de vedere medical pentru o pacientă.

Rolul asistenței medicale primare

Urmărirea pre- și postnatală la nivelul asistenței primare prezintă o importanță deosebită în asigurarea sănătății mamei și copilului, mai ales având în vedere fragilitatea și vulnerabilitatea mamei adolescente.

Tabel nr. 2. Urmărirea pre / postnatală a sarcinii

	Recomandare
Urmărirea prenatală	Pentru dezvoltarea normală a sarcinii, OMS recomandă luarea în evidență a gravidei din primul trimestru al sarcinii pentru a permite identificarea precoce a factorilor de risc în sarcină pentru a preveni, recunoaște și trata în timp util complicațiile materne și fetale. Astfel, se reduce morbiditatea și mortalitatea maternă și perinatală atât direct, prin detectarea și tratamentul complicațiilor legate de sarcină, cât și indirect, prin identificarea femeilor și adolescentelor cu risc crescut de a dezvolta complicații în timpul travaliului și nașterii și referirea lor către un nivel de asistență medicală adecvat. (24)
	Informați mama minoră privind semnele și simptomele de alarmă din timpul sarcinii și modalitățile de a accesa serviciile medicale de urgență.
	Consiliați gravida privind măsurile de igiena și prevenție în timpul sarcinii.
	Consiliați gravida minoră privind drepturile sale legale și a pașilor de urmat pentru obținerea documentelor legale și a beneficiilor sociale
	Consiliați gravida privind instituțiile la care se poate adresa în situații de urgență.
Urmărirea postnatală	Informați mama și familia privind schimbările fiziologice după naștere, măsuri de igienă și stil de viață și îngrijirea nou-născutului.
	Informați mama și familia să poată recunoaște posibilele semne și simptome de alarmă privind sănătatea mamei și nou-născutului din perioada postnatală și, în caz de nevoie, dirijați de urgență către servicii specializate.
	Acordați atenție sporită stării psihice a mamei pentru a detecta semnele depresiei post-partum și a dirija mama pentru suport psihologic și îngrijire de specialitate. Partenerii mamelor adolescente pot avea nevoie de suport.
	Monitorizați condițiile economice și de viață ale mamei și nou-născutului pentru a identifica posibilele riscuri, inclusiv pentru prevenirea formelor de violență, abuz sau neglijare atât a mamei, cât și a nou-născutului.
	Dirijați mama adolescentă cu condiții economice precare pentru a obține beneficiile de asistență socială prin reprezentantul său legal.
	Consiliați mama adolescentă privind viața sexuală după naștere și posibilitatea de a iniția contracepția post-partum.

AVORTUL

Definiții:

Avortul indus / provocat: se referă la întreruperea intenționată a unei sarcini intrauterine prin mijloace medicale sau chirurgicale
Avortul în siguranță: se referă la avortul realizat printr-o metodă recomandată de OMS (avort medicamentos, vacuum aspirația, dilatație și evacuare a sarcinii), adecvată vârstei de sarcină și efectuată de personal medical instruit în mediu adecvat. Riscurile medicale prezentate de avortul efectuat în condiții de siguranță și cu consiliere și îngrijire adecvată post-abortum sunt minime. În România, avortul prin mijloace chirurgicale se realizează de către medical OG în unități medicale acreditate.
Avortul empiric (fără siguranță): se referă la avortul efectuat de o persoană necalificată și / sau folosind metode periculoase (ex: ingestia de substanțe toxice, inserția intra-uterină de obiecte neadecvate, introducerea intrauterină de substanțe caustice sau toxice).
Avortul medicamentos: este procedura prin care se folosesc pastile pentru întreruperea sarcinii confirmate și se poate realiza într-o unitate medicală cât și la domiciliu. Este o metodă nechirurgicală de întrerupere a sarcinii nedorite recomandată de Organizația Mondială a Sănătății ca fiind eficientă și fără de riscuri. Eficacitatea metodei este de 95-98% și depinde de regimul corect de administrare a pastilelor pentru avortul medicamentos și de termenul sarcinii.

Context legal în România

În România, potrivit art. 201 alin. (1) Cod Penal constituie infracțiune:

- „Întreruperea cursului sarcinii săvârșită în vreuna dintre următoarele împrejurări:
- În afara instituțiilor medicale sau a cabinetelor medicale autorizate în acest scop;
- De către o persoană care nu are calitatea de medic de specialitate obstetrică-ginecologie și drept de liberă practică medicală în această specialitate;
- Dacă vârsta sarcinii a depășit 14 săptămâni”.

Întreruperea cursului sarcinii este permisă, indiferent de motivele care ar putea determina femeia însărcinată să recurgă la un asemenea procedeu, dacă sunt îndeplinite următoarele condiții:

- Vârsta sarcinii este mai mică sau egală cu 14 săptămâni. alin. (6) al art. 201 Cod Penal. Potrivit acestui text „Nu constituie infracțiune întreruperea cursului sarcinii în scop terapeutic (…) până la vârsta sarcinii de 24 de săptămâni, sau întreruperea ulterioară a cursului sarcinii, în scop terapeutic, în interesul mamei sau al fătului”
- Procedeul să fie efectuat de către un medic de specialitate în acest domeniu, cu drept de liberă practică și într-o instituție medicală autorizată în acest sens;
- Întreruperea cursului sarcinii să se realizeze cu consimțământul femeii însărcinate. Potrivit art. 201 alin. (2) Cod Penal, „Întreruperea cursului sarcinii, săvârșită în orice condiții, fără consimțământul femeii însărcinate” se pedepsește cu închisoarea de la 2 la 7 ani. În acest caz, după cum precizează și legiuitorul, ceea ce contează este lipsa consimțământului femeii însărcinate la acest procedeu, indiferent de cine și în ce condiții îl efectuează. Totuși, fapta nu se va pedepsi dacă cursul sarcinii a fost întrerupt de către medic, fără consimțământul femeii însărcinate, aflată în imposibilitatea de a-și exprima voința, dacă avortul e necesar datorită unor motive terapeutice. [11] În acest caz e necesar ca la un moment anterior intervenției medicului femeia însărcinată să nu se fi opus în mod explicit avortului în scop terapeutic.

Importanța problemei. Epidemiologie

Conform unui raport OMS din anul 2020 (38), datele înregistrate la nivel Mondial arată că:
• 29% din toate sarcinile și 61% din toate sarcinile nedorite s-au încheiat cu un avort.
• În fiecare an, aprox. 4,7% - 13,2% din decesele materne pot fi atribuite unui avort; cel puțin 33% dintre femeile care au nevoie de spitalizare pentru complicații ale avortului au sub 20 de ani
• Estimările din 2010 până în 2014 au arătat că aproximativ 45% din toate avorturile au fost la risc, majoritatea în țări în curs de dezvoltare (39)
În 2019, conform Eurostat, în EU, cele mai multe avorturi s-au înregistrat în Spania -99.149, România - 47.492 și Ungaria - 25.783. În perioada 2010 - 2019, se remarcă o scădere a numărului de avorturi în toate țările UE, cu excepția Poloniei, unde s-a înregistrat creșterea constantă a acestora în aceeași perioadă.
Cele mai multe avorturi la mame sub 15 ani, s-au înregistrat în Spania - 341, România - 300 și Ungaria - 155.
La mamele cu vârste între 15-19 ani, cele mai multe avorturi s-au înregistrat în Spania - 10.038 cazuri, România - 4.294 și Ungaria - 3342 cazuri.

Deși a scăzut constant, numărul sarcinilor nedorite și al avorturilor la adolescente se menține ridicat în România. În anul 2020 au fost efectuate 31.889 întreruperi de sarcină comparativ cu 47.492 întreruperi de sarcină efectuate în anul 2019 (7,4 întreruperi de sarcină / ‰ femei fertile, comparativ cu 11,0 întreruperi de sarcină / ‰ femei fertile în anul 2019). (40).
În 2017, s-au înregistrat 412 avorturi în cazul fetelor sub 15 ani și 5.955 la fetele de 15-19 ani, În 2020, avorturile la fete cu vârste între 15-19 ani, au scăzut cu 70%, comparativ cu anul 2011 (16,1‰ în 2011, și 5‰ în 2020). (41)
Gravidele adolescente sunt mai expuse riscului de a apela la avort nesigur / empiric pentru a termina o sarcină nedorită, precum și riscului de a se prezenta târziu la medic pentru tratamentul complicațiilor, deoarece nu își cunosc drepturile sau întâmpină bariere semnificative la accesul la servicii (lipsa confidențialității în servicii, teama de stigmatizare din partea familiei și a mediului, lipsa consimțământului parental, imposibilitatea de a plăti costul procedurii de avort, etc). (42)

Posibile complicații ale avortului

Complicații imediate

- Sângerarea post-abortum. în general, sângerarea după avort e minimă și dispare după câteva zile. Sângerarea masivă, prelungită reprezintă un semn de alarmă și se recomandă evaluarea de către ginecolog.
- Infecția - în cazuri rare, sânge și resturi rezultate după procedura de avort pot fi reținute în uter și se pot infecta. Semnele de alarmă sunt scurgerile vaginale urât mirositoare, dureri în abdomenul inferior, febra - caz în care pacienta trebuie evaluată de ginecolog.
- Leziuni ale organelor genitale - reprezintă o complicație gravă, care necesită evaluare și tratament urgent de către ginecolog.

Complicații tardive ale avortului sunt depresia și infertilitatea (mai ales în cazul avortului complicat).

Contracepția post-abortum

Promovarea contracepției cu dispozitive intrauterine, post avort sau post sarcină la adolescente, este benefică. (43). Consilierea și metodele contraceptive ar trebui puse la dispoziția tuturor femeilor care suferă un avort indus sau spontan, dar dreptul pacientei de a refuza sau amâna aceste servicii trebuie respectat. Toate metodele contraceptive sunt sigure și eficiente atunci când sunt furnizate imediat după procedurile de avort, și atunci când sunt adecvate din punct de vedere medical pentru pacientă.
Ovulația apare în a 11-a zi de la avort, expunând riscului unei noi sarcini la reluarea activității sexuale. De aceea se impune utilizarea unei metode de contracepție în primele 48 de ore după avort sau în următoarele 2 săptămâni (înainte de revenirea fertilității).
Personalul din asistența medicală comunitară trebuie să consilieze adolescenta privind alegerea unei metode de contracepție după avort, pentru a o ajuta să ia o decizie informată și voluntară legată de fertilitatea și sexualitatea sa și pentru a se proteja de ITS. De asemenea, este important să i se ofere informații despre utilizarea metodei și despre modalitatea obținerii produsului contraceptiv potrivit. (Anexa 4)

Rolul personalului din asistența medicală primară și comunitară

Riscul de a avea o sarcină nedorită este mare la adolescentele active sexual care nu folosesc metode de planificare familială. Este posibil ca ele să apeleze la servicii nesigure de avort, pentru a evita stigma sau abuzul din partea familiei sau comunității, sau pentru că nu pot acoperi costurile avortului în siguranță (44). Serviciile de asistență medicală comunitară trebuie să ofere un mediu prietenos și sigur, unde adolescenta poate găsi sprijin și îndrumare.
Personalul medical din asistența medicală comunitară are un rol important în consilierea adolescenților privind parentalitatea responsabilă, inclusiv pentru identificarea serviciilor medicale și sociale adecvate pentru întreruperea de sarcină. Este nevoie de înțelegere, confidențialitate și sensibilitate, fără a judeca și lăsând adolescentei dreptul la o decizie informată privind posibilitatea de a termina o sarcină nedorită. Adolescenta va fi sfătuită unde poate obține servicii adecvate de avort, contracepție și suport psihologic și social

Consilierea pre- și post-abortion poate ajuta adolescenta să ia o decizie informată și să aibă acces la servicii adecvate în timp util și poate fi un suport emoțional. (45) Este important să se câștige încrederea adolescentei, prin:
- Limbaj și atitudine pozitivă și respectuoasă, adecvate vârstei și condiției adolescentei
- Interpretarea pe înțelesul adolescentei a aspec-

telor medicale și juridice privind avortul
- Prezentarea obiectivă de situații (anonime) similare care au condus la situații pozitive
- Suport pentru adolescentă să facă o decizie informată și responsabilă privind sănătatea și viața ei, inclusiv recomandarea pentru utilizarea ulterioară a metodelor de contracepție
- Evitarea atitudinii și limbajului agresiv sau ofensator referitor la comportamentul adolescentei, inclusiv privind eventuale aspecte de dizabilitate a adolescentei
- Evitarea impunerii unei soluții în situația dată și respectul pentru decizia informată a adolescentei

Informați tinerii referitor la:

- Condițiile în care avortul este legal în România și unde sunt disponibile aceste servicii
- Posibile complicații ale avortului
- Opțiunea de a alege o metodă de contracepție după avort, în funcție de dorințele privind fertilitatea și sexualitatea sa și protecția de ITS
- Avortul nu este o metodă de contracepție!!!

ANEXA 1

Art. 220 Noul Cod Penal Actul sexual cu un minor Infracțiuni contra libertății și integrității sexuale

CAP. VIII

Infracțiuni contra libertății și integrității sexuale
Art. 220 Actul sexual cu un minor
(1) Raportul sexual, actul sexual oral sau anal, precum și orice alte acte de penetrare vaginală sau anală comise cu un minor cu vârsta între 13 și 15 ani se pedepsesc cu închisoarea de la unu la 5 ani.
(2) Fapta prevăzută în alin. (1), săvârșită asupra unui minor care nu a împlinit vârsta de 13 ani, se pedepsește cu închisoarea de la 2 la 7 ani și interzicerea exercitării unor drepturi.
(3) Fapta prevăzută în alin. (1), comisă de un major cu un minor cu vârsta între 15 și 18 ani, se pedepsește cu închisoarea de la 2 la 7 ani și interzicerea exercitării unor drepturi dacă:
a) minorul este membru de familie al majorului;
b) minorul se află în îngrijirea, ocrotirea, educarea, paza sau tratamentul făptuitorului sau acesta a abuzat de poziția să recunoscută de încredere sau de autoritate asupra minorului ori de situația deosebit de vulnerabilă a acestuia, ca urmare a unui handicap psihic sau fizic ori ca urmare a unei situații de dependență;
c) fapta a pus în pericol viața minorului;
d) a fost comisă în scopul producerii de materiale pornografice.
(4) Fapta prevăzută în alin. (1) și (2) se pedepsește cu închisoarea de la 3 la 10 ani și interzicerea exercitării unor drepturi, atunci când:
a) minorul este membru de familie;
b) minorul se află în îngrijirea, ocrotirea, educarea, paza sau tratamentul făptuitorului sau acesta a abuzat de poziția să recunoscută de încredere sau de autoritate asupra minorului;
c) fapta a pus în pericol viața minorului;
d) a fost comisă în scopul producerii de materiale pornografice.
(5) Faptele prevăzute în alin. (1) și alin. (2) nu se sancționează dacă diferența de vârstă nu depășește 3 ani.
Art. 380 Noul Cod Penal Împiedicarea accesului la învățământul general obligatoriu Infracțiuni contra familiei

CAP. II

Infracțiuni contra familiei
Art. 380 Împiedicarea accesului la învățământul general obligatoriu
(1) Părintele sau persoana căreia i-a fost încredințat, potrivit legii, un minor și care, în mod nejustificat, îl retrage sau îl împiedică prin orice mijloace să urmeze cursurile învățământului general obligatoriu se pedepsește cu închisoare de la 3 luni la un an sau cu amendă.
(2) Fapta nu se pedepsește dacă înainte de terminarea urmăririi penale inculpatul asigură reluarea frecventării cursurilor de către minor.
(3) Dacă până la rămânerea definitivă a hotărârii de condamnare inculpatul asigură reluarea frecventării cursurilor de către minor, instanța dispune, după caz, amânarea aplicării pedepsei sau suspendarea executării pedepsei sub supraveghere, chiar dacă nu sunt îndeplinite condițiile prevăzute de lege pentru aceasta.

ANEXA 2

Tabel nr. 1. Utilizarea metodelor de contracepție după naștere, inițierea metodelor de planificare familială

Metoda de planificare familială	Alăptează integral sau aproape integral	Alăptează parțial sau nu alăptează
MAL (metoda amenoreei de lactație)	Imediat	Nu se aplică
Prezervativ masculin	Imediat	Imediat
DIU cu cupru	În primele 48 de ore; dacă nu, așteptați 4 săptămâni	În primele 48 de ore; dacă nu, așteptați 4 săptămâni
DIU cu levonorgestrel	La 4 săptămâni după naștere	La 4 săptămâni după naștere
PNP(pilule numai cu progesteron)	Imediat după naștere	Imediat după naștere
Contraceptive injectabile numai cu progesteron	La 6 săptămâni după naștere	Imediat, dacă nu alăptează sau la 6 săptămâni dacă alăptează parțial
Contraceptive orale combinate	La 6 luni după naștere	La 21 de zile după naștere, dacă nu alăptează sau la 6 săptămâni după naștere dacă alăptează parțial
Inel vaginal combinat	La 6 luni după naștere	La 21 de zile după naștere, dacă nu alăptează sau la 6 săptămâni după naștere dacă alăptează parțial
Spermicide	Imediat	Imediat

ANEXA 3

Tabel nr. 1. Utilizarea metodelor de contracepție după avort

Metoda contraceptivă	Comentarii
COC	Pot fi folosite imediat după avort. E bine ca prima pastilă să fie luată în ziua efectuării avortului, dar nu mai târziu de ziua a 7-a. Pot fi folosite de femeile cu anemie și infecții.
PNP Implant, Injectabil cu progesteron	Pot fi folosite imediat după avort. Atenționați femeile care au ales PNP despre necesitatea de a administra pastilele la aceeași oră. Dacă femeia alege depo-provera, injecția poate fi făcută înaintea externării de după avort.
DIU	Dacă este exclus riscul de infecție, DIU poate fi inserat în momentul întreruperii sarcinii. În cazul unei infecții, a anemiei sau traumatism severe, inserarea se amână până la dispariția lor. Între timp, femeii i se va oferi o metodă temporară de contracepție (prezervativ, spermicide, contracepție de urgență).
Prezervativ masculin, feminin	Sunt utilizate odată cu reluarea activității sexuale. Discutați cu clienta necesitatea folosirii prezervativului la fiecare raport sexual. Recomandați contracepția de urgență în cazurile de rupere sau de alunecare a prezervativului.
Contracepția de urgență	Trebuie oferită femeilor care au întrerupt recent o sarcină. Eficiența metodei de contracepție (prezervativ, spermicide, pastile hormonale) depinde de utilizator. Amintiți femeii că această metodă nu poate fi utilizată ca metodă permanentă de contracepție.
DIU cu levonorgestrel	Dacă nu există infecție poate fi inserat imediat, în primele 7 zile după avort.

Bibliografie

1. INSP, MS, CNEPSS, CRSPB, DSP Bihor, „ Analiza de Situație Siguranța Pacientului. Campania: Să cunoaștem, să prevenim, să protejăm - pentru siguranța îngrijirii sănătății mamei și nou-născutului”, septembrie 2021 (https://www.dspbihor.gov.ro/promsan/2021/Campanii/ZELIC/Analiza%20de%20Situatie%20Siguranta%20Pacientului%202021. pdf)
2. Kozma A., Stativa E. and Popovici C., Analysis of Indirect Maternal Mortality în România în 2011 and 2014 - Associations between Causes of Death, Anthropological and Sociological Factors
3. Ministerul Sănătății, ORDIN nr. 964 din 31 martie 2022privind aprobarea Normelor tehnice de realizare a programelor naționale de sănătate public, Monitorul Oficial nr. 320 / 2022
4. Ministerul Sănătății, Institutul Național de Sănătate Publică, Centrul Național de Statistică și Informatică în Sănătate Publică, Mortalitatea maternă în România, 2020; (https://insp.gov.ro/download/cnsisp/Fisiere-de-pe-site-CNSISP/mortalitatea_materna/Mortalitatea-materna-in-Romania-2020.pdf)
5. (7), (11), (12), (14), (15), (16), (19) Andrea Neculau, Diana Neguț, Mihai Văcaru, Cristina Vladu, Cadrul de politici pentru prevenirea sarcinilor și a consecințelor acestora la adolescenți, UNICEF, 2022 (https://www.unicef.org/romania/ro/documents/cadrul-de-politici-pentru-prevenirea-sarcinilor-și-consecințelor-acestora-la-adolescenți)
6. (13), (17), (18) (53) Michaela Iuliana Nanu, Ecaterina Stativa, Daniela Vălceanu, Marina Ruxandra Oțelea, Sarcina la adolescente în România, Asociația SAMAS Sănătate pentru mame și Sugari, UNICEF 2021 (https://www.unicef.org/romania/reports/adolescent-pregnancy-romania)
7. Deardorff et al., 2005; Talashek et al., 2000 în Andrea Neculau, Diana Neguț, Mihai Văcaru, Cristina Vladu, Cadrul de politici pentru prevenirea sarcinilor și a consecințelor acestora la adolescenți, UNICEF, 2022 (https://www.unicef.org/romania/ro/documents/cadrul-de-politici-pentru-prevenirea-sarcinilor-și-consecințelor-acestora-la-adolescenți)
8. Pop, Tenenboum & Pop, 2021 în Andrea Neculau, Diana Neguț, Mihai Văcaru, Cristina Vladu, Cadrul de politici pentru prevenirea sarcinilor și a consecințelor acestora la adolescenți, UNICEF, 2022 (https://www.unicef.org/romania/ro/documents/cadrul-de-politici-pentru-prevenirea-sarcinilor-și-consecințelor-acestora-la-adolescenți)
9. OMS, 2015 în Andrea Neculau, Diana Neguț, Mihai Văcaru, Cristina Vladu, Cadrul de politici pentru prevenirea sarcinilor și a consecințelor acestora la adolescenți, UNICEF, 2022 (https://www.unicef.org/romania/ro/documents/cadrul-de-politici-pentru-prevenirea-sarcinilor-și-consecințelor-acestora-la-adolescenți)
10. (20) Adolescent men’s attitudes and decision making în relation to pregnancy and pregnancy outcomes: An integrative review of the literature from 2010 to 2017; Journal of AdolesceceVolume 17, April 2019
11. (21) Bastian LA, Nanda, Hasselblad V,Simel DL. Diagnostic efficiency of home pregnancy test kits. A meta-analysis. Arch Farm. Med 1998 (https://pubmed. ncbi. nlm. nih. gov / 9755740 /)
12. (22) Cucu A., Domnariu C. D., Galan A., Chiriță C., Toader O. Tendința deceselor evitabile în România. AMT, vol. II, nr. 2, 2014, pag. 4-8.; Popovici C., Armean P., Kozma A. The Evolution of Maternal Mortality în Romania, Trends and Challenges. Archives of the Balkan Medical Union; vol. 56, no. 3, pp. 342-348;
13. (23) Maternal Psychological Distress, Prenatal Cortisol, and Fetal Weight Diego, Miguel A. PhD; Jones, Nancy A. PhD; Field, Tiffany PhD; Hernandez-Reif, Maria PhD; Schanberg, Saul PhD; Kuhn, Cynthia PhD; Gonzalez-Garcia, Adolfo MD (https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17012528/)
14. (24), (28) Ministerul Sănătății, Ordin nr. 1. 617 din 23 august 2021 pentru aprobarea Protocolului privind metodologia efectuării consultației prenatale și postnatale (documentate în carnetul gravidei, Publicat în Monitorul Oficial nr. 889 din 16 septembrie 2021
15. (29) Zhu JL, Olsen J, Liew Z, Li J, Niclasen J, Obel C. Parental smoking during pregnancy and ADHD în children: the Danish national birth cohort, Pediatrics. 2014 Aug; 134(2); Prenatal smoking and genetic risk: examining the childhood origins of externalizing

behavioral problems. - Petkovsek MA1, Boutwell BB2, Beaver KM3, Barnes JC4.; Prenatal cigarette smoke exposure causes hyperactivity and aggressive behavior: role of altered catecholamines and BDNF. Yochum C1, Doherty-Lyon S2, Hoffman C2, Hossain MM1, Zelikoff JT3, Richardson JR4. (https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25049343/)

16. (30) Alcohol Clin Exp Res . 2014 Jan; 38(1):214-26. doi: 10. 1111 / acer. 12214. Epub 2013 Aug 1. The association of mild, moderate, and binge prenatal alcohol exposure and child neuropsychological outcomes: a meta-analysis; Audrey L Flak 1, Su Su, Jacquelyn Bertrand, Clark H Denny, Ulrik S Kesmodel, Mary E Cogswell (https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23905882)
17. (31) American Addicition Centers. L. M. S. W Dangers of Using Cocaine During Pregnancy (updated September 2022)
18. (32) Legea 202 / 2002 privind egalitatea de șanse și de tratament între femei și bărbați, republicată, publicat în Monitorul Oficial nr. 326 din 5 iunie 2013
19. (33) Ministerul Muncii și Justiției Sociale, Ordinul nr. 81 / 2019 privind aprobarea standardelor minime de calitate pentru serviciile sociale organizate ca centre maternale, Publicat în Monitorul Oficial, Partea I nr. 111 din 13 februarie 2019
20. (34) ONU, Family Planning and the 2030 Agenda for Sustainable Development (https://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/family/familyPlanning_DataBooklet_2019.pdf)
21. (35) Darroch J, Woog V, Bankola A, Ashford L. Adunarea: costurile și beneficiile îndeplinirii nevoile de contracepție ale adolescenților. New York: Institutul Guttmacher; 2016.
22. (37) Ministerul Sănătății, Institutul Național pentru Sănătatea Mamei și Copilului ”Alessandrescu-Rusescu”, Studiul Sănătății Reproducerii, Romania, 2016 . Raport sintetic 2019, București
23. (38) WHO. Newsroom. Factisheets Abortion 25 November 2021
24. (39) (42) (44) B Barnett: „Youth often risk unsafe abortions”. NIH, National Library of Medicine. PMID: 12287144
25. (40) (41) Centrul National de Statistică și Informatică în Sănătate: Buletin Informativ; Principalii indicatori de sănătate 2019-2020
26. (43) WHO, Medical eligibility criteria for contraceptive use; 2018
27. (45) Pregnancy Options Counseling for Adolescents: Overcoming Barriers to Care and Preserving Preference; Loren M. Dobkin, RN, FNP, MPH,[a] Alissa C. Perrucci, PhD, MPH,[b] and Christine Dehlendorf, MD, MAS[c,d,e]

CAPITOLUL 4.
PREVENIREA SARCINII. PLANIFICARE FAMILIALĂ. CONTRACEPȚIE

CUPRINS

Definiții; importanța problemei
Context organizatoric și legal al serviciilor de planificare familială
Contracepția la adolescenți și tineri
Efecte pozitive ale utilizării metodelor de contracepție
Bariere în folosirea metodelor de contracepție de către adolescenți și tineri
Recomandări bazate pe dovezi. Criterii medicale de eligibilitate
Tipuri de contraceptive
Recomandări de intervenții pentru personalul medical din asistența medicală primară și comunitară
Mesaje cheie
Bibliografie
Anexe

ABREVIERI

COC	Contraceptive orale combinate
CME	Criterii medicale de eligibilitate
CU	Contracepție de urgență
DIU-Cu	Dispozitiv intrauterin cu cupru
DIU-LNG	Dispozitiv intrauterin cu levonorgestrel
DMPA	Medroxiprogesteron acetat depo (Depo-Provera)
ITS	Infecții cu transmitere sexuală
LNG	Levonorgestrel
MAL	Metoda amenoreei de lactație
PF	Planificare familială
PNP	Pilulă numai cu progesteron
UPA	Ulipristat acetat

Definiții; importanța problemei

Planificarea familială (PF) definește capacitatea persoanei sau cuplului de a anticipa și de a avea numărul dorit de copii, la momentul ales și la intervale de timp dintre nașteri pe care le hotărăsc singuri. Acest lucru se poate îndeplini prin:

- Folosirea metodelor contraceptive
- Tratamentul infertilității involuntare

Contracepția definește mijloace sau metode utilizate de femeie, de bărbat sau de cuplu cu scopul de a preveni apariția unei sarcini.

Conform contextului legal din Romania, adolescentele și tinerele au dreptul la prevenirea sarcinilor nedorite prin planificare familială și evitarea nașterilor nedorite prin avort terapeutic sau la cerere.

Accesul la servicii de calitate de planificare familială presupune existența unei game variate de produse contraceptive, personal medical motivat și competent, respect pentru valorile culturale și preferințele personale ale potențialilor utilizatori, informații de calitate, asigurarea continuității serviciilor, precum și legătura cu alte servicii medicale și sociale specializate și complementare.

Epidemiologie

Planificarea familială salvează viața a milioane de femei și copii în întreaga lume și reprezintă un succes important al secolului XX în domeniul sănătății publice și dezvoltării durabile. Informațiile și serviciile de planificare familială ajută indivizii și cuplurile să evite sarcinile nedorite și să determine momentul sarcinilor dorite și numărul de copii dorit. Este metoda cea mai efectivă și fezabilă pentru a reduce, în perioada relativ scurtă de timp, mortalitatea maternă și infantilă și infecțiile cu transmitere sexuală, inclusiv HIV / SIDA.

Evitarea sarcinilor și nașterilor precoce și nedorite conduce la îmbunătățirea stării de sănătate a mamelor și copiilor și facilitează accesul la educație și oportunități de viață pentru femei, iar prin aceasta contribuie la securitate financiară a familiilor și, implicit la comunități și economii mai puternice. La nivel mondial în 2019 din cele 1,9 miliarde de femei de vârstă reproductivă (15-49 de ani), 1,1 miliarde au nevoie de planificare familială; dintre acestea, 842 milioane folosesc metode contraceptive, iar 270 milioane au o nevoie nesatisfăcută de contracepție[1,2]

În ceea ce privește adolescentele se estimează că, la nivel mondial, numai 15 milioane de adolescente folosesc o metodă contraceptivă modernă, în timp ce 23 de milioane de adolescente nu folosesc asemenea metode și prin urmare au risc crescut de sarcini nedorite. Aproximativ jumătate din sarcinile fetelor cu vârsta cuprinsă între 15 și 19 ani din regiunile în curs de dezvoltare sunt neintenționate[3]. Douăzeci și trei de milioane de adolescente cu vârsta cuprinsă între 15 și 19 ani au o nevoie nesatisfăcută de contracepție modernă și sunt expuse riscului de sarcină neintenționată[4].

Analiza comparativă a studiilor sănătății reproducerii în România având ca grup țintă femeile de vârsta fertilă 15 până la 45 ani, arată o creștere

constantă a utilizării metodelor moderne de contracepție, de la 23% în anul 1999 la 34% în anul 2004 și 38,7% în anul 2016[5].
În România, se înregistrează un procent de 69,8% contracepție prin orice metodă (Europa 70%), prin metode moderne 50,5% (Europa 61%), prezervativ 22,6% (Europa 21%), pilule 16,2% (Europa 20%), DIU 6,3% (Europa 11%)[6]

Context organizatoric și legal al serviciilor de planificare familială

Începând cu anul 2013, odată cu definirea pachetelor de servicii medicale, planificarea familială este inclusă în pachetul de servicii de bază din asistența medicală primară și asistența medicală ambulatorie de specialitate de care beneficiază persoanele care au calitatea de asigurat, precum și în pachetul minimal din asistența medicală primară de care beneficiază persoanele neasigurate.
Persoanele neasigurate pot beneficia de consultația de planificare familială la nivelul medicului de familie, în conformitate cu pachetul minimal de servicii medicale în asistența medicală primară.
La cabinetul de PF din ambulatoriul de specialitate, persoanele neasigurate beneficiază de consultație gratuită pentru planificare familială. Elevii, studenții și persoanele casnice beneficiază de metode contraceptive gratuite (în cadrul Programelor Naționale de Sănătate). În conformitate cu Legea nr. 95 / 2006 a sănătății, ART. 224 (1).
Următoarele categorii de persoane beneficiază de asigurare, fără plata contribuției: a) toți copiii până la vârsta de 18 ani, tinerii de la 18 ani până la vârsta de 26 de ani, dacă sunt elevi, inclusiv absolvenții de liceu, până la începerea anului universitar, dar nu mai mult de 3 luni, ucenici sau studenți și dacă nu realizează venituri din muncă.

Persoanele asigurate pot beneficia de consultația de planificare familială după cum urmează:

- La nivelul medicului de familie unde se asigură
  - consilierea persoanei privind planificarea familială
  - indicarea unei metode contraceptive
  - evaluarea riscului legat de sănătatea reproducerii.
- La nivelul asistenței medicale ambulatorie de specialitate unde se asigură consultații pentru acordarea serviciilor de planificare familială care constau în:
  - consilierea femeii privind planificarea familială
  - indicarea unei metode contraceptive la persoanele fără risc
  - evaluarea și monitorizarea statusului genito-mamar
  - tratamentul complicațiilor.

Serviciile de planificare familială permit prezentarea direct la medicul de specialitate din ambulatoriu.

Contracepția la adolescenți și tineri

La debutul vieții sexuale adolescenții se confruntă cu două mari probleme: sarcina nedorită și infecțiile cu transmitere sexuală. Vârsta la care are loc primul contact sexual a scăzut mult în ultimi ani în Romania. Conform raportului Sarcina la adolescente în România, prima experiență sexuală la fetele din eșantionul studiat are loc la o vârstă medie de 15,6 ani, cu o vârstă minimă de 9 ani și o pondere de aproape 20% sub 15 ani[7].
Contracepția este o problemă importantă a educației pentru sănătate, cu anumite caracteristici la adolescenți și tineri care au aspecte comportamentale specifice vârstei.

Indiferent de metoda contraceptivă aleasă, adolescenții au nevoie de intimitate, confidențialitate, atitudine respectuoasă și să nu se simtă judecați. [9]
Adolescenții sunt mai predispuși să se angajeze în comportamente care cresc riscul de sarcină neintenționată; factorii care contribuie la această situație sunt:

- Lipsa educației sexuale și a cunoștințelor privind sarcina
- Lipsa / întârzierea accesului la contracepție
- Utilizarea incorectă, inconsecventă sau lipsa de utilizare a contracepției
- Incapacitatea de a inția discuții cu partenerul despre utilizarea contracepției
- Încrederea în miturile legate de contracepție pot limita alegerea metodei și utilizarea corectă a acesteia
- Lipsa unor servicii adaptate nevoilor adolescenților

Contracepția asigură întreruperea evoluției naturale a ciclului concepției și previne astfel sarcina nedorită. Există numeroase metode contraceptive, care se clasifică după durata și contextul utilizării (în metode cu acțiune lungă, permanentă, pe termen scurt, de urgență) și după modul de acțiune (în metode hormonale, nonhormonale, de barieră, bazate pe conștientizarea fertilității).

Efecte pozitive ale utilizării metodelor de contracepție

Nevoile de contracepție ale adolescenților sunt diverse și în evoluție. Metoda contraceptivă ideală pentru adolescenți ar trebuie să fie sigură, eficientă pe termen lung, ușor de utilizat, să aibă reacții adverse minime, să fie ieftină, să fie ușor de procurat, să fie rapid reversibilă, să aibă o utilizare independentă de sfatul medicului, să fie acceptată din punct de vedere cultural / religios[9]. (Modul 4 Manualul Adolescent)

Contracepția îmbracă anumite caracteristici la adolescenți și tineri asociate unor aspecte comportamentale specifice vârstei și anume:

- Doresc metode contraceptive care nu se administrează zilnic
- Tolerează mai puțin efectele secundare fapt ce crește rata abandonului metodei
- Au activitate sexuală sporadică
- Doresc să păstreze anonimatul începerii vieții sexuale
- Consilierea și informarea corectă crește complianța la contracepție
- Au nevoie de informații legate de efectele secundare ale diferitelor metode de contracepție; adolescenții familiarizați cu aceste probleme sunt mai dispuși să gestioneze aceste efecte secundare decât să oprească metoda
- Beneficiile noncontraceptive sunt un punct forte în alegerea metodei (scăderea sângerării și a durerii în perioadele menstruale) [10].

Beneficiile contracepției pentru adolescenți și tineri[11]:

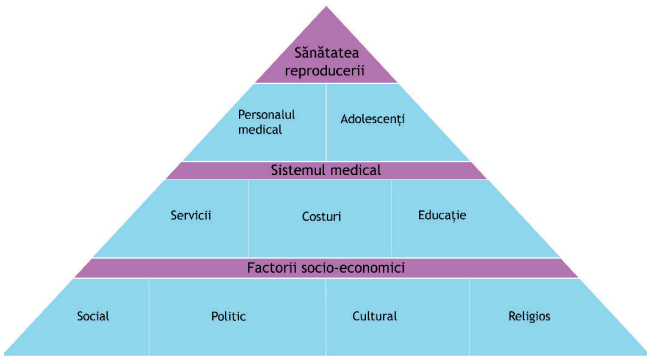
- Prevenirea unei sarcini nedorite, a avorturilor la cerere sau empirice
- Reducerea morbidității și mortalității materne
- Stare de sănătate mai bună prin spațierea nașterilor
- Mai puține boli legate de sarcină și naștere
- Reglarea ciclului menstrual, reducerea sângerărilor abundente, a dismenoreei, a anemiei secundare, tratarea chisturilor ovariene
- Prevenirea ITS în cazul prezervativului
- Posibilitatea de a-și continua studiile
- Relații de cuplu mai armonioase
- Banii care ar trebui dați pe avort pot fi utilizați în alte scopuri (cărți, excursii, pregătire profesională), mai mult timp pentru propria persoană (studiu, îngrijire, excursii, hobby)
- Mai puțini bani folosiți pentru medicamente (ITS / avort parteneră)
- Evitarea unei căsătorii forțate
- Decizie responsabilă dacă, când și câți copii să aibă
- Se nasc numai copii doriți care sunt bine îngrijiți, educați, mai sănătoși
- Se nasc mai puțini copii prematuri
- Morbiditate și mortalitate infantilă reduse
- Mai puțini copii abandonați

Prezervativele masculine și feminine se recomandă ca și protecție dublă împotriva sarcinilor neintenționate și a ITS, inclusiv HIV[12].

Prin prevenirea sarcinii nedorite, planificarea familială / contracepția determină scăderea numărului de decese materne și infantile. Planificarea familială este una dintre cele mai rentabile investiții pe care o țară le poate face în viitor . Oferă o serie de beneficii potențiale care cuprind dezvoltarea economică, sănătatea mamei și a copilului, educația[13]. Organizația Mondială a Sănătății a stabilit criteriile medicale de eligibilitate pentru utilizarea contracepției în siguranță. Folosirea corectă a metodelor contraceptive moderne de către adolescente și tinere prezintă puține riscuri și sunt mai ieftine și au consecințe nefavorabile mai puține decât avortul.

Utilizarea corectă a metodelor moderne de contracepție contribuie și la păstrarea stării de sănătate a femeilor și la reducerea anumitor riscuri de boală, iar prin folosirea prezervativului se reduce și riscul infecțiilor cu transmitere sexuală, inclusiv HIV.

Bariere în folosirea metodelor de contracepție de către adolescenți și tineri



- Accesul adolescenților la contracepție este împiedicat de factori socio-economici: factori sociali (marginalizare, sărăcie), politici sanitare (lipsa politicilor de sănătate sexuală, lipsa accesului la contracepție), factori culturali (lipsa accesului la educație, mituri urbane, atitudini moraliste) și factori religioși (neacceptarea contracepției, a avortului)[14].

- Sistemul de sănătate poate genera bariere prin: servicii neprietenoase cu tinerii, programul de funcționare al cabinetelor necorespunzător cu nevoile adolescenților, locație inadecvată, număr scăzut de profesioniști de profil, personal medical nepregătit să lucreze cu adolescenții (judecă și nu asigură confidențialitatea)[14].
- Bariere legate de personalul medical și adolescenții. Barierele din partea profesioniștilor din domeniul sanitar privesc: abilitățile, cunoștințele și atitudinile. La adolescenți pot fi următoarele bariere: lipsa motivației, frica de efectele secundare, necunoașterea metodelor de contracepție, lipsa de informații despre concepție și contracepție, mituri despre contraceptive[14].

Se poate crește utilizarea metodelor contraceptive și surmontarea barierelor în rândul tinerilor prin:

- Accesul acestora la toată gama de metode de planificare familială, indiferent de vârstă, stare civilă sau paritate (număr de nașteri) și fără a necesita consimțământul unei terțe părți[15].
- Abordarea în mod proactiv a efectelor secundare, oferind informații ușor de înțeles care înlătură miturile și concepțiile greșite despre contracepție, în cadrul consilierii contraceptive pentru tineri[15].
- Servicii gratuite sau subvenționate pentru obținerea de metode contraceptive[15].
- Mecanisme active de urmărire între consultații (apeluri telefonice, mesaje text automate / roboți, vizite la domiciliu ale unui lucrător medical) [15].
- Oferirea mai multor oportunități contraceptive fapt ce duce la îmbunătățirea satisfacției, creșterea acceptării metodei, creșterea prevalenței utilizării contraceptivelor[15].

În România legislația menționează: conform Art. 6 din Legea privind sănătatea reproducerii și reproducerea umană asistată medical din 2005faptul că persoanele care solicită o metodă de contracepție au dreptul la consultație medicală în scopul alegerii metodei de contracepție, luându-se în considerare starea sănătății, vârsta și particularitățile individuale.

Art. 8. -Adolescenții și tinerii au aceleași drepturi reproductive și sexuale ca adulții, dreptul la informare și la servicii de sănătate a reproducerii adaptate nevoilor lor.

Potrivit prevederilor în vigoare a Legii 95 / 2006 privind reforma în domeniul sănătății (i. e., art. 661 lit. b din Lege), minorii își pot exprima consimțământul în absența părinților sau a reprezentantului legal în situații medicale legate de diagnosticul și / sau tratamentul problemelor sexuale și reproductive, NUMAI la solicitarea expresă a minorului în vârstă de peste 16 ani. Așadar, conform legislației actuale, până la vârsta de 16 ani, minorii nu pot avea acces la mijloace de contracepție fără acordul părinților sau a tutorelui.

Efectele lipsei de utilizare a metodelor de planificare familială

În rândul adolescenților inconsecvența și neutilizarea metodelor contraceptive duce la creșterea numărului de sarcini precoce și / sau nedorite. Astfel 46% din sarcini apar prin neutilizarea contracepției iar 54% prin eșecul contracepției, necunoașterea eficienței și utilizare incorectă[16].

Tinerii cu vârste cuprinse între 15 și 24 de ani au rate mai mari de întrerupere a contraceptivelor decât femeile în vârstă; acest lucru ar putea fi schimbat prin creșterea calității consilierii și a mecanismelor de urmărire pentru a asigura utilizarea continuă a PF în rândul utilizatorilor noi și actuali.

Vârsta în sine și doar aceasta nu constituie un motiv medical pentru a refuza orice metodă de contracepție adolescenților[17].

Adolescenții ar trebui să aibă acces ușor la produse contraceptive iar acest acces nu trebuie să fie împiedicat de starea lor civilă sau de obiecțiile de conștiință ale furnizorilor[18].

Informațiile și serviciile de contracepție, inclusiv contracepția de urgență, ar trebui să fie gratuite, confidențiale, acceptabile pentru adolescenți și nediscriminatorii, iar barierele din calea serviciilor, cum ar fi cerințele de autorizare a terților, ar trebui eliminate[18,20].

RECOMANDĂRI BAZATE PE DOVEZI. CRITERII MEDICALE DE ELIGIBILITATE

Pentru utilizarea în siguranță a metodelor contraceptive OMS recomandă folosirea:

- Criteriilor medicale de eligibilitate (CME)
- Protocoale standardizate
- Considerente privind eficiența metodelor contraceptive

Se recomandă ca alegerea contraceptivelor să se facă în funcție de criteriile medicale de eligibilitate care iau în calcul starea / condițiile femeii și siguranța contraceptivelor față de potențiale efecte adverse în condițiile date[21].

Criterii medicale de eligibilitate: permit clasificarea stărilor sau condițiilor care pot exista la o pa-

cientă în scopul asigurării unei limite de siguranță pentru protejarea pacientei de potențiale efecte adverse ale contraceptivelor și pentru asigurarea alegerii celei mai potrivite metode.

Se recomandă ca stabilirea eligibilității pentru utilizarea metodelor contraceptive să fie realizată pe baza datelor anamnestice și a examenului clinic pe aparate și sisteme. [17]

Tabel nr. 1. Criterii medicale de eligibilitate, clasificare OMS

Categoria	Definiție
Categoria 1. Metoda se poate utiliza în orice situație	O stare în care nu există nicio restricție pentru utilizarea metodei contraceptive
Categoria 2. Metoda se poate utiliza în general	O stare în care, în general, beneficiile utilizării metodei depășesc riscurile teoretice sau dovedite
Categoria 3. Utilizarea metodei nu este recomandată decât dacă alte metode sunt inaccesibile sau inacceptabile	O stare în care riscurile teoretice sau dovedite depășesc, de obicei, beneficiile utilizării metodei
Categoria 4 . Metoda nu trebuie în niciun caz folosită	O stare în care riscurile utilizării metodei contraceptive sunt inacceptabile

Criteriile de eligibilitate sunt influențate de diverși factori interni sau externi ai femeii în cauză.

Tabel nr. 2. Criterii medicale de eligibilitate în funcție de vârstă și fumat

Starea			COC, Inel	PNP	Implant	Barieră	Injecție	DIU
Vârsta			<40	Toate vârstele	Toate vârstele	Toate vârstele	<18	<20
			1	1	2	2		
Fumat	a) <35 ani		2	1	1	1	1	1
Fumat	b) > 35 ani	(i) <15 țigări	3	1	1	1	1	1
Fumat	b) > 35 ani	(ii) >15 țigări	4	1	1	1	1	1

1	Fără restricții
2	În general se poate folosi
3	În general nu se utilizează
4	Nu se utilizează

Proceduri, protocoale în practica de contracepție

Pentru furnizarea metodelor de planificare familială sunt importante anumite proceduri.

Se recomandă ca inițierea și continuarea metodelor de contracepție să fie însoțită de practici medicale (examinări și testări) pentru utilizarea adecvată a metodei. [17]

Se recomandă să se facă o diferențiere clară între procedurile pentru utilizarea adecvată a unui contraceptiv și practicile care pot fi potrivite pentru o îngrijire adecvată a sănătății, dar nu au legătură cu siguranța metodei

OMS recomandă clasificarea utilizării procedurilor în funcție de scopul propus în 3 clase (A, B, C) și anume:

- Clasa A procedurile sunt esențiale și obligatorii pentru utilizarea eficientă și în siguranță a metodei contraceptive.
- Clasa B procedurile sunt indicate din motive medicale / epidemiologice în anumite împrejurări.
- Clasa C proceduri care pot fi adecvate pentru asistența medicală preventivă, dar nu sunt legate de siguranța utilizării metodei.

Tabel nr. 3. Proceduri recomandate înainte de inițierea metodei contraceptive

Examen / test	DIU	COC	PNP	Injectabil	Prezervativ	Spermicid
Examen genital	A	C	C	C	C	C
Măsurarea TA	C	++	C	C	C	C
Screening ITS	A++	C	C	C	C	C
Screening cancer de col	C	C	C	C	C	C
Teste de laborator de rutină	C	C	C	C	C	C
Consiliere	A	A	A	A	B	A
Examinarea clinică a sânilor	C	C	C	C	C	C

++ femeilor nu trebuie să li se refuze utilizarea metodelor hormonale doar pentru că nu li se poate măsura tensiunea arterială.

A++Dacă o femeie are un risc individual foarte mare de expunere la ITS, în general nu ar trebui să i se insereze DIU decât dacă nu sunt disponibile sau acceptabile alte metode.

Clasa A procedurile sunt esențiale și obligatorii pentru utilizarea eficientă și în siguranță a metodei contraceptive

Clasa B procedurile sunt indicate din motive medicale / epidemiologice în anumite împrejurări.

Clasa C proceduri care pot fi adecvate pentru asistența medicală preventivă, dar nu sunt legate de siguranța utilizării metodei.

Eficiența metodelor contraceptive

O caracteristică importantă a metodelor de PF este nivelul de eficiență, măsură în care metoda reușește să prevină sarcina. Eficiența unei metode contraceptive poate fi influențată de modul de utilizare. Tabelul 4 compară procentul de femei care au avut o sarcină neintenționată în primul an de utilizare a contraceptivelor atunci când metoda este utilizată obișnuit și când metoda este utilizată corect și consecvent.

Tabel nr. 4. Procentul femeilor care au experimentat o sarcină nedorită în primul an de utilizare

Metoda	Utilizare obișnuită %	Utilizare corectă și consecvent %
Nicio metodă	85	85
COC	7	0,3
PNP	7	0,3
Contraceptiv injectabil	4	0,2
DIU-Cu	0,8	0. 6
DIU-LNG	0,7	0,5
Implant	0,1	0,1
Prezervativ	13	2
Spermicid	21	16

Eficiența metodelor contraceptive a fost împărțită în trei categorii, în funcție de rata de eșec: metode foarte eficiente (0-0,9 sarcini / 100 de femei / an de utilizare), eficiente (1-9 sarcini / 100 de femei / an de utilizare), relativ eficiente (10-19 sarcini / 100 de femei / an de utilizare)

Tabel nr. 5. Tipuri de metode contraceptive recomandate la adolescenți

Nivel / Eficiență	Metoda
Nivel 1. Foarte eficientă întotdeauna (0-9 sarcini). Mai puțin de o sarcină la 100 de femei într-un an la o utilizare corectă și consecventă.	Implant DIU-CU DIU-LNG
Nivel 2. Eficientă la utilizare obișnuită (1-9 sarcini la 100 de femei într-un an). Foarte eficientă la utilizare corectă și consecventă	Injectabile Pilule (COC) Inel vaginal Plasture
Nivel 3. Relativ eficientă în utilizarea obișnuită (10-19 sarcini la 100 de femei într-un an) Eficientă la utilizare corectă și consecventă	Prezervativ masculine Diafragma Spermicide

Adolescenții sunt eligibili să folosească orice metodă de contracepție[9].

Se recomandă utilizarea contraceptivelor de către toți adolescenții activi sexual care se încadrează în clasa 1 și 2 OMS de eligibilitate, conform CME[21].

În cazul adolescenților cu probleme medicale cronice trebuie să se țină cont de criteriile medicale de eligibilitate și decizia să fie luată punând în balanță beneficiile și riscurile. [9]

Sumar al recomandărilor vezi Anexa 2

Așteptări ale adolescenților de la contraceptive

- Siguranță și eficiență 100%
- Să fie ușor de utilizat
- Să nu influențeze actul sexual
- Ușor de procurat
- Acceptabil din punct de vedere cultural / religios
- Ieftin
- Utilizare independentă de sfatul medicului
- Să nu se bazeze pe memoria utilizatorului

Tipuri de contraceptive (detalii în anexa 1)

Metodele contraceptive pot fi clasificate în metode hormonale și non-hormonale.

- Metodele hormonale, după modul de administrare, sunt contraceptive orale (estro progestative sau numai cu progesteron), implanturi, preparate injectabile, dispozitiv intrauterin cu levonorgestrel (DIU cu LNG).
- Metodele non-hormonale:
  - metode de barieră mecanică: prezervativ masculin și feminin, diafragma, cupola
  - metode de barieră chimică- spermicide
  - metoda amenoreei de lactație
  - metoda bazată pe recunoașterea perioadei fertile
  - dispozitiv intrauterin cu cupru (DIU cu cupru)
  - contracepția de urgență (CU).

Contraceptivele orale combinate (COC)

Numite și „estro-progestative", sau " pilule contraceptive", sunt preparate ce conțin progesteron și estrogen sintetici - asemănători hormonilor naturali feminini.

Se recomandă COC ca o metodă deosebit de eficientă pentru adolescentele care doresc să folosească contracepție hormonală și care pot beneficia și de efectele non-contraceptive ale COC: combaterea anemiei cauzate de menstruațiile abundente, reducerea durerilor menstruale, reducerea chisturilor ovariene benigne recidivante, antecedente familiale de cancer de ovar, antecedente de afecțiuni pelviene inflamatorii.

Adolescentele pot începe contracepția cu COC fără un examen ginecologic, teste de laborator, screening pentru cancerul de col uterin.

Pilule numai cu progesteron (PNP)

Pilula numai cu progestative este un contraceptiv oral hormonal care nu conține estrogen, ci doar o doză mică de progestative.

Se recomandă ca sigure și potrivite pentru: adolescentele care au născut sau nu, adolescentele care fumează (indiferent de numărul de țigări), care au anemie.
Adolescentele pot începe utilizarea PNP fără examen ginecologic, fără teste de laborator, fără screening pentru cancerul de col uterin, fără examinarea sânilor.

Contraceptive injectabile numai cu progesteron (DMPA)

Nivel 1 OMS de eficiență pentru adolescente.
Sunt o formă de contraceptive hormonale feminine ce folosesc hormoni de sinteză cu administrare parenterală și care au efect îndelungat. Utilizarea curentă în România este redusă.

Implantele contraceptive

Sunt dispozitive medicale ce eliberează doze mici de progesteron, ce permite o contracepție pe o perioadă de câțiva ani, cu o înaltă eficiență.

Se recomandă la adolescente având un nivel 1 OMS de eficiență.

Prezervativul masculin

Prezervativul sau condom-ul este un mijloc de protecție față de sarcina nedorită și față de infecțiile cu transmitere sexuală (ITS).

Cu un Nivel 3 OMS de eficiență contraceptivă la adolescenți, se recomandă prezervativul ca și protecție duală (ITS și sarcină).

Spermicide

Spermicidele sunt substanțe chimice care inactivează spermatozoizii la nivelul vaginului.

Conform criteriilor medicale de eligibilitate se poate utiliza ca opțiune, de către toate femeile cu excepția celor infectate HIV / SIDA sau care au risc mare de infectare HIV. Nivel 3 OMS de eficiență la adolescente.

Dispozitivul intrauterin cu cupru (DIU-CU)

Dispozitivul intrauterin (DIU) cu cupru este un dispozitiv medical de plastic, în formă de T de dimensiuni mici, flexibil pe care sunt aplicate manșoane de cupru.

Dispozitivul intrauterin cu cupru are un nivel 1 OMS de eficiență la adolescente.

Metoda amenoreei de lactație (MAL)

Este metoda de contracepție care folosește alăptatul ca metodă de PF, se bazează pe faptul că o femeie nu este fertilă în timpul amenoreei complete de lactație până când sugarul împlinește vârsta de 6 luni. Conferă o protecție de 98% în primele 6 luni.

Metoda amenoreei de lactație (MAL) are un nivel 2 OMS de eficiență la adolescentele

care alăptează până la 6 luni după naștere.

Inelul vaginal

Este un dispozitiv medical sub forma unui inel flexibil, ce eliberează continuu 2 hormoni (un estrogen și un progestativ). Hormonii sunt absorbiți direct prin peretele vaginal și ajung în circulația sanguină.

Metode naturale și chirurgicale

La adolescente metodele naturale de contracepție nu sunt recomandate deoarece rata fertilității la această vârstă este foarte mare. Eficiența acestor metode este mică. Prin urmare nu se recomandă folosirea metodei calendarului, metoda simpo-termală, coitus interuptus.

Metodele chirurgicale de contracepție (vasectomia, ligatura tubară) nu sunt recomandate la adolescenți.

Contracepția în situații speciale:

- **Contracepția de urgență (CU)**

Contracepția de urgență (CU) este o metodă contraceptivă pe care adolescenta o poate utiliza pentru a preveni sarcina după un contact sexual neprotejat sau inadecvat protejat. Contracepția de urgență (CU) poate preveni până la 95% din sarcini atunci când este utilizată în decurs de 5 zile după actul sexual.

Contracepția de urgență se poate realiza prin următoarele metode:

- Montarea unui dispozitiv intrauterin din cupru (DIU-Cu)
- Pastile cu ulipristal acetat (UPA)
- Pastile cu levonorgestrel (LNG)

Toate femeile și implicit toate adolescentele pot utiliza în siguranță CU, cu condiția ca femeia / adolescenta să nu fie însărcinată.

- **Contracepția post avort**

Contracepția post avort reprezintă inițierea unei metode de contracepție imediat după avort (în primele 48 de ore sau în următoarele 14 zile, înainte de revenirea fertilității), pentru evitarea unei noi sarcini nedorite.

Se recomandă post avort, conform criteriilor medicale de eligibilitate OMS, mai multe mijloace contraceptive diferențiate de vârsta sarcinii și tipul avortului. (Tabel 6)

Tabel nr. 6. Contracepția post avort

STAREA	COCC	PNP	DMPA	IMPLANT	DIU-Cu	DIU-LNG
a) Primul trimestru de sarcină	1	1	1	1	1	1
b) Al doilea trimestru de sarcină	1	1	1	1	2	2
c) Imediat după avort septic	1	1	1	1	4	4

1. O stare pentru care nu există nici o restricție pentru utilizarea metodei
2. O stare în care avantajele utilizării metodei depășesc în general riscurile teoretice sau dovedite.
3. O stare în care riscurile teoretice sau dovedite depășesc de obicei avantajele utilizării metodei.

4. O stare care reprezintă un risc inacceptabil pentru sănătate în cazul utilizării metodei contraceptive

Recomandări de intervenții pentru personalul medical din asistența medicală primară și comunitară

Medicul de familie sau cel de planificare familială au rol în furnizarea de servicii de consiliere în planificare familială prin care pot ajuta adolescentul să-și înțeleagă mai bine nevoile, sentimentele, să identifice împreună soluția cea mai bună pentru situația individuală a adolescentului, astfel ca acesta să ia o decizie voluntară și informată legată de contracepție, sănătatea reproductivă și sexuală.

Medicul de familie poate recomanda și urmări persoanele care se încadrează în clasa 1 și 2 OMS.

Personalul medical comunitar are un rol important în consilierea adolescenților privind planificarea familială și dirijarea lor către cabinetele de PF.

Se recomandă pentru o contracepție eficientă:

- Să evaluați nevoile, caracteristicile pacientului și criteriile de eligibilitate a contraceptivelor prin anamneză și examen clinic.

- Să informați și consiliați adolescentul în problematica planificării familiale și alegerii contraceptivelor.

Furnizorul de servicii trebuie să ofere informații esențiale pentru alegerea metodei, utilizarea corectă și consecventă a metodei alese. Consilierea este un proces de comunicare interpersonală care are rolul de a ajuta adolescentul să-și înțeleagă mai bine nevoile, sentimentele, să identifice și să aplice soluția cea mai bună pentru situația lui.

În acest scop consilierul trebuie:

- Să realizeze o relație de încredere cu adolescentul (folosind un ton cald al vocii, evitând criticile)
- Să folosească întrebări deschise pentru a culege informații despre nevoile adolescentului, așteptările și îngrijorările lui
- Să nu ignore sau nege problemele și îngrijorările adolescentului.
- Să nu judece ci să încurajeze adolescentul să aibă încredere în forțele proprii.

- Să ghidați adolescentul pentru alegerea metodei contraceptive (vezi tabel 7). Alegerea metodei contraceptive se face prin evaluarea comparativă a diferitelor metode precizând avantajele și dezavantajele metodei în funcție de împrejurări și interpretări individuale.
- Să demonteze miturile legate de contracepție care limitează utilizarea acestora (vezi tabel 8 și anexa 4)
- Să informeze adolescentul privind semnele de alarmă care necesită prezentarea la medic și monitorizarea eficiența serviciului oferit (vezi Anexa 5).

Folosiți modelul SINAIA pentru consilierea în PF parcurgând următoarele secvențe succesive de pași:

- Salutați adolescentul cu căldură, prietenos
- Întrebați adolescentul despre nevoile sale reproductive precum și despre riscurile ITS
- Narați, expuneți, prezentați opțiunile dintre care poate alege, explicați avantajele și dezavantajele fiecărei metode
- Ajutați adolescentul să aleagă metoda care i se potrivește
- Informați, explicați modul de utilizare a metodei alese
- Amintiți momentul pentru vizita următoare, oferiți informații scrise pentru a le putea citi ulterior

Tabel nr.7. Informații necesare pentru ghidarea adolescentului în decizia de a utiliza metode de PF (detalii în anexa 1)

Informații oferite de furnizorul de servicii de planificare familială	Informații necesare clienților pentru a alege o metodă contraceptivă	Informații necesare clienților pentru a folosi metoda corect și în siguranță
Descrierea / prezentarea metodei Mecanismul de acțiune al metodei Eficiența metodei Interacțiuni medicamentoase Avantajele și dezavantajele metodei Mod de administrare Efecte secundare Semne de alarmă Reversibilitatea metodei Frecvența controalelor Protecția împotriva bolilor cu transmitere sexuală	Ce este metoda respectivă Eficiența metodei Cum se folosește Avantajele și dezavantajele metodei (un avantaj pentru o persoană poate fi un dezavantaj pentru alta) Efecte secundare posibile Dacă oferă protecție față de ITS	Cum să folosească metoda aleasă Efecte secundare posibile Semne de alarmă și ce este de făcut dacă acestea apar

Tabel nr. 8. Mituri legate de contracepție (detalii Anexa 4)

Metoda	Mituri sau percepții greșite în rândul adolescentelor care nu sunt bazate pe dovezi
Contraceptiv oral combinat (COC)	COC poate provoca creșterea în greutate Înaintea inițierii metodei este nevoie de un examen ginecologic Este nevoie de o pauză la pilule o dată pe an COC afectează fertilitatea viitoare COC provoacă ITS, cancer
Dispozitiv intrauterin (DIU)	Poate fi utilizat numai de femeile care au născut Produce cancer Cauzează boli inflamatorii pelvine DIU poate migra în organismul femeii
Injecții cu hormoni (DMPA)	Pot provoca infertilitate DMPA produce menținerea menstruației și intoxicarea sângelui
Prezervative	Pot fi folosite cu orice lubrifiant, inclusiv vaselină Alunecă în timpul actului sexual și se pierde în organismul femeii
Inel vaginal	Trebuie inserat de medic în fiecare lună Afectează fertilitatea viitoare

Tabel nr.9. Sumar al recomandărilor

Recomandări	Bibliografie
Vârsta în sine și doar aceasta nu constituie un motiv medical pentru a refuza orice metodă de contracepție adolescenților	John S. Santelli, Guttmacher Institute, Brian Morrow, Guttmacher Institute, John E. Anderson, Guttmacher Institute, Laura D. Lindberg Contraceptive Use and Pregnancy Risk Among U. S. Volume 38, Issue 2 June 2006[16]
Alegerea contraceptivelor să se facă în funcție de criteriile medicale de eligibilitate care iau în calcul starea / condițiile femeii și siguranța contraceptivelor față de potențiale efecte adverse în condițiile date	Medical eligibility criteria for contraceptive use, 5th edn. Geneva: World Health Organization; 2015[21].
Stabilirea eligibilității pentru utilizarea metodelor contraceptive să fie realizată pe baza datelor anamnestice și a examenului clinic pe aparate și sisteme	WHO Selected practice recommendations for contraceptive use - 3rd ed. 2016 World Health Organization. ISBN 978 92 4 156540 0[17].
Inițierea și continuarea metodelor de contracepție să fie însoțită de practici medicale (examinări și testări) pentru utilizarea adecvată a metodei	WHO Selected practice recommendations for contraceptive use - 3rd ed. 2016 World Health Organization. ISBN 978 92 4 156540 0[17].
Utilizarea contraceptivelor de toți adolescenții activi sexual care se încadrează în clasa 1 și 2 OMS de eligibilitate, conform CME	WHO recommendations on adolescent sexual and reproductive health and rights ISBN 978-92-4-151460-6 © World Health Organization 2018[4]
Indiferent de metoda contraceptivă aleasă adolescenții au nevoie de intimitate, confidențialitate, atitudine respectuoasă și să nu se simtă judecați	WHO recommendations on adolescent sexual and reproductive health and rights ISBN 978-92-4-151460-6 © World Health Organization 2018[4]
Prezervativul se recomandă ca și protecție duală (ITS și sarcină)	Family planning: a global handbook for providers (2018 edition). Geneva: World Health Organization; 2018[12].
Conform criteriilor medicale de eligibilitate toate femeile și implicit toate adolescentele pot utiliza în siguranță CU, cu condiția ca femeia / adolescenta să nu fie însărcinată	Medical eligibility criteria for contraceptive use, 5th edn. Geneva: World Health Organization; 2015[21]
Începerea COC nu necesită examen ginecologic, teste de laborator, screening pentru cancerul de col uterin.	Family planning: a global handbook for providers (2018 edition). Geneva: World Health Organization; 2018[12].
La adolescente metodele naturale de contracepție nu sunt recomandate deoarece rata fertilității la această vârstă este foarte mare	Family planning: a global handbook for providers (2018 edition). Geneva: World Health Organization; 201812[12].

Mesaje cheie

- Utilizarea metodelor / mijloacelor contraceptive ajută la: controlul nașterilor, scăderea numărului de avorturi și reducerea numărului de copii abandonați
- Cea mai sigură metodă contraceptivă este cea care oferă protecție împotriva sarcinii și a ITS (prezervativul)
- Toate metodele contraceptive recomandate adolescenților sunt reversibile
- Alegerea unei metode contraceptive ar trebui făcută cu implicarea partenerului
- Abstinența este o metodă de contracepție cu o eficiență de 100%
- Avortul nu este o metodă de contracepție.

Bibliografie

1. Kantorová V, Wheldon MC, Ueffing P, Dasgupta ANZ Estimating progress towards meeting women's contraceptive needs în 185 countries: A Bayesian hierarchical modelling study. Published: February 18,2020, (https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1003026), (http://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/family-planning-contraception)
2. United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division. Family Planning and the 2030 Agenda for Sustainable Development. New York: United Nations. (https://www.prb.org/2019-family-planning-data-sheet-highlights-family-planning-method-use-around-the-world/)
3. Contraception. Evidence brief. / WHO / RHR / 19. 18 World Health Organization, 2019. (https://www.who.int/publications-detail-redirect/WHO-RHR-19.18)
4. WHO recommendations on adolescent sexual and reproductive health and rights ISBN 978-92-4-151460-6 © World Health Organization 2018 (https://www.who.int/publications/i/item/9789241514606)
5. Iolanda Mihalache, Doina Bologa, Diana Păun DOCUMENT CADRU Repoziționarea programului de Planificare Familială / Sănătatea Reproducerii și Sexualității din România raportat la modele și standarde europene (În cadrul proiectului Renasc 2018-2020)
6. Ziua Mondială a Contracepției 2019 - Analiză de situație (http://www.sant.ro/informatii-utile/educatie-pentru-sanatate/ziua-mondiala-a-contraceptiei/ 26-septembrie-2019-ziua-mondiala-a-contraceptiei/Analiza%20de%20situatie%20zmc%202019.pdf/)view?searchterm=
7. Michaela Iuliana Nanu1, Ecaterina Stativa1, Daniela Vălceanu2, Marina Ruxandra Oțelea3 (1- Institutul pentru Sănătatea Mamei și a Copilului „Alessandrescu-Rusescu", București 2- Institutul Național de Sănătate Publică, București 3- Asociația SAMAS), Raport Sarcina la adolescente în România (https://www.programsamas.ro/sarcina-la-adolescente-in-romania-raport/)
8. Contraception Resources from the CDC: 2016 U. S. Medical Eligibility Criteria for Contraceptive Use, Division of Reproductive Health Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion
9. WHO recommendations on adolescent sexual and reproductive health and rights ISBN 978-92-4-151460-6 © World Health Organization 2018
10. Hervé Bassinga — Institut Supérieur des Sciences de la Population; Maurice Sawadogo— Institut Supérieur des Sciences de la Population; Aïssata Fall— PRB; Oumou Keita—PRB; Cathryn Streifel—PRB. MARCH 2022. REPORT Rapid Analysis Policy Landscape for Sustaining Youth Contraceptive Use în the Nine Ouagadougou Partnership Countries.
11. Contraception. Evidence brief. / WHO / RHR / 19. 18 World Health Organization, 2019. (https://www.who.int/publications-detail-redirect/WHO-RHR-19.18)
12. Family planning: a global handbook for providers (2018 edition). Geneva: World Health Organization; 2018.
13. Contraception. Evidence brief. / WHO / RHR / 19. 18 World Health Organization 2019. (https://www.who.int/publications-detail-redirect/WHO-RHR-19.18)
14. Johannes Bitzer,Virginia Abalos,Dan Apter,Ricardo Martin,Amanda Black Targeting factors for change: contraceptive counselling and care of female adolescents &on behalf of the Global CARE (Contraception: Access, Resources, Education) GroupPages 417-430 | Received 05 Jul 2016, Accepted 12 Sep 2016, Published online: 05 Oct 2016 (https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/13625187.2016.1237629)

15. Selected practice recommendations for contraceptive use. Geneva: World Health Organization; 2016
16. John S. Santelli, Guttmacher Institute, Brian Morrow, Guttmacher Institute, John E. Anderson, Guttmacher Institute, Laura D. Lindberg Contraceptive Use and Pregnancy Risk Among U. S. Volume 38, Issue 2 June 2006
17. WHO Selected practice recommendations for contraceptive use - 3rd ed. 2016 World Health Organization. ISBN 978 92 4 156540 0
18. WHO recommendations on adolescent sexual and reproductive health and rights ISBN 978-92-4-151460-6 © World Health Organization 201817
19. WHO guidelines on preventing early pregnancy and poor reproductive outcomes among adolescents în developing countries. Geneva: World Health Organization; 2011
20. Hervé Bassinga -Institut Supérieur des Sciences de la Population; Maurice Sawadogo-Institut Supérieur des Sciences de la Population; Aïssata Fall-PRB; Oumou Keita-PRB; Cathryn Streifel-PRB. Report Rapid Analysis Policy Landscape for Sustaining Youth Contraceptive Use în the Nine Ouagadougou Partnership Countries March 2022.
21. Medical eligibility criteria for contraceptive use, 5th edn. Geneva: World Health Organization; 2015

ANEXA 1.
METODE CONTRACEPTIVE

Contraceptivele orale combinate (COC) numite și „estro-progestative", sau " pilule contraceptive", sunt preparate ce conțin progesteron și estrogen sintetici - asemănători hormonilor naturali feminini. Se administrează oral femeilor pentru prevenirea sarcinii. Pot avea concentrație fixă, (pilule monofazice) sau concentrație variabilă (pilule trifazice), de hormoni pe parcursul unui ciclu. Sunt disponibile în folii cu 21 pilule care conțin hormoni sau în folii cu 28 de pilule (primele 21 pilule conțin hormoni iar ultimele 7 pilule nu conțin hormoni, sunt inactive).
Se recomandă COC ca o metodă deosebit de eficientă pentru adolescentele care doresc să folosească contracepție hormonală și care pot beneficia și de efectele non contraceptive ale COC: combaterea anemiei cauzate de menstruațiile abundente, reducerea durerilor menstruale, reducerea chisturilor ovariene benigne recidivante, antecedente familiale de cancer de ovar, antecedente de afecțiuni pelviene inflamatorii.

Începerea COC nu necesită examen ginecologic, teste de laborator, screening pentru cancerul de col uterin.
Mecanism de acțiune și eficiență (Modul)
Mecanismul principal de acțiune constă în blocarea ovulației. De asemenea, împiedică nidația (endometrul este modificat, devenind inapt pentru implantare și dezvoltarea oului) și îngroașă mucusul cervical (îngreunând trecerea spermatozoizilor spre uter).
Eficiența COC în prevenirea sarcinii: dacă sunt utilizate corect și consecvent, mai puțin de o sarcină la 100 de femei, în timpul primul an de utilizare (3 sarcini la 1000 de femei). La o utilizare obișnuită, pot apărea aproximativ 7 sarcini la 100 de femei în primul an de utilizare. Utilizarea incorectă duce la creșterea ratei de eșec a metodei.
Nivel 2 OMS de eficiență la adolescente.
Reversibilitate: metoda este rapid reversibilă, practic femeia poate rămâne gravidă imediat după renunțarea la pilule.
Mod de administrare
Pentru a avea eficiență maximă, pilulele se iau zilnic, aproximativ la aceeași oră, timp de 21 de zile, cu o pauză de 7 zile după terminarea foliei. În cazul preparatelor contraceptive cu 28 de tablete pe folie se ia zilnic câte o tabletă și nu se mai face pauză la terminarea foliei.
Începerea utilizării COC se poate face:

La menstruație
- În primele 5 zile ale ciclului menstrual fără protecție suplimentară
- În orice moment al ciclului menstrual dacă suntem siguri ca femeia nu este însărcinată, dar cu protecție suplimentară 7 zile.

După naștere
- Dacă ea alăptează, poate folosi COC numai când nou-născutul are peste 6 luni.
- Dacă nu alăptează (a născut cu mai puțin de 4 săptămâni în urmă), poate începe COC oricând între zilele 21-28 după naștere. Dacă a născut cu mai mult de 4 săptămâni în urmă (și menstruația nu a revenit), ea poate începe oricând se știe cu un grad rezonabil de certitudine că nu este însărcinată și va avea nevoie de protecție suplimentara în primele 7 zile.

După avort
- Adolescenta poate începe COC imediat după avort. NU are nevoie de protecție suplimentară.
- Dacă au trecut mai mult de 7 zile după un avort în primul sau al doilea trimestru de sarcină, ea poate începe oricând se știe cu un grad rezonabil de certitudine că nu este însărcinată. Are nevoie de protecție suplimentară în primele 7 zile.

Dacă sunt omise tablete
- Dacă adolescenta uită o singură pilulă activă: să ia pilula uitată cât mai repede, următoarea pilulă activă va fi luată la aceeași oră ca de obicei. Asta înseamnă că va lua două pilule în aceeași zi, chiar 2 pilule deodată. Apoi continuă luarea pilulelor în mod obișnuit, câte una în fiecare zi. NU are nevoie de protecție suplimentară.
- Dacă a uitat 3 sau mai multe pilule active, să ia o pilulă activă cât de repede își aduce aminte și apoi să continue luarea pilulelor zilnic la aceeași oră. Va trebui să folosească protecție supli-

mentată timp de 7 zile.
- Dacă femeia are tulburări digestive (vărsături) și pilula este vărsată înainte de 2 ore de la administrare, ia o pilulă din folia de rezervă și continuă cu restul pilulelor, fără protecție suplimentară.

Dacă are diaree mai mult de 24 de ore, continuă să ia câte o pilulă în fiecare zi și va folosi protecție suplimentară pe perioada diareii și încă 7 zile după terminarea episodului diareic.

Efecte secundare COC

Se recomandă următoarele intervenții pentru managementul efectelor secundare:

- Grețuri, vărsături: administrarea pilulelor în timpul mesei sau seara, înainte de culcare.
- Cefalee ușoară: verificați dacă acest simptom a apărut după începerea COC, se va măsura TA; dacă cefaleea este frecventă trimiteți la un serviciu de specialitate.
- Mici sângerări pe parcursul foliei: explicați că sunt normale în primele 3 luni de utilizare și se vor diminua până la dispariție pe parcursul următoarelor luni. Verificați dacă adolescenta a omis pilule și, dacă a prezentat diaree, vărsături.
- Senzație de tensiune în sâni, explicați că este comună în primele 3 luni de utilizare, dar se ameliorează ulterior.

Eficiența COC poate fi scăzută de către unele medicamente, ampicilina, tetraciclina, rifampicină (afectează flora intestinală, fiind modificată absorbția COC), fenitoină, barbiturice (stimulează enzimele hepatice accelerând astfel degradarea enzimatică a COC) crescând în aceste condiții incidența efectelor secundare (sângerările) iar contraceptivele devin mai puțin eficiente.
Se recomandă măsurarea tensiunii arteriale înainte de inițierea COC. (Selected practice recommendations for contraceptive use. Geneva: World Health Organization; 2016).

Avantaje COC

- Sunt foarte eficiente, utilizate corect
- Reglează menstruația: sângerarea menstruală este în cantitate mai mică și durează mai puțin, durerile menstruale scad în intensitate
- Pot fi folosite perioade lungi de timp, nu necesită pauze
- Pot ajuta la prevenirea anemiei feriprive, a cancerului de endometru, a cancerului ovarian, a chisturilor ovariene, a inflamațiilor pelvine, a sarcinilor ectopice
- Pot trata acneea, seboreea
- Fertilitatea revine imediat după oprirea administrării
- Nu interferă cu actul sexual
- Pot fi întrerupte în orice moment.

Dezavantaje COC

- Trebuie administrate zilnic
- Nu asigură protecție împotriva ITS
- La începutul utilizării pot apărea sângerări mici, greață, dureri de cap, tensiune în sâni, ușoară creștere în greutate
- La unele femei pot apărea stări depresive, iritabilitate.
- Foarte rar pot determina embolii, tromboze la nivelul venelor profunde ale membrelor inferioare
- Necesită recomandare medicală, controale periodice

Pilule numai cu progesteron (PNP)

Pilula numai cu progestative este un contraceptiv oral hormonal care nu conține estrogen, ci doar o doză mică de progestative. Ele se administrează zilnic în mod continuu, fără pauze între folii. Eficacitatea este simțitor mai mică decât la COC în special la femeile tinere. PNP sunt foarte eficiente la persoanele care alăptează.
Sunt disponibile în folii cu 28 pilule, de aceeași culoare, toate cele 28 de pilule au același conținut de progesteron.
Reversibilitate: La oprirea administrării PNP, ciclul menstrual natural se restabilește într-o perioadă de până la 6 luni. După cel puțin 2 perioade menstruale normale, femeia poate rămâne însărcinată.

Se recomandă ca sigure și potrivite pentru: adolescentele care au născut sau nu, adolescentele care fumează (indiferent de numărul de ți-

gări), care au anemie.
Adolescentele pot începe utilizarea PNP fără examen ginecologic, fără teste de laborator, fără screening pentru cancerul de col uterin, fără examinarea sânilor.

Mecanism de acțiune

Principalul mecanism de acțiune este prin îngroșarea mucusului cervical, îngreunând trecerea spermatozoizilor. Un alt mecanism este acela de a suprima ovulația în aproximativ jumătate din ciclurile menstruale.

Eficiența metodei

Nivel 2 OMS de eficiență la adolescente. La femeile care nu alăptează la o utilizare corectă și continuă, mai puțin de o sarcină la 100 de femei, în timpul primului an de utilizare (3 sarcini la 1000 de femei). La o utilizare obișnuită, aproximativ 7 sarcini la 100 de femei în timpul primului an de utilizare. Utilizarea incorectă duce la scăderea eficienței. Este esențial să se sublinieze importanța administrării regulate a pilulei numai cu progestativ, datorită mecanismului de acțiune. Să nu se întârzie nici cu câteva ore administrarea, căci întârzierea duce la scăderea eficienței (vezi Tabel 4). La femeile care alăptează cu utilizare obișnuită a PNP, aproximativ 1 sarcină la 100 de femei în timpul primului an. Dacă utilizarea este corectă și continuă, eficiența ajunge la mai puțin de o sarcină în timpul primului an.

Avantaje - dezavantaje PNP

Avantajele sunt similare cu cele ale COC cu precizarea că sunt lipsite de efectele estrogenice date de COC.

Avantaje

- Nu cresc riscul bolilor cardiovasculare
- Reduc riscul bolii inflamatorii pelviene
- Sunt recomandate la femeile care alăptează
- Au efect minim asupra coagulării
- Pot fi folosite la femeile cu toleranță modificată la glucoză
- Pot fi recomandate la femeile care nu tolerează preparatele cu estrogen
- Nu interferă cu actul sexual
- Cefaleea, depresia, reducerea libidoului mai puțin intense decât la COC.

Dezavantaje

- Nu asigură protecție față de bolile cu transmitere sexuală
- Eficiență mai redusă față de COC
- Mai rar greață, vărsături, cefalee, amețeli, dureri de sân
- Sângerări neregulate, amenoree sau alteori sângerări prelungite și abundente.

Proceduri recomandate pentru utilizare

Mod de administrare:

La menstruație

- Se administrează zilnic câte o pilulă, în primele 5 zile de la începerea menstrei, continuu, fără întrerupere, pe toată perioada în care este necesară contracepția. Dacă au trecut mai mult de 5 zile de la începerea menstruației, se poate începe oricând dacă se știe cu un grad rezonabil de certitudine că nu este însărcinată (are nevoie de protecție suplimentară de 7 zile). Trebuie luate la aceiași oră, de obicei seara, deoarece efectul maxim asupra mucusului cervical apare după aproximativ 4 ore.

După naștere:

- Dacă adolescenta alăptează (nu are menstruație), poate folosi PNP oricând între naștere și 6 luni după naștere. Nu este necesară o metodă suplimentară.
- Dacă nu alăptează, a născut cu mai puțin de 4 săptămâni în urmă, poate începe PNP oricând. Nu este necesară o metodă suplimentară. A născut cu mai mult de 4 săptămâni în urmă (nu are menstruație), poate începe oricând dacă se știe cu un grad rezonabil de certitudine că nu este însărcinată însă are nevoie de protecție suplimentară primele 2 zile de la începerea pilulelor.

După avort:

- Adolescenta poate începe COC imediat după avort. NU are nevoie de protecție suplimentară.

În cazul în care pacienta uită să ia o pilulă, aceasta va fi luată cât de repede își amintește și va continua să ia pilulele ca de obicei, va folosi o metodă contraceptivă suplimentară în următoarele două zile. Dacă vomită în primele 2 ore după luarea unei pilule, ea trebuie să ia altă pilulă din folie, apoi să continue să ia pilulele ca de obicei.

Contraceptive injectabile numai cu progesteron (DMPA)

Nivel 1 OMS de eficiență pentru adolescente.
Sunt o formă de contraceptive hormonale feminine ce folosesc hormoni de sinteză (medroxiprogesteron acetat depot și enantat de noretisteron) cu administrare parenterală și care au efect îndelungat. Utilizarea curentă în România este redusă. În momentul de față în România nu se comercializează.

Mecanism de acțiune. Eficiență

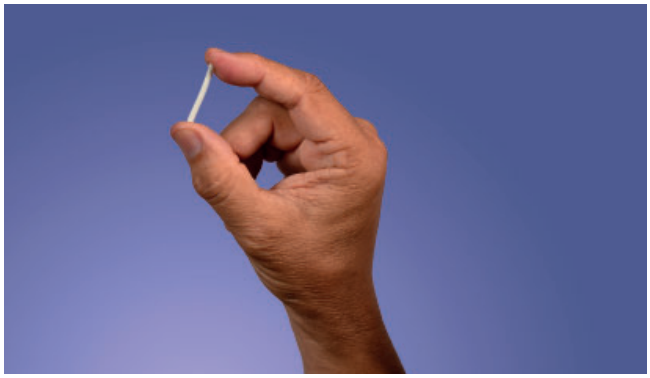
În principal inhibă ovulația. De asemenea, îngroașă mucusul cervical, îngreunând trecerea spermatozoizilor. Modifică endometrul, (care devine impropriu implantării). Depo-medroxiprogesteron acetat (DMPA), este substanța cel mai frecvent folosită în contraceptivele injectabile numai cu progesteron.
La o folosire corectă și continuă mai puțin de o sarcină la 100 de femei în timpul primului an de utilizare. La o utilizare obișnuită, aproximativ 4 sarcini la 100 de femei în primul an de utilizare.
Reversibilitate: După întreruperea DMPA, majoritatea femeilor suferă o întârziere în revenirea ovulației. Timpul mediu de la întreruperea metodei până la concepție este de aproximativ 4 luni.
Avantaje
- Foarte eficiente, pot fi folosite la orice vârstă
- Sunt intime
- Previn sarcina pe termen lung
- Nu interferă cu actul sexual
- Nu au efecte secundare estrogenice

Dezavantaj
- Nu protejează împotriva ITS
- Modifică sângerările lunare (amenoree, sângerări mai abundente)
- Creștere ponderală
- Întârzierea revenirii fertilității
- Depresie

Mod de administrare

DMPA se administrează intramuscular profund (în mușchiul deltoid sau gluteal) sau subcutanat, o injecție la 3 luni. Nu se masează locul administrării. Se poate începe în primele 7 zile ale ciclului menstrual, nefiind nevoie de protecție suplimentară. Dacă au trecut mai mult de 7 zile de la începerea menstruației, se poate începe utilizarea oricând se știe cu un grad rezonabil de certitudine că nu este însărcinată, are nevoie de protecție suplimentară în primele 7 zile după administrare.

Implantele contraceptive



Sunt dispozitive medicale ce eliberează doze mici de progesteron, ce permite o contracepție pe o perioadă de câțiva ani, cu o înaltă eficiență. Implantul subdermic Norplant, este o metodă reversibilă cu o durată de acțiune de 5 ani. Nu este comercializat în România.
Se recomandă la adolescente având Nivel 1 OMS de eficiență la adolescente.

Eficiență și mecanism de acțiune

La o utilizare corectă și consecventă mai puțin de o sarcină la 100 de femei în timpul primului an de utilizare (1 la 1000 de femei).
Contracepția este asigurată prin următoarele mecanisme: inhibă ovulația, îngroașă mucusul cervical care devine mai dens împiedicând transportul normal al spermatozoizilor spre trompa uterină și supresia hormonală a endometrului, prevenind astfel implantarea.

Avantaje-dezavantaje

Avantaje
- Metodă pe termen lung
- Eficiență crescută
- Nu interferă cu actul sexual
- Nu necesită examen ginecologic, intimitatea este păstrată

Dezavantaje
- Necesită personal specializat pentru inserție și extracție.

- Tulburări ale sângerării menstruale.
- Costuri inițiale destul de ridicate.
- Nu asigură protecție împotriva ITS

Prezervativul masculin

Prezervativul sau condom-ul este un mijloc de protecție față de sarcina nedorită și față de infecțiile cu transmitere sexuală (ITS). Majoritatea sunt fabricate din latex subțire dar și alte materiale, cum ar fi poliuretan. Unele prezervative sunt acoperite cu un lubrifiant sau cu substanțe spermicide.

Se recomandă prezervativul ca și protecție dublă (ITS și sarcină).
Nivel 3 OMS de eficiență contraceptivă la adolescenți.

Cine poate folosi prezervativele?

Se recomandă utilizarea prezervativului pentru toți bărbații și toate femeile, cu excepția celor cu reacție alergică severă la latex; persoanele sau cuplurile care sunt expuse riscului de a contracta infecții cu transmitere sexuală; femeile care utilizează metode mai puțin eficiente; femeile care alăptează și care au nevoie de contracepție; pentru femeile care au nevoie de o metodă de rezervă.

La cumpărare se verifică data de fabricație și data expirării prezervativelor.
Prezervativul se aplică doar pe penisul în erecție.

Mecanism de acțiune și eficiență

Prezervativele acționează ca o barieră mecanică, împiedicând pătrunderea spermatozoizilor în vagin.
Eficiența depinde de utilizarea corectă. Cel mai mare risc de sarcină sau infecție cu transmitere sexuală (ITS) este atunci când prezervativele nu sunt utilizate corect sau consecvent la fiecare contact sexual.
La o utilizare obișnuită, aproximativ 13 sarcini la 100 de femei, în timpul primului an de utilizare. Când sunt utilizate corect la fiecare contact sexual, aproximativ 2 sarcini la 100 de femei, în timpul primului an de utilizare.
Revenirea fertilității după oprirea utilizării prezervativelor: imediată

Protecția împotriva HIV și altor ITS

- Prezervativele masculine reduc semnificativ riscul contractării infecției HIV, când sunt utilizate corect și consecvent, la fiecare contact sexual, vaginal sau anal, pot preveni circa 80% până la 95% din cazurile de transmitere HIV. Reduce riscul contractării infecției în cazul multor ITS în special împotriva celor care se transmit prin secreții (HIV, gonoree, clamydia) dar și infecțiilor care se transmit prin contact piele-piele (herpes, papiloma virus uman)[22].

Avantaje, dezavantaje

Avantaje
- Prezervativul este cel mai bun mijloc de prevenire a ITS și HIV / SIDA
- Prezervativul ajută la prevenirea stărilor patologice cauzate de ITS (afecțiuni inflamatorii pelvine, durerea cronică pelvină, infertilitatea, cancerul de col uterin)
- Metoda poate fi folosită fără ajutorul personalului medical
- Utilizarea lui nu are legătură cu starea de sănătate
- Metoda are o eficiență acceptabilă
- Prezervativul este ușor de folosit, disponibil în multe locații, relativ ieftin
- Metoda implică bărbatul în contracepție
- Prezervativul ajută la prevenirea ejaculării precoce.

Dezavantaje
- Prezervativul uneori poate determina alergii (la lubrifianți sau la latex)
- Poate scădea intensitatea senzațiilor în timpul actului sexual
- Interferă cu actul sexual, generând lipsa spontaneității
- Există riscul de a se rupe sau aluneca în timpul actului sexual
- Este nevoie de cooperarea bărbatului
- Pentru unele persoane procurarea prezervativului, discuția cu partenera despre folosirea lui poate fi stânjenitoare.

Pașii utilizării corecte a prezervativului (vezi Anexa 3)

Trebuie respectate trei reguli de aur în folosirea prezervativului:

1. Se va aplica întotdeauna de la bun început, înaintea oricărei atingeri a organelor genitale. Se utilizează în cazul tuturor contactelor sexuale.
2. Întotdeauna se scoate aerul din prezervativ înaintea aplicării pe penis.
3. Contactul sexual se termină în momentul în care a avut loc ejacularea! Retragerea se face imediat după ejaculare ținând prezervativul fixat la baza penisului.

În general, orice persoană poate folosi eficient și în siguranță prezervativul, dacă nu este alergică la latex.

Ce nu trebuie să facă utilizatorii prezervativului masculine:

Nu utilizați lubrifianți pe bază de ulei, aceștia vor deteriora latexul, nu utilizați un prezervativ cu culoare neuniformă sau modificată, nu utilizați un prezervativ pe care îl simțiți casant, uscat sau foarte lipicios, nu refolosiți prezervativele, nu utilizați mai multe prezervative, deodată.

Dacă se rupe prezervativul se poate aplica în vagin un spermicid, sub formă de gel sau cremă. Spălarea vaginului și a penisului cu apă și săpun, va reduce riscurile de apariție a ITS. Pentru prevenirea sarcinii, femeia va solicita contracepție de urgență.

Spermicide

Spermicidele sunt substanțe chimice care inactivează spermatozoizii la nivelul vaginului. Spermicidul acționează prin distrugerea membranei spermatozoidului. Spermicidul se introduce adânc în vagin, lângă colul uterin, înaintea contactului sexual.

Substanța cea mai frecvent utilizată este Nonoxynol-9.
Altele spermicide conțin clorură de benzalconiu, clorhexidină.
Spermicidele se găsesc sub formă de tablete spumante, supozitoare care se topesc, filme care se dizolvă, geluri, creme și ovule. Gelurile, cremele și spumele pot fi utilizate singure sau împreună cu diafragma sau cu prezervativul.
Conform criteriilor medicale de eligibilitate se pot utiliza ca opțiune de către toate femeile cu excepția celor infectate HIV / SIDA sau care au risc mare de infectare HIV.
Nivel 3 OMS de eficiență la adolescente.

Mecanism de acțiune, eficiență

Spermicidele blochează ascensiunea fizică a spermatozoizilor prin alterarea lor și prin reducerea motilității acestora.
Eficiența depinde de utilizatoare, cel mai mare risc de sarcină este atunci când spermicidele nu sunt utilizate corect și la fiecare contact sexual. La o utilizare obișnuită, aproximativ 21 sarcini la 100 de femei, în primul an de utilizare. Când sunt utilizate corect la fiecare contact sexual, aproximativ 16 sarcini la 100 de femei care utilizează spermicide, în primul an de utilizare.

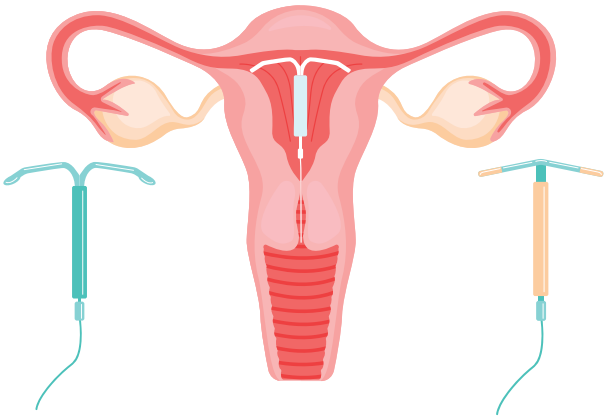
Avantaje, dezavantaje

Avantaje: ușor de aplicat, nu necesită consultație medicală, poate fi folosit în perioada alăptării, sunt accesibile și se eliberează fără rețetă.
Dezavantaje: pot produce iritație și alergie locală determinând disconfort, necesită cooperarea partenerilor.

Mod de utilizare

Spermicidul se introduce profund în vagin, în apropierea colului uterin, cu ajutorul degetelor sau a unui aplicator. Dacă se folosesc tablete, ovule sau filme, este nevoie să se aștepte, minim 10 minute după introducerea lor, pentru a se dizolva în interiorul vaginului.
Dacă în decurs de 6 ore au loc mai multe contacte sexuale, se introduce o nouă cantitate de spermicid înaintea fiecărui contact.

⚠ Nu se fac spălături vaginale cel puțin 6 ore după utilizarea spermicidelor



Dispozitivul intrauterin cu cupru (DIU-CU)

Dispozitivul intrauterin (DIU) cu cupru este un dispozitiv medical de plastic, în formă de T de dimensiuni mici, flexibil pe care sunt aplicate manșoane de cupru.
Nivel 1 OMS de eficiență la adolescente.
Cine poate utiliza DIU?
- Adolescentele care au născut sau nu, pot utiliza metoda în siguranță
- Adolescentele care își doresc o metodă foarte eficientă pe termen lung.

Contraindicații
- Adolescentele cu anomali anatomice uterine
- Adolescentele cu sângerări vaginale neexplicate
- Adolescentele cu boală inflamatorie pelvină în prezent sau în urmă cu 3 luni
- Adolescentele cu ITS în prezent sau în ultimele 3 luni
- Adolescentele diagnosticate cu HIV, SIDA

Mecanism de acțiune, eficiență

Ionii de cupru inhibă motilitatea spermatozoizilor, astfel încât ei nu mai ajung în trompa uterină și nu pot fertiliza ovulul; împiedică implantarea oului în uter; împiedică întâlnirea dintre spermatozoizi și ovul.
Eficiența. La o utilizare mai mult de 10 ani a DIU eficiența este de: aproximativ 2 sarcini la 100 de femei. Studiile au arătat că TCu-380A este eficient timp de 12 ani. Totuși, TCu-380A este aprobat pentru utilizare pe o perioadă de până la 10 ani (6 sarcini la 1000 de femei care utilizează DIU perfect și 8 sarcini la 1000 de femei în cadrul utilizării obișnuite).

Reversibilitate

Imediat după extragerea DIU din cavitatea uterină.

Avantaje, dezavantaje

Avantaje: metoda are eficiență ridicată, asigură contracepție pe termen lung, nu interferă cu actul sexual, nu are efecte hormonale, revenirea rapidă a fertilității după extracția DIU, este o metodă intimă.

Dezavantaje: nu protejează de ITS, menstruațiile sunt prelungite și abundente (în primele 6 luni), pot apărea sângerări vaginale neregulate, dureri în abdomenul inferior, infecție pelvină.

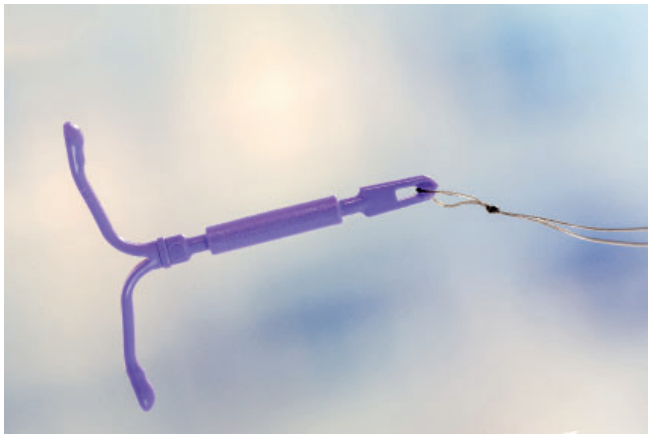
Necesită anumite condiții de montare:

- Este obligatoriu excluderea sarcinii
- Adolescenta trebuie să aibă un uter sănătos
- Se exclude o infecție a tractului genital prin anamneză sau teste de laborator
- Se exclude un comportament sexual cu risc crescut pentru ITS

DIU se poate monta:
- La 4 săptămâni după naștere
- Imediat după avortul la cerere, dacă nu sunt semne de infecție
- În orice moment al ciclului menstrual, cu condiția ca adolescenta să nu fie însărcinată.

Se recomandă pentru utilizarea DIU în siguranța respectarea anumitor proceduri

Vizita de control după inserția DIU, între 3 și 6 săptămâni.
Femeia revine la control dacă:
- Nu mai palpează firele DIU
- Nu a mai avut menstruație sau a avut o menstruație modificată
- Crede că s-a expus riscului unei ITS
- Are dureri în abdomenul inferior, în special dacă se asociază cu febră, sângerări
- Dorește o altă metodă contraceptivă.



Dispozitivul intrauterin cu levonorgestrel (DIU-LNG)

Dispozitivul intrauterin cu levonorgestrel (DIU-LNG) este un dispozitiv din plastic având forma literei T, cu un mic rezervor care eliberează constant, o cantitate mică de levonorgestrel. (Levonorgestrel-ul este un progestogen utilizat și în implante și contraceptive orale).
Dispozitivul intrauterin cu levonorgestrel (DIU-LNG) este cu Nivel 1 OMS de eficiență la adolescente.

Mecanism de acțiune, eficiență

Față de DIU cu cupru, DIU-LNG acționează prin îngroșarea mucusului cervical și reduce grosimea endometrului.

Una din cele mai eficiente metode de lungă durată, mai puțin de 1 sarcină la 100 de femei în timpul primului an de utilizare (2 sarcini la 1000 de femei).
DIU cu levonorgestrel este aprobat pentru utilizare până la 5 ani.
Revenirea fertilității după extragerea DIU-LNG: imediată

Avantaje, dezavantaje

Avantaje: metoda are eficiență ridicată, nu interferă cu actul sexual, reduce sângerarea menstruală, are efect benefic pe fibrom uterin, este o metodă adjuvantă în anemia feriprivă, reduce crampele menstruale, menstruația abundentă, simptomele endometriozei (durere pelvină, sângerări neregulate), reduce riscul de sarcină ectopică, este metodă imediat reversibilă.
Dezavantaje: costul este ridicat, necesită consult medical (inserție), nu protejează de ITS, poate apărea BIP (boală inflamatorie pelvină), poate produce sângerări reduse cantitativ și cu mai puține zile de sângerare, sângerări mai rare, sângerări neregulate și chiar lipsa sângerării lunare.
Complicații rare: Înțeparea (perforarea) peretelui uterin în momentul inserției. De obicei, se vindecă fără tratament.

Cine poate utiliza DIU cu levonorgestrel?
Se recomandă la toate femeile ce își doresc o metodă sigură pe termen lung și nu au contraindicații.
Cine nu poate utiliza DIU cu levonorgestrel?
- Adolescenta cu anomali anatomice uterine
- Adolescenta cu sângerări vaginale neexplicate
- Adolescenta cu boală inflamatorie pelviană în prezent sau în urmă cu 3 luni
- Adolescenta cu ITS în prezent sau în ultimele 3 luni

Proceduri recomandate pentru utilizare DIU -LNG

Vizita de control
Se recomandă o vizită de control după prima menstruație sau între 3 și 6 săptămâni după inserția DIU -LNG.
DIU-LNG nu trebuie refuzat nici unei femei chiar dacă vizita de control ar fi dificil sau imposibil de efectuat.
Revine oricând la control dacă:
- Nu mai palpează firele DIU
- Nu a mai avut menstruație sau a avut o menstruație modificată
- Crede că s-a expus riscului unei ITS
- Are dureri în abdomenul inferior și care se asociază cu febră, sângerări
- Dorește o altă metodă contraceptivă

Metoda amenoreei de lactație (MAL)

Este metoda de contracepție care folosește alăptatul ca metodă de PF, se bazează pe faptul că o femeie nu este fertilă în timpul amenoreei complete de lactație până când sugarul împlinește vârsta de 6 luni. Conferă o protecție de 98% în primele 6 luni.
Nivel 2 OMS de eficiență la adolescente:

Se recomandă folosirea MAL în situația în care sunt îndeplinite următoarele condiții:
- Sugarul să fie sub vârsta de 6 luni
- Menstruația mamei nu a revenit
- Alăptează sugarul la sân, frecvent și ziua și noaptea. Intervalul între două supturi nu trebuie să fie mai mare de 4 ore ziua și 6 ore noaptea, iar tehnica alăptatului să fie cea corectă.

Dacă nu sunt îndeplinite toate cele 3 condiții, metoda nu funcționează și femeia ar trebui să folosească o metodă suplimentară de contracepție.
Eficiența depinde de utilizatoare. În cadrul utilizării obișnuite, aproximativ 2 sarcini la 100 femei care utilizează MAL în primele 6 luni după naștere. Când este utilizată corect, mai puțin de 1 sarcină la 100 femei care utilizează MAL în primele 6 luni după naștere.

Avantajele metodei

Protejează femeia de apariția unei noi sarcini, ofe-

ră protecție față de dezvoltarea cancerului mamar, asigură o legătură afectivă deosebită cu sugarul în perioada alăptării.

Inelul vaginal

Este un dispozitiv medical sub forma unui inel flexibil, ce eliberează continuu 2 hormoni (un estrogen și un progestativ). Hormonii sunt absorbiți direct prin peretele vaginal și ajung în circulația sanguină.
Acționează prin blocarea ovulației.
Eficiența depinde de utilizator. La o utilizare obișnuită aproximativ 7 sarcini la 100 de femei, în timpul primului an. Dacă nu se face nicio greșeală cu utilizarea inelului vaginal combinat, mai puțin de 1 sarcină la 100 de femei, în cursul primului an (3 sarcini la 1000 de femei).
Se aplică în vagin în prima zi de menstruație și se extrage după 3 săptămâni. Urmează o săptămână de pauză, apoi se aplică un nou inel. În săptămâna de pauză apare sângerarea de privare.

Avantaje, dezavantaje

Avantaje: metoda are o eficiență ridicată, eliberează o cantitate mică de estrogen și este evitat pasajul hepatic în procesul de metabolizare al celor doi hormoni.
Dezavantaje: produce modificări ale sângerării de privare (sângerări neregulate, mai rare, lipsa sângerării), are un cost ridicat, poate produce iritații locale.

Metode naturale și chirurgicale

La adolescente metodele naturale de contracepție nu sunt recomandate deoarece rata fertilității la această vârstă este foarte mare Eficiența acestor metode este mică. Prin urmare nu se va folosi metoda calendarului, metoda simpo-termală, coitus interuptus.
Metodele chirurgicale de contracepție (vasectomia, ligatura tubară) nu sunt recomandate nerecomandate la adolescenți.

Contracepția în situații speciale

- Contracepția de urgență (CU)

Contracepția de urgență (CU) este o metodă contraceptivă pe care adolescenta o poate utiliza pentru a preveni sarcina după un contact sexual neprotejat sau inadecvat protejat.
Acționează, în principal, prin prevenirea sau întârzierea eliberării ovulelor din ovare (ovulației). Ele nu acționează dacă femeia este deja însărcinată. Contracepția de urgență funcționează doar înainte de ovulație.

Contracepția de urgență se poate realiza prin următoarele metode:
- Montarea unui dispozitiv intrauterin din cupru (DIU-Cu)
- Pastile cu ulipristal acetat (UPA) 30 mg
- Pastile cu levonorgestrel (LNG) 1,5 mg

Conform criteriilor medicale de eligibilitate toate femeile și implicit toate adolescentele pot utiliza în

siguranță CU, cu condiția ca femeia / adolescentă să nu fie însărcinată.
Eficiența în funcție de metodă este: pastile cu ulipristat acetat mai puțin de o sarcină la 100 de femei care au contact sexual neprotejat în timpul săptămânii a doua sau a treia a ciclului menstrual. Pastile cu levonorgestrel 1 sarcină la 100 de femei care au contact sexual neprotejat în timpul săptămânii a doua sau a treia a ciclului menstrual.

CU ajută la prevenirea sarcinii dacă este folosită în primele 5 zile după contactul sexual neprotejat.

- Folosirea CU cât mai repede după contactul sexual neprotejat, îi va crește eficiența.
- Nu protejează împotriva infecțiilor cu transmitere sexuală (ITS)

Cine poate folosi contracepția de urgență?

Sigure și potrivite pentru toate femeile.
Pentru a utiliza CU nu sunt necesare teste și examinări.

Orice adolescentă poate avea nevoie de contracepție de urgență pentru a evita o sarcină nedorită. Nu există contraindicații medicale absolute pentru utilizarea contracepției de urgență. Nu există limite de vârstă pentru utilizarea contracepției de urgență.

Când se utilizează?

- Cât mai repede posibil după contactul sexual neprotejat
- În cazul unui viol
- Eșuarea unei metode contraceptive sau îngrijorare cu privire la un posibil eșec contraceptiv, cum ar fi:
    - Ruperea, alunecarea sau utilizarea incorectă a prezervativului;
    - 3 sau mai multe pilule contraceptive orale combinate uitate consecutiv sau începerea cu o întârziere de 3 zile a unei noi folii în prima săptămână;
    - Cu mai mult de 3 ore de întârziere de la ora obișnuită de administrare a pilulei numai cu progestativ (minipilula) sau la mai mult de 27 de ore după pilula anterioară;
    - Cu mai mult de 12 ore de întârziere de la ora obișnuită de administrare a pilulei care conține desogestrel (0,75 mg) sau mai mult de 36 de ore după pilula anterioară;
    - Retragere eșuată (de exemplu, ejaculare în vagin sau pe organele genitale externe);

Efectele secundare sunt similare cu cele ale pilulelor contraceptive orale, cum ar fi:

- Sângerări ușoare la câteva zile după luarea pilulelor
- Menstruația următoare poate apărea mai repede sau mai târziu față de data așteptată
- Grețuri, cefalee, amețeli.

Efectele secundare nu sunt frecvente, sunt ușoare, în mod normal, se vor rezolva fără alte medicamente. Medicamentele utilizate pentru contracepția de urgență nu dăunează fertilității viitoare.

Mod de administrare

Contracepția de urgență se folosește în situația unui singur episod de contact sexual neprotejat după cum urmează:

- În urmă cu mai puțin de 72 de ore, opțiunile sunt: UPA, LNG
- Între 72 de ore și 120 de ore, opțiunile sunt: DIU, UPA

Dacă se folosește DIU, acesta poate fi inserat în maxim 5 zile de la contactul sexual și va putea rămâne ca și contracepție ulterioară.

Utilizarea frecventă și repetată a CU hormonale, poate fi dăunătoare pentru femeile cu afecțiuni clasificate ca criterii medicale de eligibilitate (MEC) categoria 3 sau 4.

Contracepția post avort

Contracepția post avort reprezintă inițierea unei metode de contracepție imediat după avort (în primele 48 de ore sau în următoarele 14 zile, înainte de revenirea fertilității), pentru evitarea unei noi sarcini nedorite.

Conform criteriilor medicale de eligibilitate OMS, post avort pot fi utilizate următoarele metode contraceptive, vezi tabel.

STAREA	COCC	PNP	DMPA	IMPLANT	DIU-Cu	DIU-LNG
a) Primul trimestru de sarcină	1	1	1	1	1	1
b) Al doilea trimestru de sarcină	1	1	1	1	2	2
c) Imediat după avort septic	1	1	1	1	4	4

1. O stare pentru care nu există nici o restricție pentru utilizarea metodei
2. O stare în care avantajele utilizării metodei depășesc în general riscurile teoretice sau dovedite.
3. O stare în care riscurile teoretice sau dovedite depășesc de obicei avantajele utilizării metodei.
4. O stare care reprezintă un risc inacceptabil pentru sănătate în cazul utilizării metodei contraceptive

ANEXA 2.

Nr. crt.	SUMAR AL RECOMANDĂRILOR
1	Vârsta în sine și doar aceasta nu constituie un motiv medical pentru a refuza orice metodă de contracepție[16]
2	Alegerea contraceptivelor să se facă în funcție de criteriile medicale de eligibilitate care iau în calcul starea / condițiile femeii și siguranța contraceptivelor față de potențiale efecte adverse în condițiile date[21]
3	Stabilirea eligibilității pentru utilizarea metodelor contraceptive să fie realizată pe baza datelor anamnestice și a examenului clinic pe aparate și sisteme[17]
4	Inițierea și continuarea metodelor de contracepție să fie însoțită de practici medicale (examinări și testări) pentru utilizarea adecvată a metodei[17]
5	Utilizarea contraceptivelor de toți adolescenții activi sexual care se încadrează în clasa 1 și 2 OMS de eligibilitate, conform CME[4]
6	Indiferent de metoda contraceptivă aleasă adolescenții au nevoie de intimitate, confidențialitate, atitudine respectuoasă și să nu se simtă judecați CME 2016[4]
7	Prezervativul se recomandă ca și protecție duală (ITS și sarcină)[12]
8	Conform criteriilor medicale de eligibilitate toate femeile și implicit toate adolescentele pot utiliza în siguranță CU, cu condiția ca femeia / adolescenta să nu fie însărcinată[21]
9	Începerea COC nu necesită examen ginecologic, teste de laborator, screening pentru cancerul de col uterin[12].
10	La adolescente metodele naturale de contracepție nu sunt recomandate deoarece rata fertilității la această vârstă este foarte mare[12]

ANEXA 3.
PAȘII UTILIZĂRII PREZERVATIVULUI.

1. Deschideți pachetul
2. Scoateți cu grijă prezervativul
3. Țineți prezervativul cu partea rulată în sus
4. Eliminați aerul din vârful prezervativului
5. Trageți înapoi prepuțiul
6. Puneți prezervativul nerulat pe vârful penisului în erecție
7. Derulați complet prezervativul până la baza penisului
8. Urmează actul sexual
9. Bărbatul ejaculează
10. După ejaculare prezervativul este ținut strâns la baza penisului ca să nu alunece
11. Retrageți penisul înainte ca acesta să iasă complet din starea de erecție
12. Aplecați penisul și scoateți cu grijă prezervativul
13. Faceți nod la prezervativ
14. Aruncați prezervativul la gunoi

ANEXA 4.
MITURI CONTRACEPȚIE

Contraceptiv oral combinat (COC)

- COC poate provoca creșterea în greutate.
- Răspuns: studiile arată că, în mod obișnuit, COC nu modifică greutatea. Mâncarea este cea care îngrașă.
- Înaintea inițierii metodei este nevoie de un examen ginecologic.
- Răspuns: conform CME nu este nevoie de examen ginecologic pentru a utiliza în siguranță metoda.
- Este nevoie de o pauză la pilule o dată pe an.
- Răspuns: nu există dovezi despre utilitatea „pauzei”. De fapt, o pauză poate să ducă la apariția unei sarcini (după oprirea COC studiile arată o creștere a ratei apariției sarcinii).
- COC afectează fertilitatea viitoare.
- Răspuns: studiile arată că fertilitatea nu este afectată. Datorită mecanismului de acțiune COC nu afectează fertilitatea. Este o metodă rapid reversibilă.
- COC provoacă ITS, cancer.
- Răspuns: ITS sunt produse de chlamydia, gono- COC. Nu de COC. COC nu produce cancer, dimpotrivă fac protecție față de cancerul de endometru și ovarian, după cum arată studiile.

Dispozitiv intrauterine (DIU)

- Poate fi utilizat numai de femeile care au născut.
- Răspuns: conform CME și femeile care nu au născut pot utiliza DIU în siguranță (nu au ITS, contraindicații).
- Produce cancer
- Răspuns: studiile nu au demonstrat acest lucru.
- Cauzează boli inflamatorii pelvine
- Răspuns: anumiți germeni cauzează boli inflamatorii (clamydia, gonococ), nu steriletul în sine.
- DIU poate migra în organismul femeii.
- Răspuns: inserat corect nu „pleacă în inimă, ficat…, chiar dacă este expulzat el ajunge în vagin.

Injecții cu hormoni (DMPA)

- Pot provoca infertilitate.
- Răspuns: studiile nu arată acest lucru. Datorită mecanismului de acțiune DMPA nu poate să inducă infertilitate (este adevărat că fertilitatea se restabilește numai după câteva luni de la oprirea metodei, asta nu înseamnă infertilitate)
- DMPA produce menținerea menstruației și intoxicarea sângelui.
- Răspuns: DMPA produce o hipoplazie de endometru, urmarea este o sângerare mai redusă sau amenoree. Mecanismul de acțiune al metodei explică acest lucru.

Prezervativ

- Poate fi folosit cu orice lubrifiant, inclusiv vaselină.
- Răspuns: nu se folosește decât lubrifiant pe bază de apă, celelalte substanțe compromit latexul.
- Alunecă în timpul actului sexual și se pierde în organismul femeii.
- Răspuns: folosit corect nu se produce acest lucru. Respectați pașii utilizării corecte.

Inel vaginal

- Trebuie inserat de medic în fiecare lună.
- Răspuns: nu medicul inseră inelul ci femeia este învățată să folosească corect metoda.
- Afectează fertilitatea viitoare.
- Răspuns: nu afectează fertilitatea conform studiilor. Mecanismul de acțiune al metodei nu arată acest lucru.

ANEXA 5.

Tabel nr. 1. Semne și simptome ale afecțiunilor medicale grave în contracepție

Afecțiune	Descriere afecțiune	Semne și simptome
Tromboză venoasă profundă (TVP)	Un cheag de sânge care se formează în venele profunde ale corpului, de obicei în membrele inferioare	Durere persistentă, severă într-un membru inferior, uneori cu tumefacție sau roșeața pielii.
Sarcină ectopică	Sarcină în care ovulul fertilizat se implantează în țesutul din afara uterului, cel mai frecvent într-o trompă uterină, dar uneori în colul uterin sau cavitatea abdominală	În stadiile incipiente ale sarcinii ectopice, simptomele pot lipsi sau sunt ușoare, dar în cele din urmă devin severe. Combinația acestor semne și simptome ar trebui să ridice suspiciunea de sarcină ectopică: - Durere sau sensibilitate neobișnuită la nivelul abdomenului - Sângerare vaginală anormală sau lipsa menstruației - în special dacă este o schimbare a tiparului obișnuit al sângerării - Confuzie sau amețeală -Leșin
Infarct miocardic	Apare când aportul de sânge spre inimă este blocat, de obicei datorită depunerii de colesterol și alte substanțe în arterele coronare.	Disconfort la nivelul toracelui sau presiune supărătoare; senzația de plenitudine; strângere sau durere în centrul toracelui, care durează mai mult de câteva minute sau care apare și dispare; durere sau amorțeală care iradiază într-unul sau ambele brațe, în spate, mandibulă sau abdomen; scurtarea respirației; transpirații reci; greață
Afecțiuni hepatice	Infecția hepatitică produce inflamația ficatului; ciroza fibrozează țesutul, ceea ce blochează fluxul sanguin în ficat	Ochi sau piele de culoare galbenă (icter) și umflarea abdomenului, sensibilitate sau durere abdominală, în special în abdomenul superior.
Boală inflamatorie pelvină (BIP)	O infecție a tractului genital superior, cauzată de diferite tipuri de bacterii	Durere în abdomenul inferior; durere la contactul sexual, examenul pelvin sau urinare; sângerare anormală sau scurgere vaginală; febră; colul uterin sângerează la atingere. La examinarea pelvină, semnele BIP includ sensibilitatea ovarelor sau trompelor uterine, scurgere gălbuie la nivelul colului uterin care conține mucus și puroi, colul uterin sângerează cu ușurință la atingere cu un tampon sau testul pozitiv la tampon, și sensibilitate sau durere la mobilizarea colului și corpului uterin în timpul examinării pelvine

Adaptat după Planificare familială: Ghid practic pentru furnizori 2018

CAPITOLUL 5.
PREVENIREA INFECȚIEI HIV / SIDA ÎN RÂNDUL ADOLESCENȚILOR

CUPRINS

Date generale despre infecția HIV / SIDA
Definiție
Epidemiologia HIV / SIDA UE / SEE
Situația infecției HIV / SIDA în România
Semne și simptome
Transmitere
Modul de transmitere a HIV în țările UE / SEE
Grupuri prioritare de risc
Efectele sociale ale infecției HIV
Stigma și discriminarea persoanelor care trăiesc cu HIV
Consecințe ale stigmei și discriminării
Diagnostic
HIV
Tratament
Prevenirea infecției HIV
Rolul personalului medical din asistența primară și comunitară în prevenirea infecției HIV
Recomandări pentru personalul din asistența medicală primară și comunitară în prevenirea bolilor cu transmitere sexuală și infecția HIV

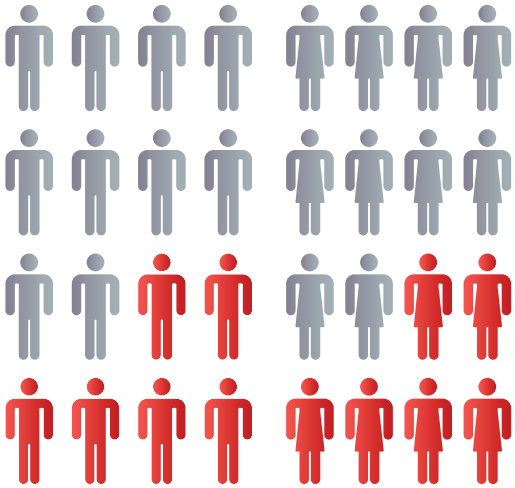
DATE GENERALE DESPRE INFECȚIA HIV / SIDA

Definiție

Infecția cu HIV - este produsă de virusul HIV (Human Immunodeficiency Virus), și este caracterizată printr-o evoluție de lungă durată în care se produce degradarea progresivă a imunității, în special celulare.
Virusul HIV vizează sistemul imunitar și slăbește apărarea organismului împotriva multor infecții și a unor tipuri de cancer pe care persoanele cu sistem imunitar sănătos le pot combate.
Pe măsură ce virusul distruge și afectează funcția celulelor imune, persoanele infectate devin treptat imunodeficiente.
Funcția imună este de obicei măsurată prin numărul de celule CD4. (1)
Sindromul de imunodeficiență dobândită (SIDA - syndrome de l'immunodeficience aquise AIDS - aquired immune deficiency syndrome) este etapa finală a infecției, caracterizată prin imunodepresie severă (numărul limfocitelor CD4 fiind sub 200 / mm3) și creșterea masivă a viremiei plasmatice, secundară imposibilității controlării replicării HIV și a sechestrării acestuia, în urma dezorganizării structurii țesuturilor limfoide. În această etapă apar, în special, infecțiile oportuniste și maladiile oncologice, care determină în final decesul bolnavului. (1)

Epidemiologia HIV / SIDA UE / SEE (2)

În anul 2019, în cele 30 de țări din UE / SEE au fost diagnosticate cu HIV 24801 de persoane, cu o rată de 5,4 la 100 000 de persoane.
Țările cu cele mai mari rate au fost Malta (16,2; 80 de cazuri), Letonia (15,4; 295) și Estonia (13,4; 178), iar cele mai mici rate au fost raportate de Slovacia (1,9; 101 cazuri) și Slovenia (1,6; 34)
La fel ca în alți ani, în 2019, au fost diagnosticați cu HIV mai mulți bărbați decât femei 3,1:1.
Ratele specifice vârstei au fost cele mai mici la persoanele cu vârsta sub 15 ani (0,2 la 100000) atât pentru bărbați, cât și pentru femei.
Cea mai ridicată rată generală de vârstă specifică diagnosticelor de HIV a fost observată la tinerii între 25 și 29 de ani (12,0 la 100000),



Tabel nr. 1. Situația infecției HIV / SIDA în România (3) în 2021

Total HIV / SIDA (cumulativ 1985-2021) din care:	**25. 767**
Total SIDA (cumulativ 1985-2021)	**17. 204**
Total HIV (cumulativ 1992-2021)	**8563**
Pierduți din evidența HIV / SIDA copii + adulţi	**808**
Total decese SIDA (1985-2021)	**7947**
Număr pacienţi HIV / SIDA în viaţă din care:	**17. 012**
0-14 ani	**175**
15-19 ani	**138**
≥ 20 ani	**16. 699**
Cazuri noi HIV / SIDA, depistate în perioada 01.01 - 30.06.2021	**213**
Cazuri noi HIV notificate	**134**
Cazuri noi SIDA notificate	**79**
Decese înregistrate în perioada 01. 01 30. - 06. 2021 prin fișele de confirmare a cazului HIV / SIDA	**33**

Semne și simptome (1)

Simptomele infecției HIV variază în funcție de stadiu. Deși persoanele care trăiesc cu HIV tind să fie foarte infecțioase în primele câteva luni după infectare, mulți nu știu despre starea lor până în etapele tardive.
În primele câteva săptămâni după infecția inițială, oamenii pot să nu prezinte simptome sau prezintă o boală asemănătoare gripei, inclusiv febră, cefalee, erupții cutanate sau durere în gât. Pe măsură ce infecția slăbește sistemul imunitar, bolnavii pot prezenta alte semne și simptome, cum ar fi inflamație a ganglionilor limfatici, pierdere în greutate, febră, diaree și tuse. Fără tratament, aceștia ar putea evolua spre boli grave, cum sunt tuberculoza (TB), meningita streptococică, infecții bacteriene severe și cancere (limfoame și sarcom Kaposi).

Transmitere (1)

HIV poate fi transmis prin schimbul de fluide corporale de la persoane infectate: sânge, lapte matern, spermă și secreții vaginale. HIV poate fi transmis și de la mamă la copil în timpul sarcinii și al naașterii.
Infecția nu se produce prin contactul obișnuit de zi cu zi, cum ar fi sărutul, îmbrățișarea, strângerea mâinii sau utilizarea în comun a obiectelor personale, a mâncării sau a apei.
Este important de reținut că persoanele cu HIV care urmează terapie antiretrovirală (ART) și sunt suprimate viral nu transmit HIV partenerilor lor sexuali.
Modul de transmitere a HIV în țările UE / SEE în 2019, a fost (2):

- Sexul între bărbați - cel mai comun mod de transmitere a HIV raportat în UE / SEE, reprezentând 38,7% (din toate cazurile noi de HIV în 2019).
- Sexul între bărbați și femei este al doilea mod de transmitere cel mai frecvent raportat în UE / SEE, reprezentând 33%.
- Transmiterea heterosexuală a fost cel mai frecvent mod de transmitere și în România.
- Prin consumul de droguri injectabile, 4% (955 cazuri) din toate cazurile noi de HIV și 5% dintre cele cu cale cunoscută de transmitere a HIV.
- Transmiterea verticală în timpul sarcinii, naașterii sau alăptării, mai puțin de 1%
- Cazuri nosocomiale și legate de transfuzii (provin din afara țării în care a fost raportat cazul).

Majoritatea persoanelor se contaminează cu HIV în timpul contactului sexual neprotejat cu o persoană deja infectată. Infecția se transmite în timpul relațiilor homosexuale, heterosexuale și bisexuale, indiferent de forma raportului sexual: anal, vaginal sau oral, când sperma sau secrețiile vaginale de la o persoană infectată cu HIV nimeresc pe mucoasa vaginului, penisului sau rectului și virusul pătrunde în sângele altei persoane. Infectarea este favorizată de preexistența leziunilor la nivelul mucoaselor (infecții cu transmitere sexuală preexistente, gingivoragii, prezența de sânge menstrual, leziuni herpetice).
Riscul infectării crește în condițiile relațiilor sexuale cu parteneri multipli și alte comportamente la risc (alcool, droguri).

GRUPURI PRIORITARE DE RISC

În România grupurile risc prioritare sunt (4):

- Bărbații care fac sex cu alți bărbați (BSB)- prevalență HIV / SIDA estimată 18% (2014)[1]
- (Studiul European SIALON II, realizat pe un eșantion de 181 MSM din București);
- Consumatorii de droguri injectabile(CDI), copii și adulți - prevalență estimată HIV / SIDA 11,2% (2015) în rândul CDI care accesau programele de schimb de seringi și de 28,9% (2015) în rândul CDI care nu accesează aceste servicii
- Persoanele care practică sexul comercial (PPSC) - prevalență HIV / SIDA estimată de 1% (2009). Conform aceleiași surse, 33% dintre PPSC erau și consumatoare de droguri injectabile, deci este de așteptat ca explozia infecției cu HIV ce a afectat CDI după 2009 să fi afectat și această categorie de PPSC.
- Persoanele private de libertate (PPL) - prevalență HIV / SIDA estimată 0,2% (2010), număr de noi cazuri raportate în 2016 în cadrul PPL - 36 cazuri.

Vulnerabilitatea unei persoane în fața infecției HIV poate fi potențată și de alți factori:

- Probleme legale (lipsa documentelor sau a asigurărilor de sănătate);
- Probleme financiare (lipsa unui nivel suficient și constant al veniturilor care să poată asigura o nutriție și igienă adecvate);
- Stigma și discriminarea care devin bariere în accesul la servicii de sănătate.

Adolescenții trebuie considerați a fi un grup cu risc ridicat de infectare cu HIV datorită intervenției unor factori biopsihosociali și anume(4):

- Schimbări majore în relațiile și în interacțiunile sociale, nivel scăzut de autonomie în luarea deciziilor; acces al persoanelor sub 18 ani la anumite servicii de sănătate condiționat de consimțământul părinților / tutorilor (servicii de testare a HIV, programele de reducere a riscurilor pentru utilizatorii de droguri etc.).
- Expunerea crescută la discriminare, stigma și violența. Teama determinată de acestea și de posibilele consecințe legale ale comportamentelor cu risc face ca accesul acestora la servicii de diagnostic și tratament să fie îngreunat.
- Utilizarea scăzută a măsurilor de contracepție și, prin urmare, cea mai des întâlnită cale de transmitere HIV și ITS în rândul acestora este sexul neprotejat. Astfel, intervențiile de prevenire incluse în cadrul prezentului PNS trebuie să asigure și accesul tinerilor (cu vârste între 15-24 ani) la servicii de prevenire, diagnostic și tratament HIV / SIDA prin concentrarea pe cunoașterea nevoilor specifice ale acestora și furnizarea de servicii adaptate.

EFECTELE SOCIALE ALE INFECȚIEI HIV

Stigma și discriminarea persoanelor care trăiesc cu HIV

Una dintre cele mai mari probleme pe care le întâmpină persoanele HIV-pozitive este stigma și discriminarea. (6)

Stigma este o etichetă socială, de obicei cu semnificație negativă, care modifică atitudinea și comportamentul persoanelor din jur față de persoana stigmatizată. Aceste atitudini sunt percepute de persoanele seropozitive și rudele acestora în diverse situații: la serviciu, atunci când accesează serviciile medicale și sociale, în instituțiile de învățământ, în relațiile cu rudele, cu vecinii etc.

Frica și percepțiile negative despre persoanele HIV pozitive duc la faptul că HIV și SIDA sunt tot timpul alături de stigmă și discriminare.

Cele mai frecvente stigmate care au fost atribuite la HIV / SIDA sunt:

- HIV / SIDA văzută ca și pedeapsă (de exemplu: pentru comportamentul amoral);
- HIV / SIDA văzută ca și crimă (de exemplu: în relație cu victime inocente și culpabile);
- HIV / SIDA văzută ca ceva îngrozitor (de exemplu: persoanele infectate sunt demonizate, percepute ca fiind periculoase pentru societate);
- HIV / SIDA văzută ca aparținând altora („aparține unui grup specific de oameni, dar nu mie sau apropiaților mei”).

Discriminarea - este stigmatizarea, care a ajuns la realizarea practică, devenind o acțiune negativă reală. Aceasta are loc când persoanele sunt tratate neobiectiv, din cauza că, aparțin unui grup anumit sau au câteva caracteristici particulare și se produce atunci, când o persoană suferă din cauza regulilor, legilor sau atitudinii prejudicioase, deoarece este seropozitivă sau bolnavă de SIDA. Prin aceas-

ta, persoana discriminată pierde pe nedrept statutul de membru deplin al societății.

Deosebim câteva forme de discriminare:

- Discriminarea directă - implică tratarea nefavorabilă a cuiva din cauza apartenenței unui atribut „anormal" (ex.: orientare sexuală, dizabilitate etc.). Un exemplu poate fi refuzul pentru angajare la serviciu a unei persoane HIV-pozitive.
- Discriminarea indirectă - implică stabilirea unei condiții sau cerințe, în așa fel ca o proporție mai mică dintre persoanele cu atribute interzise să poată să le îndeplinească, comparativ cu persoanele ce nu au aceste atribute. Un exemplu ar fi introducerea cerinței pentru persoanele HIV- pozitive, ce doresc să primească tratamentul ARV, să fie independenți de droguri (adică, utilizatorii activi de droguri sunt refuzați de a urma tratament ARV).

Faptul că discriminarea și stigmatizarea se manifestă destul de puternic în cazul problemei HIV / SIDA, este datorat următoarelor condiții și factori:

- HIV / SIDA provoacă probleme de sănătate, care afectează viața omului, de aceea, persoanele reacționează destul de dur, în cazul când se ciocnesc cu aceste probleme.
- Infecția cu HIV este asociată cu astfel de comportamente, care sunt deja stigmatizate în multe societăți (orientarea sexuală, consumul și dependența de droguri, sexul comercial).
- Persoanele se infectează pe cale sexuală, fapt care implică deseori și o nuanță a moralității.
- Sunt informații eronate despre căile de transmitere a HIV, frica de infectare determinând comportamente iraționale și percepții greșite.
- Se consideră că răspândirea HIV este determinată de iresponsabilitatea persoanei.
- Convingerile religioase și morale fac ca unii oameni să creadă că a fi HIV pozitiv este rezultatul unei decăderi morale (cum ar fi sexul comercial) care trebuie să fie pedepsită.

Consecințe ale stigmei și discriminării sunt (6):

- Izolarea și excluderea socială, întâlnită foarte frecvent la nivel de domiciliu, locuri de cult, locuri de muncă, școli și spitale.
- Eșec în prevenirea răspândirii HIV. Frica de a dezvălui statutul real HIV pozitiv are un impact profund asupra eficienței măsurilor de prevenire, tratament și îngrijire a persoanelor seropozitive.
- Evitarea testării HIV, deoarece acestea se tem de un rezultat pozitiv, care este perceput în legătură directă cu stigmatizarea și repercusiunea socială, fapt ce îi descurajează să afle adevărul.
- Încălcarea Drepturilor Omului. Dreptul de a nu fi discriminat este un drept uman fundamental, care se bazează pe principiile eterne și universale ale dreptului natural.

DIAGNOSTIC

Infecția HIV poate fi evidențiată prin teste rapide de screening, uneori și prin folosirea autotestării care oferă rezultate în aceeași zi. Acest lucru facilitează foarte mult diagnosticul precoce și legătura cu tratamentul și îngrijirea. Diagnosticul de certitudine necesită însă efectuarea testelor de confirmare a diagnosticului, efectuate de personal medical calificat și instruit în acest sens
Infecția cu HIV poate fi detectată cu o mare acuratețe folosind teste precalificate OMS în cadrul unei strategii de testare aprobate la nivel național.

Fereastra imunologică și testarea HIV

Perioada de fereastră imunologică pentru un test HIV se referă la timpul dintre expunerea la HIV și momentul în care un test poate detecta HIV în corpul uman. Perioada de fereastră depinde de tipul de test HIV utilizat. (7)
Testele de anticorpi pot detecta de obicei HIV la 23 până la 90 de zile după expunere. Testele rapide și autotestele sunt teste de anticorpi. (7)
Un test rapid de antigen / anticorp efectuat cu sânge prin înțepătură din deget poate detecta de obicei HIV la 18 până la 90 de zile după expunere.
Un test antigen / anticorp de laborator folosind sânge venos poate detecta, HIV de la 18 până la 45 de zile după expunere.
Un test de acid nucleic (NAT) poate detecta HIV de la 10 până la 33 de zile după expunere(7).

În perioada de „fereastră imunologică" chiar dacă rezultatul testului HIV este negativ, persoana infectată este purtătoare de virus și îl poate transmite.

Se recomandă că testul la HIV să fie efectuat la o clinică de specialitate, care oferă testare voluntară HIV și consiliere pre și post test.
La nivel național există o rețea de testare HIV prin intermediul centrelor și laboratoarelor de epidemiologie din cadrul Direcțiilor Județene de Sănătate.

Pentru reducerea riscului de infecție cu HIV se recomandă 4):

- Utilizarea în cazul contactului sexual a prezervativului masculin și feminin;
- Testarea și consilierea pentru testare HIV;
- Circumcizia medicală masculină voluntară
- Utilizarea medicamentelor antiretrovirale (ARV) în caz de expunere pentru prevenire;
- Utilizarea procedurilor de reducere a daunelor pentru persoanele care își injectează și consumă droguri;
- Eliminarea transmiterii HIV de la mamă la copil prin intervenții conform unui protocol specific.

Riscul de infecție cu HIV și alte infecții cu transmitere sexuală poate fi redus semnificativ prin utilizarea corectă și consecventă a prezervativului. Prezervativul reduce și riscul unei sarcini nedorite (protecție duală). Eficacitatea prezervativului depinde de utilizarea corectă a acestuia pentru a evita orice scurgere sau rupturi:

- Să se folosească doar prezervativele aflate în termen de valabilitate;
- Să se aplice prezervativul înaintea penetrării;
- Să se utilizeze de preferință prezervative cu rezervor;
- Pentru prezervativele din latex să se utilizeze lubrifianți pe bază de apă (lubrifianții pe bază de ulei nu trebuie folosiți cu prezervativele din latex pentru că le reduce eficiența, lubrifianții pe bază de apă, aplicați pe prezervativ, reduc riscul ruperii lui);
- Să se scoată imediat după ejaculare;
- Să se folosească un prezervativ nou pentru fiecare contact sexual

TRATAMENT

Infecția cu HIV poate fi gestionată prin regimuri de tratament compuse dintr-o combinație de trei sau mai multe medicamente antiretrovirale (ARV). Terapia antiretrovirală actuală (ART) nu vindecă infecția cu HIV, dar suprimă foarte mult replicarea virală în organism și permite recuperarea sistemului imunitar al persoanei pentru a consolida și recâștiga capacitatea de a combate infecțiile oportuniste și unele tipuri de cancer.

Din anul 2016, OMS recomandă ca tuturor persoanelor care trăiesc cu HIV să li se ofere ART pe tot parcursul vieții, inclusiv copii, adolescenți, adulți și femei însărcinate și care alăptează, indiferent de starea clinică sau de numărul de celule CD4.

PREVENIREA INFECȚIEI HIV

România este semnatară a unor tratate și convenții internaționale (5) care prevăd reducerea sau eradicarea epidemiei HIV / SIDA (Anexa)
Obiectivul de sănătate prioritar pentru România cu privire la HIV / SIDA este menținerea profilului de țară cu incidență redusă a HIV și prevede o serie de direcții strategice dintre care amintim ca fiind esențială pentru adolescent și tineri (4):

Se recomandă întărirea prevenirii primare a HIV și ITS prin țintirea grupurilor prioritare și la risc cu intervenții adecvate nevoilor acestora. Se cunoaște faptul că grupurile cu comportament la risc sunt cele mai vulnerabile de a contracta infecția HIV; persoanele care se încadrează în mai multe categorii de risc sunt și mai vulnerabile, mai ales când se confruntă cu bariere legale sau sociale care împiedică accesul la servicii de prevenire, tratament și îngrijiri HIV.
Strategia prevenirii infecției cu HIV la nivel individual implică următoarele componente:

- A fi informat privind pericolul și momentele care prezintă risc de infectare cu HIV;
- A conștientiza importanța evitării sau minimizării riscului;
- A fi responsabil pentru propria sănătate având un comportament fără risc.

Se recomandă conjugarea eforturilor tuturor „actorilor” din toate structurile societății: familie, comunitate, instituțiile de învățământ, instituțiile medicale, confesiunile religioase, mass-media, ONG, etc în activitățile de educație și prevenire a infecției cu HIV

RECOMANDĂRI DE INTERVENȚII ÎN ASISTENȚA MEDICALĂ PRIMARĂ ȘI COMUNITARĂ (6)

Un rol important în realizarea prevenirii primare a infecțiilor cu transmitere sexuală cu HIV îi revine asistentei primare și asistentei medicale comunitare, medicului de familie și asistenta medicală comunitară, fiind mai accesibile în comunitate și având atribuții de identificarea persoanelor vulnerabile și cu risc epidemiologic, de a oferi informații și sfaturi privind protecția sănătății persoanelor din comunitatea, sectorul în care acordă asistența medicală, orientarea persoanelor cu risc crescut de infectare HIV spre servicii de specialitate pentru diagnostic, educația în comunitate pentru evitarea

discriminării celor afectați (6).

Considerați adolescenții și tinerii drept un grup de risc pentru infecțiile cu transmitere sexuală datorită lipsei de informare și a comportamentelor riscante.

Intervenții informare, educare, comunicare

Identificați tinerii și grupurile de tineri la risc și facilitați accesul la informații corecte privind infecțiile cu transmitere sexuală.

Folosiți orice oportunitate pentru a informa adolescenții și tinerii privind riscul de a contracta o infecție cu transmitere sexuală, consecințele acestei infecții, precum și locul unde pot avea acces la diagnostic și tratament.

Folosiți un limbaj adecvat vârstei, educației și caracteristicilor culturale și creați un mediu de confidențialitate pentru a comunica adolescenților și tinerilor informațiile sensibile referitoare la sexualitate și riscul infecțiilor cu transmitere sexuală.

Informați adolescenții pentru a cunoaște că

- Debutul vieții sexuale precoce prezintă un risc esențial pentru sănătatea sexuală, inclusiv pentru infectarea potențială cu HIV;
- Infecțiile sexuale transmisibile au consecințe negative asupra sănătății, ele pot duce la sterilitate și respectiv lipsa conceperii copiilor.
- Relațiile sexuale timpurii prezintă pentru fete risc suplimentar de graviditate nedorită;
- Relațiile sexuale cu mai mult de un partener sexual, inclusiv sexul în grup, prezintă un risc sporit pentru infectare;
- Riscul infectării cu HIV practic se reduce la zero dacă există un singur partener sexual, care la rândul său nu are relații sexuale cu alți parteneri;
- Folosirea corectă a prezervativului este esențială pentru a reduce riscul contaminării;
- Consumul de droguri implică un risc de infectare prin faptul că predispune la comportamente sexuale neadecvate (prostituție, sex neprotejat) și utilizarea dispozitivelor în comun fără sterilizare.

Îndrumați adolescenții și tinerii care prezintă semne și simptome ale unei posibile infecții cu transmitere sexuală, care au avut sex neprotejat sau au fost victimele unei agresiuni sexuale să se testeze și să urmeze tratamentul adecvat.

Stabiliți legături funcționale eficiente cu unitățile medicale ce pot oferi servicii de calitate și prietenoase pentru tineri de diagnostic și tratament pentru infecțiile cu transmitere sexuală

- Informați și încurajați adolescenții și tinerii activi sexual și care prezintă semnele unei posibilei infecții transmise sexual să se prezinte la doctor pentru diagnostic și tratament și monitorizați complianța la tratament.

Informați adolescenții și tinerii despre riscul infecției HIV și despre posibilele complicații și consecințe ale infecțiilor cu transmitere sexuală, inclusiv infertilitate și sterilitate.

Informați adolescenții și tinerii privind modalitățile de a evita o infecție cu transmitere sexuală prin (6):

- Abstinența sau reducerea numărului de parteneri sexuali;
- Folosirea prezervativului ca metodă de protective;
- Evitarea comportamentelor riscante, inclusiv abuzul de alcool și droguri;
- Comunicare deschisă și sinceră cu partenerul despre prevenirea infecțiilor cu transmitere sexuală. Dacă partenerul se confruntă cu simptome specifice, se recomandă evitarea contactului sexual și vizita la medic.

Participați și sprijiniți activ acțiunile și programele de depistare și tratament a infecțiilor cu transmitere sexuală și a complicațiilor acestora (6):

Consiliați adolescenții și tinerii să participe la acțiunile de screening pentru infecții cu transmitere sexuală (la controlul periodic în timpul sarcinii)

Încurajați adolescentele și tinerele active sexual să se prezinte la control ginecologic periodic și să trateze posibilele leziuni pre-canceroase

Consiliați și încurajați vaccinarea anti HPV, pentru a preveni dezvoltarea cancerului de col uterin

Sprijiniți și îndrumați victimele violenței sexuale să aibă acces la suport psihologic și servicii medicale, inclusiv pentru prevenirea unei posibile infecții cu transmitere sexuală.

Consiliați gravidele să se prezinte pentru urmărire prenatală, pentru a depista o posibi-

lă infecție cu transmitere sexuală, inclusiv HIV / SIDA.

Informați și educați adolescenții și tinerii și familiile acestora privind reguli simple de igienă ce pot preveni anumite infecții cu transmitere sexuală:

- Folosirea corectă a prezervativului la orice contact sexual, mai ales cu un nou parter (oferă protecție dublă, atât pentru sarcina nedorită, cât și pentru a preveni infecțiile cu transmitere sexuală)
- Urinarea imediat după producerea actului sexual;
- Spălarea corpului și a zonei intime după producerea actului sexual.

Sprijiniți integrarea persoanelor care trăiesc cu HIV în viața socială. (6)

Izolarea, îndepărtarea, diminuarea rolurilor și responsabilităților în familie și în comunitate au un impact semnificativ asupra stării spirituale a persoanelor HIV pozitive și implicit și a adolescenților, invocând, în multe cazuri, depresii, dezaprecieri de sine și disperare.

Interveniți pentru integrare socială:

- Includerea persoanelor seropozitive și a adolescenților cu HIV în activități sociale, care îi va face să se simtă utili și importanți pentru comunitate, poate fi o măsură-cheie pentru a le întoarce dorința de a trăi și de a se lupta cu infecția. Prin implicarea nemijlocită a acestor persoane în măsurile de prevenire putem contribui esențial la reducerea stigmei și discriminării.
- Sfătuiți personale HIV să vorbească despre situația, sentimentele și nevoile lor, permițându-le să depășească stigmatul interior. Aceste persoane vor fi ajutate să capete cunoștințe și deprinderi, pentru a-și expune punctele sale de vedere și a realiza acțiuni, în caz de discriminare, pentru a-și apăra drepturile, participând nemijlocit la luarea deciziilor, care se referă la situația și sănătatea lor, și reprezentându-și interesele în diverse structuri ale societății civile și ale statului.

Cunoscând pe propria experiență efectul stigmatizării, persoanele seropozitive posedă cunoștințele necesare pentru a elabora și implementa activități adecvate pentru a reduce stigmatizarea. În special, aceste persoane pot ajuta la combaterea fricii față de transmiterea HIV, contra convingerii că HIV înseamnă invaliditate și deces imediat, și a sentimentului că persoanele care trăiesc cu HIV sunt cumva diferite de oricine altcineva din societate. Totodată, este incorectă și atitudinea exagerată de grijă față de persoanele HIV pozitive, precum că ele trebuie ajutate și sprijinite în totul ce intenționează a face. Această abordare îi poate arăta ca fiind dependenți, incapabili de a lua decizii sau a face ceva de sine stătător, ceea ce îi poate subaprecia și umili.

Promovați o atitudine tolerantă, față de persoanele infectate cu HIV și bolnave de SIDA, și dezavuați stigma și discriminarea prin: (6)

- Empatie și compasiune, fapt ce va contribui la depășirea temerilor despre infectare și la practicarea toleranței față de persoanele seropozitive și susținerea lor.
- Înțelegerea situației altor persoane și simpatizarea cu aceștia este o parte a ceea ce înseamnă a fi tolerant. Fiind compasionali cu cei care trăiesc cu HIV nu doar reducem stigmatizarea, dar micșorăm de asemenea și impactul HIV și SIDA prin îmbunătățirea oportunităților pentru prevenire și îngrijire.

Singurul mod de a face progrese în stoparea epidemiei este de a înlocui rușinea cu solidaritatea, frica cu speranța.

Intervenții de prevenire pot fi realizate prin:

- Discuții cu clienții în cadrul vizitelor la medic,
- Convorbiri și întruniri tematice cu tinerii în instituții de învățământ și alte întâlniri de grup,
- Organizarea unor întruniri cu liderii comunității
- Elaborarea unor materiale: broșuri, afișe, participarea la emisiuni televizate și radiofonice, participarea la desfășurarea unor campanii, zilelor mondiale, etc.

Bibliografie

1. WHO, HIV, 27 July, (https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hiv-aids)
2. INSP, CNEPSS, Centrul regional de sănătate publică, Timișoara, decembrie 2021 campania luna națională a informării despre bolile transmisibile: HIV; tuberculoza; hepatita; analiza de situație (https://www.dspsv.ro/uploads/PromovareaSanatatii/Boli%20transmisibile%202021/Analiza%20de%20situatie.pdf)
3. Evoluția infecției HIV / SIDA în România 31 decembrie 2020, Compartimentul pentru Evaluarea și Monitorizarea Infecției

HIV / SIDA în România, coordonator Dr. Mariana Mardarescu (http://cnlas.ro/images/doc/31122020_rom.pdf)
4. Guvernul României, Centrul regional de Sănătate Publică Iași, Institutul Național de Sănătate Publică(INSP), Centrul Național de Evaluare și Promovare a Stării de Sănătate (CNEPSS) Ziua Mondială de luptă împotriva HIV / SIDA, 1 decembrie 2018, (https://www.dspsv.ro/uploads/PromovareaSanatatii/Hiv%202018/2Analiza%20de%20situatie%20hiv%202018.pdf)
5. Planul Național Strategic pentru supravegherea, controlul și prevenirea cazurilor de infecție cu HIV / SIDA în perioada 2018 - 2020 (https://www.raa.ro/wp-content/uploads/2017/11/Plan-National-Strategic-HIV_SIDA_2018_2020.pdf)
6. Ministerul Sănătății al Republicii Moldova, Centrul Național de Sănătate Publică, GHID Prevenirea primară a infecției cu HIV, 2013
7. CDC, 24 / 7, Saving Lives, Protecting Peples What is the HIV window period? (https://www.cdc.gov/hiv/basics/hiv-testing/hiv-window-period.html) Bibliografie
8. Planul Național Strategic pentru supravegherea, controlul și prevenirea cazurilor de infecție cu HIV / SIDA în perioada 2019 - 2021 (https://www.ms.ro/wp-content/uploads/2018/11/Anexa-la-HG-Plan-National-HIV-2019-2021.pdf)

ANEXA 1

Contextul național strategic pentru prevenirea infecției cu HIV / SIDA în România

- România s-a alăturat liderilor celor 193 state membre ale ONU la Summit-ul privind Dezvoltarea din septembrie 2015 adoptând Agenda 2030 pentru dezvoltare durabilă, un program de acțiune globală în domeniul dezvoltării cu caracter universal, care promovează echilibrul între cele trei dimensiuni ale dezvoltării durabile - economică, socială și de mediu. În centrul Agendei 2030 se regăsesc cele 17 Obiective de Dezvoltare Durabilă, denumite și Obiective Globale. Prin intermediul Obiectivelor Globale, se stabilește o agendă ambițioasă de acțiune în vederea eradicării sărăciei extreme, combaterii inegalităților și a injustiției și protejării planetei până în 2030. În cadrul obiectivului nr. 3, este inclusă o țintă dedicată eradicării epidemiilor de HIV, tuberculoză și malaria.
- Planul Național Strategic pentru supravegherea, controlul și prevenirea cazurilor de infecție cu HIV / SIDA în perioada 2019 - 2021 (PNS) derivă din prioritățile exprimate în cadrul Strategiei Naționale de Sănătate Publică (2014-2020) și urmărește respectarea angajamentelor naționale și internaționale asumate de Guvernul României, prin următoarele documente:

La nivel național:

- Constituția României;
- Programul de Guvernare 2017- 2020;
- Planul Național de Reformă 2017;
- Strategia Națională de Sănătate 2014-2020;
- Strategia Națională de Control al Tuberculozei în România 2015-2020;
- Strategia de incluziune a cetățenilor români aparținând minorității rome (2015 - 2020);
- Strategia națională pentru protecția și promovarea drepturilor copilului 2014-2020
- Proiect de plan de acțiune privind incluziunea socială și reducerea sărăciei (2014-2020);

La nivel internațional:

- Agenda 2030 pentru dezvoltare durabilă
- Europa 2020 - O strategie europeană pentru o creștere inteligentă, ecologică și favorabilă incluziunii
- Obiectivele de Dezvoltare ale Mileniului
- WHO's Global health sector strategies for HIV and sexually transmitted infections (STIs) for the period 2016-2021;
- UNAIDS 2016-2021 Strategy: On the Fast-Track to end AIDS;
- Rezoluția Parlamentului European privind răspunsul la HIV / SIDA, tuberculoză și hepatita C - 2017 / 2576 (RSP);
- UNAIDS 90-90-90 Treatment Targets;

CAPITOLUL 6.
INFECȚII CU TRANSMITERE SEXUALĂ (ITS)

CUPRINS

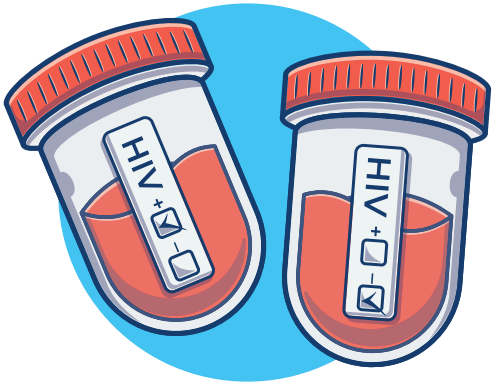
Importanța problemei (epidemiologie)
Aspecte specifice celor mai frecvente infecții cu transmitere
Clamidioza
Gonoreea
Sifilis
Infecția cu virusul papiloma uman
Herpers genital
Hepatita
Prevenirea ITS

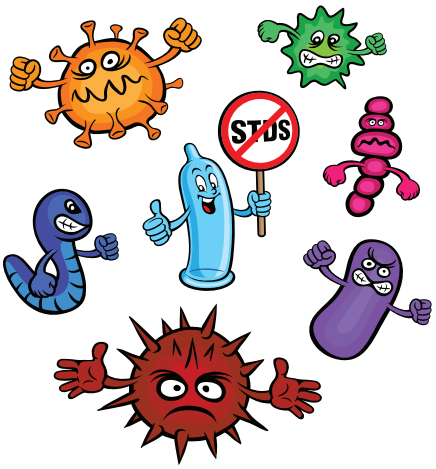
IMPORTANȚA PROBLEMEI (EPIDEMIOLOGIE)

Infecțiile cu transmitere sexuală (ITS), denumite și boli cu transmitere sexuală (BTS) și boli venerice (BV), reprezintă infecții care sunt răspândite prin act sexual. Majoritatea infecțiilor cu transmitere sexuală nu prezintă simptome în starea incipientă ceea ce crește riscul de a transmite boala altor persoane. De obicei acestea sunt transmise prin contact sexual, dar există anumite ITS-uri ce pot fi răspândite prin intermediul sângelui sau al țesuturilor contaminate, prin alăptare sau în timpul nașterii.
Anumite ITS-uri pot conduce la infertilitate și sterilitate, atât în cazul femeilor cât și bărbaților. ITS-urile contractate înainte sau în timpul sarcinii și nașterii pot afecta starea de sănătate a fătului.
Chlamidia, HIV și sifilis pot trece de la mamă la făt în timpul sarcinii sau nașterii și pot produce complicații grave. De aceea se recomandă screeningul gravidelor pentru a depista aceste boli, chiar în cazul în care sunt asimptomatice.
Semnele și simptomele unei infecții cu transmitere sexuală pot apărea la câteva zile după contactul sexual infectant; în unele cazuri infecția este asimptomatică sau pot să treacă mai mulți ani până când simptomele devin manifeste, ceea ce duce la riscul de transmitere către alte persoane.
Peste 30 de tipuri diferite de bacterii, virusuri și paraziți pot cauza ITS-uri. Cele mai frecvente ITS bacteriene includ, printre altele, infecții cu Chlamydia, gonoreea și sifilisul. ITS-urile virale includ, printre altele, herpesul genital, negii genitali și HIV / SIDA. IST-urile parazitice cuprind, printre altele, tricomoniaza.
Alte infecții ce pot fi transmise și pe cale sexuală cât și pe alte căi sunt hepatita A, B și C, infecții cu shigella și giardia.

Infecțiile cu transmitere sexuală afectează oameni de toate vârstele, dar au o incidență mai mare la adolescenți și tineri, mai ales la cei cu debut precoce al vieții sexuale. Jumătate dintre infecțiile noi cu transmitere sexuală apar la tineri între 15 și 24 de ani, datorită lipsei de informații pentru a face alegeri potrivite și a comportamentului riscant. (1) Orice persoană activă sexual poate fi potențial expusa unei infecții cu transmitere sexuală. Riscul este mai mare în caz de:

- Sex neprotejat (fără a folosi prezervativ) cu un partener infectat
- Activitate sexuală cu parteneri multipli (mai ales dacă nu se folosește prezervativ)
- Existența în antecedente a unei infecții cu transmitere sexuală (un tract sexual infectat e mai susceptibil la o nouă infecție)
- Violența sexuală - crește riscul de infecție cu transmitere sexuală
- Abuzul de alcool și droguri - poate conduce la comportament dezinhibat și riscant
- Folosirea în comun de ace pentru droguri injectabile reprezintă un factor de risc major pentru infecția cu virus HIV sau hepatita B și C





Tabel nr 1. Semne și simptome frecvente ce pot indica o infecție cu transmitere sexuală	
La femei	**La bărbați**
Durere sau usturime la urinare	Durere sau usturime la urinare
Durere sau disconfort pe durata actului sexual	Durere sau disconfort pe durata actului sexual
Disconfort în zona genitală	Durere în zona testiculelor
Mâncărimi în zona vaginală sau perianală	Disconfort și mâncărime în zona genitală și zona perianală
Scurgeri sau secreții vaginale anormale (miros, culoare, aspect)	Iritații, răni, umflături, pustule sau vezicule în zona penisului, testiculelor, feselor, interiorul coapselor (mai rar în cavitatea bucală)
Iritații, răni, umflături, pustule sau vezicule în zona vaginului, feselor, interiorul coapselor (mai rar în zona cavității bucale, gâtului)	Scurgeri, secreții peniene sau la nivelul prepuțului anormale - miros, culoare, aspect;
Sângerări vaginale în afara ciclului menstrual	Sângerări peniene
Dureri la nivelul abdomenului inferior	

Principalele complicații ale bolilor cu transmitere sexuală sunt:
- Durerea pelvină dată de Boala Inflamatorie Pelvină (BIP)
- Unele cancere - cum sunt cancerul de col vaginal și cancerul rectal ce pot fi asociate cu infecția HPV
- Complicații pe parcursul sarcinii
- Inflamații ale ochilor
- Artrită
- Boli de inimă
- Infertilitate, sterilitate
- Creșterea riscului de infecție cu HIV (ulcerațiile și inflamațiile locale provocate de ITS cresc riscul de infecție, mai ales în caz de sex neprotejat)
- Probleme neurologice

ASPECTE SPECIFICE CELOR MAI FRECVENTE INFECȚII CU TRANSMITERE

Clamidioza (rareori numită Chlamydiaza) - este o infecție cu transmitere sexuală, cauzată de bacteria Chlamydia trachomatis. Denumită și „infecție tăcută”, deoarece în primele stadii nu prezintă simptome specifice, boala poate genera complicații la femei, extinzându-se la nivelul uterului, ovarelor provocând boala inflamatorie pelvină. Copiii născuți de mame infectate cu chlamydia se pot îmbolnăvi de conjunctivită, boli respiratorii, pneumonie.

Bărbații pot dezvolta epididimita, o condiție gravă care se manifestă prin inflamarea organului care traversează testiculele și transportă sperma.

Chlamydia trachomatis este o bacterie cu un comportament asemănător virusurilor, se dezvoltă și se multiplică numai în interiorul corpului uman. Din momentul în care a invadat o celulă, fie se multiplică și le invadează și pe celelalte, fie intră în stare latentă. Perioada de incubație durează între o săptămână și o lună.

Infecția cu Chlamydia poate să declanșeze:
- La femei: boala inflamatorie pelvină (BIP) - infecție a uterului și trompelor uterine ce poate conduce la infertilitate, sarcina ectopică (chiar și în cazul infecțiilor asimptomatice)
- Poate infecta nou-născutul în timpul nașterii pe cale vaginală declanșând pneumonie sau infecții ale ochilor
- La bărbați: infecții la nivelul prostatei (prostatita), epididimului (epididimita), testiculelor
- Persoanele infectate prezintă risc crescut de a dezvolta artrită reactivă (sindromul Reiter) manifestat prin articulații inflamate, conjunctivită și inflamații genitale, urinare, sau gastrointestinale

Infecția se diagnostichează prin examen de laborator și se tratează cu antibiotic.

Screeningul pentru Chlamydia este recomandat la persoanele cu comportament se-

xual la risc și în comunitățile cu incidență crescută a ITS (2)

Gonoreea (Blenoragia) Este o boală infecțioasă cu transmitere sexuală, cauzată de bacteria Neisseria Gonorrhoeae și reprezintă o problemă serioasă de sănătate publică în întreaga lume. În anul 2018 au fost raportate în România 46 cazuri, majoritatea la bărbați tineri.

De obicei, afectează zonele calde și umede ale corpului, precum uretra, vaginul, cervixul, uterul, trompele uterine, ochii, gâtul și anusul și poate afecta atât bărbații, cât și femeile. Gonoreea se transmite prin contact sexual neprotejat (vaginal, anal și oral) sau la naștere, afectând nou-născutul. Persoanele care au mai mulți parteneri sexuali sau care nu folosesc prezervativul sunt supuse unui risc mult mai mare de a contracta această boală.

Simptomele apar în 14 zile de la contactul infectat, deși există persoane care nu manifestă niciodată semne ale infecției până la apariția unor complicații.

Femeile dezvoltă rar simptome specifice gonoreei; atunci când apar, sunt blânde și pot fi confundate cu cele cauzate de alte tipuri de infecții, ceea ce le face foarte greu de identificat (secreție vaginală modificată, dureri la contact sexual, sângerări vaginale, dureri în abdomenul inferior sau la urinat, febră). Femeile sunt mai expuse riscului de a dezvolta complicații, atunci când infecțiile nu sunt tratate din timp, boala inflamatorie pelvină (BIP) ce poate duce, în timp, la infertilitate, sarcini ectopice.

La bărbați, primele simptome pot fi durere sau senzație de arsură la urinare. Pe măsură ce infecția evoluează, pot apărea și alte simptome: urinări frecvente; secreții de fluide din penis (albe, galbene sau verzui); tumefierea sau înroșirea penisului; durere sau tumefierea testiculelor; simptome de inflație la nivelul altor zone posibil infectate (gât inflamat, infecție rectală manifestată prin durere, mâncărime (prurit), secreție și crampe).

La nou-născuți (după nașterile vaginale, la o mamă cu gonoree netratată) se manifestă prin conjunctivita bilaterală - cu dureri oculare, roșeață și secreție purulentă.

Extrem de rar, pot apărea complicații generalizate redutabile: infecție gonococică generalizată, artrite, endocardita și chiar afectarea sistemului nervos.

Infecția se diagnostichează prin examen de laborator și se tratează cu antibiotic; tratamentul precoce și adecvat asigură vindecarea completă a bolii. Tratamentul trebuie efectuat tuturor partenerilor, datorită răspândirii rapide și riscului de reinfectare.

Screeningul pentru gonoree este recomandat la persoanele cu comportament sexual la risc și în comunitățile cu incidență crescută a ITS (3).

Se recomandă testarea pentru gonoree a gravidelor ce prezintă secreție vaginală modificată.

Sifilis - este o infecție cu transmitere sexuală cauzată de Treponema pallidum cu afectare multisistemică și evoluție nefavorabilă în lipsa tratamentului adecvat. Afecțiunea poate fi transmisă și vertical în sarcină de la mama infectată la făt și mai rar prin intermediul instrumentarului chirurgical și al transfuziilor sangvine de la pacienții cu sifilis.

În România s-au înregistrat în 2018 un număr de 639 de cazuri de sifilis, incidența fiind ușor mai mare la bărbați (1,1 / 1). Cu toate că incidența cazurilor de sifilis este în continuă scădere în ultimii 10 ani, România este încă una din țările cu incidența crescută pentru sifilis în rândul țărilor Uniunii Europene

Simptome: după o perioadă asimptomatică de incubație cuprinsă între 10 și 90 de zile (în medie 21 de zile) de la contactul sexual cu o persoană bolnavă, infecția cu Treponema pallidum determină apariția de modificări specifice care pot fi clasificate în 4 etape distincte:

- Sifilisul primar: manifestat prin apariția șancrului (leziune ulceroasă) la 2 - 3 săptămâni după raportul intim cu o persoană infectată. Șancrul apare la nivelul organelor infectate: penis, scrot, vulvă sau vagin sau la nivelul anusului, cavității orale și buzelor și se remite spontan după o evoluție de 6 săptămâni. Leziunea este deosebit de contagioasă datorită numărului crescut de treponeme prezente în secrețiile șancrului;
- Sifilisul secundar se dezvoltă în 3-6 săptămâni de la infecția primară și corespunde perioadei de diseminare a treponemelor în circulația sangvină. Se caracterizează prin apariția de erupții tegumentare eritematoase la nivel palmo plantar, febră, pierdere neintenționată în greutate, adenopatii inghinale, alopecie, oboseală accentuată, afectare oculară, hepatică sau renală;
- Sifilisul latent sau perioada de latență se instalează după dispariția simptomelor caracteristice sifilisului secundar și evoluează asimptomatic pentru perioade îndelungate de timp (ani); prezența treponemelor poate fi pusă în evidență prin investigații de laborator;
- Sifilisul terțiar - după evoluția îndelungată a in-

fecției de 10 - 40 de ani de la șancrul sifilitic inițial, boala determină manifestări specifice la nivel cerebral, cardiac și osos: manifestări neurologice (dificultăți de coordonare a mișcărilor, paralizii, deficite senzoriale, tulburări comportamentale, demență), pierderea auzului, anevrism de aortă, aortita sifilitică, stenoză coronariană și afectare oculară (uveita) cu pierderea vederii.

- Sifilisul congenital apare în cazul transmiterii infecției de la mamă la făt și se manifestă la nou născut prin erupții tegumentare palmo-plantare, hepatomegalie, adenopatii, afectare neurologică, oculară și malformații osoase.

Diagnosticul infecției treponemice este suspicionat în prezența simptomatologiei și examenului clinic sugestiv, fiind confirmat prin investigații de laborator care pun în evidență prezența teponemelor sau anticorpilor specifici și nespecifici în organism.

Tratamentul: administrarea de penicilină (benzatin penicilina, procain penicilina) indiferent de forma bolii, dozajul și durata tratamentului depinzând de stadiul și manifestările clinice ale pacientului. În cazul neurosifilisului și al formei congenitale de infecție treponemică, preparatele cu penicilină administrate parenteral reprezintă singurul tratament cu eficacitate documentată.

Identificarea și tratamentul infecțiilor asimptomatice, mai ales la gravide, poate preveni evoluția și complicațiile grave, precum și transmiterea de la mamă la făt. (5)

Infecția cu Virusul Papiloma Uman (Human Papiloma Viros = HPV) - Este cea mai întâlnită infecție virală a aparatului reproducător și provoacă o gamă largă de afecțiuni, atât la femei cât și la bărbați, inclusiv leziuni precanceroase care pot evolua către cancer.

Prevalența diagnosticului pozitiv pe grupe de vârsta a infecției HPV este maximă la tinere și adolescente. Este un virus extrem de contagios, infecția fiind întâlnită la 80% din persoanele active sexual, cel puțin o dată în decursul vieții. Virusul HPV se infiltrează în piele sau în mucoase și 60% dintre persoanele purtătoare nu prezintă niciun simptom. Virusul se poate transmite pe cale sexuală, prin orice tip de contact genital direct cu o persoană infectată, dar și prin alte cai: prin mâini infectate, lenjerie, prosoape, transmitere de la mamă la făt în momentul nașterii, purtarea hainelor persoanelor infectate.

Cea mai gravă consecință a infectării cu HPV este cancerul de col uterin, al doilea cel mai frecvent cancer la femei. În România sunt diagnosticate anual peste 3. 000 de cazuri noi de cancer de col uterin. Dintre acestea, peste 2. 000 de decese sunt înregistrate anual, una dintre explicații fiind aceea că această formă de cancer este depistată în stadiile tardive ale bolii.

Sunt cunoscute peste 100 de tulpini de HPV. Riscul dezvoltării cancerului de col uterin este de aproximativ 400 de ori mai mare în cazul unei infecții cu HPV 16 și de aproximativ 250 de ori mai mare în cazul unei infecții cu HPV 18, comparativ cu riscul existent la femeile neinfectate.

Infecția cu un tip HPV cu risc oncogen crescut este cauza principală pentru aproape toate tipurile de cancer de col uterin, dar aproximativ 70% dintre femeile infectate nu dezvoltă cancer, pentru că majoritatea infecțiilor au o durată scurtă de viață și virusul se poate elimina spontan, în decurs de 1-2 ani.

Simptome: Virusul HPV se localizează la nivelul mucoaselor membranoase: zona genitală sau pe piele și în aproximativ 60% dintre cazuri nu prezintă simptome. În cazuri rare, infecția se manifesta prin leziuni localizate ce apar la câteva săptămâni / luni de la data actului sexului infectant în zona anusului, a scrotului, cervixului, coapsei sau chiar pe penis: nevi genitali; umflături; pete colorate intens ori nepigmentate; leziuni localizate.

Boli asociate cu infecțiile HPV persistente:

- Cancerul de col uterin asociat cu HPV la femei
- Cancer sau tumori cutanate și mucoase benigne (de exemplu, verucile anogenitale la bărbați și femei).
- Cancerele anusului, orofaringelui, vulvei, vaginului și penisului.

Tratamentul local al infecției HPV la nivelul pielii este individualizat în funcție de: zona de piele infectată, gradul evolutiv al leziunilor și simptomatologia adiacentă (modificarea secrețiilor glandulare, estetică, sângerări etc.), tipul virusului HPV, factorii de risc asociați. (6)

Se recomandă să se depisteze și să se trateze precoce leziunile precanceroase provocate de infecția HPV, deoarece pot evolua în timp către cancer. Metodele cel mai des utilizate pentru diagnostic sunt testul Babeș-Papanicolau (test indirect de evidențiere a modificărilor citologice cervicale date de HPV) și testul sanguin HPV.

Se recomandă vaccinarea anti-HPV a adolescentelor care este o măsură eficace de prevenire a cancerului de col uterin la vârsta adultă.

Vaccinarea se face în scop profilactic, adică este folosită în prevenirea infecției. Vaccinul nu vindecă cancerul de col uterin, nu poate vindeca o infecție cu Human Papilloma Virus (HPV) deja apărută. Se recomandă ca vaccinul să fie administrat în intervalul de vârstă de 9 - 26 ani fiindcă s-a demonstrat că răspunsul imun al organismului la administrarea vaccinului este mai crescut în intervalul 9 - 15 ani iar persoanele din intervalul 15 - 26 ani sunt cele mai expuse contractării HPV prin activitate sexuală (7), (8)

Vaccinul anti-HPV cu 9 tulpini, conferă imunitate pentru infecțiile cu Human Papiloma Virus tipurile 6, 11, 16, 18, 31, 33, 45, 52, 58, tulpini care sunt răspunzătoare pentru majoritatea leziunilor precanceroase tipice cancerului de col uterin, dar și pentru cele ale cancerelor de vagin, vulvă și anal. Testele clinice confirmă o eficacitate foarte mare a acestui vaccin, de peste 95%. Vaccinul se poate face până la 45 de ani, studii recente arătând eficacitatea vaccinului anti-HPV cu 9 tulpini până la vârste mai înaintate decât cel tetravalent.

Herpes genital este o infecție extrem de contagioasă cauzată de virusul herpes simplex - HSV care invadează organismul prin leziuni mici existente pe piele sau la nivelul membranelor mucoase. Infecțiile pot fi determinate de Herpes simplex tip 1 (HSV1), infecții orale și genitale sau de Herpes simplex tip 2 (HSV2), infecții genitale.

Infecția poate fi asimptomatică, sau semnele pot apărea la câteva săptămâni după contactul infectant vaginal, anal sau oral. Uneori boala poate fi contagioasă chiar în absența leziunilor. Infecția se poate manifesta prin simptome locale (vezicule cu lichid incolor și senzație de mâncărime în zona genitală, anală, bucală, fese sau coapse); sensibilitate și durere la urinare; ganglioni inghinali inflamați; și simptome generale (dureri de cap și musculare, febră și frisoane).

Diagnosticul necesită consult medical de specialitate și analize medicale - Anticorpi anti Herpes simplex virus 1 / 2 IgG; 1 / 2 IgM; virus 2 IgG; 2 IgM și Herpes simplex tip 1 ADN din leziune / tip 2 ADN din leziune.

Tratament: Se administrează medicamente antivirale, creme medicale pentru calmarea durerii. Nu există un tratament care să vindece boala. Pe durata tratamentului nu se practică contactul sexual.

Hepatita - Există un număr de viruși care pot cauza hepatita (inflamația ficatului), care se poate transmite și pe cale sexuală.

Principalele căi de transmitere a virusurilor ce determină hepatita:

- Sânge și alte fluide ale organismului uman;
- Contactul sexual neprotejat (fără prezervativ);
- De la mamă la făt: în timpul sarcinii, la naștere (risc foarte mare), prin alăptare;
- Folosirea în comun a acelor și seringilor pentru injectare și a obiectelor cu ajutorul cărora se pregătește drogul (vasul / fiola, filtrul), ori a altor obiecte care taie sau înțeapă (forfecuță, aparat de ras etc).
- Utilizarea echipamentului medical nesteril sau incorect sterilizat sau a instrumentelor nesterile folosite în unele servicii (manichiură, tatuaj, piercing).

30-50% dintre adulții infectați și 90% dintre copii infectați nu au semne și simptome. În general, persoanele care se infectează cu virusul hepatitei B se vindecă în mod natural, dar în aproximativ 25% infecția persistă (formă cronică) şi poate cauza reducerea funcționării ficatului, cicatrici pe ficat (ciroza), şi chiar cancer de ficat.

Se recomandă la adolescente următoarele metode de prevenție a hepatitelor virale (9), (10):

- Evitarea transmiterii pe cale sexuală prin utilizarea prezervativelor pentru sexul vaginal, anal sau oral; testarea pentru hepatită B a ambilor parteneri care îşi doresc o relație fidelă, de lungă durată
- Prevenirea transmiterii prin sânge și produse de sânge
- Reguli de igienă individuală cu utilizarea individuală a forfecuței, a aparatului de ras și a periuței de dinți, chiar și în familie
- Evitarea procedurilor medicale nesigure, tatuajelor și piercing-uri.
- Hepatita A & B poate fi prevenită prin vaccinare. Vaccinarea se face prin administrarea a 3 doze, prin injectare intramusculară. Gravidele ar trebui să facă testul pentru hepatită B pentru a se preveni transmiterea VHB de la mamă la copil. Vaccinarea anti-VHB nu asigură protecție împotriva virusului B pentru toată viața. De aceea, este bine ca vaccinarea să se repete la un interval de timp după care apărarea imunitară scade (de aproximativ 10 ani). Nu există vaccinare disponibilă pentru Hepatita C.

PREVENIREA ITS

Cea mai eficientă metodă de prevenire a infecțiilor cu transmitere sexuală este abstinența. Sexul protejat prin folosirea corectă a prezervativelor, un număr restrâns de parteneri sexuali, evitarea com-

portamentelor riscante (inclusiv abuzul de alcool și droguri), fidelitatea în cuplu - pot fi metode eficiente de protecție. Circumcizia la bărbați poate limita îmbolnăvirea cu anumite infecții transmise sexual.
De asemenea, anumite vaccinuri pot scădea riscul unor boli transmise pe cale sexuală, inclusiv hepatita B și anumite tipuri de HPV.
Personalul din asistența medicală comunitară are rol esențial în consilierea adolescenților și tinerilor pentru evitarea infecțiilor transmise sexual sau a consecințelor acestora. Recunoscând dreptul tinerilor și adolescenților la autonomie și control privind corpul și sănătatea lor, inclusiv a celor cu dizabilități, ei trebuie ajutați să ia decizii informate și trebuie să fie sfătuiți.

Având în vedere consecințele ITS asupra sănătății tinerilor și considerând că în multe cazuri semnele și simptomele unei infecții cu transmitere sexuală pot fi minore sau chiar absente, mai ales în stadiile inițiale, se recomandă să se implementeze programe de preventive și screening, pentru a trata la timp și pentru preveni posibile complicații. (11)

Se recomandă informarea adolescenților privind sexualitatea și riscul de îmbolnăvire cu infecții transmise sexual cu date care să fie corecte, adaptate vârstei și nivelului de educație și furnizate la timpul potrivit; având în vedere natura sensibilă a informațiilor legate de sexualitate, personalul din asistența medicală comunitară integrată poate beneficia de o formare specifică modulară pentru a transmite eficient către adolescenți mesaje corecte și adecvate.

Se recomandă respectarea confidențialității în discuția cu adolescenții despre ITS și este esențială, deoarece teama de afla familia și anturajul poate fi o barieră importantă în accesul la informații și servicii, mai ales la anumite grupuri vulnerabile. (12)

Se recomandă implicarea activă a personalului din asistența medicală comunitară integrată pentru promovarea și implementarea programelor de vaccinare anti-HPV pentru a preveni patologia legată de cancerul de col uterin (13), (14) și a complicațiilor hepatitei virale. (15)

Tabel nr. 1. REZUMAT AL RECOMANDĂRILOR

ITS	Recomandări pentru prevenția ITS
Chlamidia	Screeningul pentru chlamidia este recomandat la persoanele cu comportament sexual la risc și în comunitățile cu incidență crescută a ITS
Gonoree	Screeningul pentru gonoree este recomandat la persoanele cu comportament sexual la risc și în comunitățile cu incidență crescută a ITS. (3) Se recomandă testarea pentru gonoree a gravidelor ce prezintă secreție vaginală modificată.
Sifilis	Identificarea și tratamentul infecțiilor asimptomatice, mai ales la gravide, poate preveni evoluția și complicațiile grave, precum și transmiterea de la mamă la făt. (5)
HPV	- Este necesar să se depisteze și să se trateze precoce leziunile precanceroase provocate de infecția HPV, deoarece pot evolua în timp către cancer. Metodele cel mai des utilizate pentru diagnostic sunt testul Babeș-Papanicolau (test indirect de evidențiere a modificărilor citologice cervicale date de HPV) și testul sanguin HPV. - Vaccinarea anti HPV a adolescentelor este o măsură eficace de prevenire a cancerului de col uterin la vârstă adultă. Vaccinarea se face în scop profilactic, adică este folosit în prevenirea infecției. Vaccinul nu vindecă cancerul de col uterin, nu poate vindeca o infecție cu Human Papilloma Virus (HPV) deja apărută. Se recomandă ca vaccinul să fie administrat în intervalul de vârstă de 9-26 ani fiindcă s-a demonstrat că răspunsul imun al organismului la administrarea vaccinului este mai crescut în intervalul 9 - 15 ani iar persoanele din intervalul 15 - 26 ani sunt cele mai expuse contractării HPV prin activitate sexuală (7), (8)
Hepatita virală	Metode de prevenție a hepatitelor virale (9), (10): - Evitarea transmiterii pe cale sexuală prin utilizarea prezervativelor pentru sexul vaginal, anal sau oral; testarea pentru hepatită B a ambilor parteneri care își doresc o relație fidelă, de lungă durată - Prevenirea transmiterii prin sânge și produse de sânge - Reguli de igienă individuală cu utilizarea individuală a forfecuței, a aparatului de ras și a periuței de dinți, chiar și în familie - Evitarea procedurilor medicale nesigure ca tatuaje și piercing-uri - Hepatita A & Hepatita B pot fi prevenitě prin vaccinare. Nu există vaccinare disponibilă pentru Hepatita C. Vaccinarea se face prin administrarea a 3 doze, prin injectare intramusculară. Gravidele ar trebui să facă testul pentru hepatită B pentru a se preveni transmiterea VHB de la mamă la copil. Vaccinarea anti-VHB nu asigură protecție împotriva virusului B pentru toată viața și trebuie să se repete la un interval de timp după care apărarea imunitară scade (de aproximativ 10 ani).

Recomandări generale de prevenție a ITS	1. Având în vedere consecințele ITS asupra sănătății tinerilor și considerând că în multe cazuri semnele și simptomele unei infecții cu transmitere sexuală pot fi minore sau chiar absente, mai ales în stadiile inițiale, se recomandă să se implementeze programe de prevenție și screening, pentru a trata la timp și pentru preveni posibile complicații. (11) Se recomandă informarea adolescenților privind sexualitatea și riscul de îmbolnăvire cu infecții transmise sexual cu date care să fie corecte, adaptate vârstei și nivelului de educație și furnizate la timpul potrivit; având în vedere natura sensibilă a informațiilor legate de sexualitate, personalul din asistența medicală comunitară integrată poate beneficia de o formare specifică modulară pentru a transmite eficient către adolescenți mesaje corecte și adecvate. Se recomandă respectarea confidențialității în discuția cu adolescenții despre ITS și este esențială, deoarece teama de afla familia și anturajul poate fi o barieră importantă în accesul la informații și servicii, mai ales la anumite grupuri vulnerabile. (12) Se recomandă implicarea activă a personalului din asistența medicală comunitară integrată pentru promovarea și implementarea programelor de vaccinare anti-HPV pentru a preveni patologia legată de cancerul de col uterin (13), (14) și a complicațiilor hepatitei virale. (15)

Bibliografie

1. Center for Disease Control and Prevention; CD 24 / 7 Saving Lives. Protecting People (https://www. cdc. gov / std / treatment-guidelines / adolescents. htm)

2. (2), (3), (8), (10), (11) CDC - „Sexually Transmitted infecțions Treatment Guidelines”, Recommendations and Reports / Vol. 70 / No. 4 July 23, 2021 (https://www.cdc.gov/std/treatment-guidelines/STI-Guidelines-2021.pdf)

4. INSP, MS, CNEPSS, CRSPB, DSP Bihor, „ Analiza de Situație Siguranța Pacientului. Campania: Să cunoaștem, să prevenim, să protejăm - pentru siguranța îngrijirii sănătății mamei și nou-născutului”, septembrie 2021 (https://www.dspbihor.gov.ro/promsan/2021/Campanii/ZELIC/Analiza%20de%20Situatie%20Siguranta%20Pacientului%202021.pdf)

5. WHO, „ Guideline on Syphilis Screening and Treatment for Pregnant Women”, Geneva, 2017 (https://www.who.int/publications/i/item/9789241550093)

6. (13) NIH. National Cancer Institute: Next Steps after an Abnormal Cervical Cancer Screening Test: Understanding HPV and Pap Test Results (https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK65734/), (https://www.cancer.gov/types/cervical/understanding-abnormal-hpv-and-pap-test-results)

7. (14) Dr. Tatiana Carata Dejoianu, „ Prevenirea cancerului de col uterin, vaccin contra infecției cu Human Papilloma Virus (HPV)”, Centrul Medical de diagnostic și tratament „Victor Babes” (https://www.cdt-babes.ro/articole/cancerul_de_col_uterin_prevenire_vaccinare.php) septembrie2022

9. (13), (15) WHO, „Prevention & Control of Viral Hepatitis infecțion: Framework for Global Action”, WHO REFERENCE NUMBER: WHO / HSE / PED / HIP / GHP 2012. 1 (https://www.who.int/publications/i/item/prevention-and-control-of-viral-hepatitis-infection-framework-for-global-action)

12. Jami S. Leichliter, PhD[1]; Casey Copen, PhD[2]; Patricia J. Dittus, PhD, „ Confidentiality Issues and Use of Sexually Transmitted Disease Services Among Sexually Experienced Persons Aged 15-25 Years — United States, 2013-2015”, March 10, 2017 / 66(9); 237-241 (https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/66/wr/mm6609a1.htm)

CAPITOLUL 7.

VIOLENȚA ÎN CONTEXTUL SĂNĂTĂȚII SEXUALE ȘI REPRODUCTIVE

CUPRINS

Importanța problemei, definiții
Violența asupra adolescenților, tinerilor, femeilor și bărbaților
Consecințele violenței asupra adolescenților, tinerilor, femeilor și bărbaților
Managementul situațiilor de violență în România
Activităţi de prevenire a violenței
Recomandări pentru profesioniștii din sistemul de sănătate
Mesaje cheie

IMPORTANȚA PROBLEMEI, DEFINIȚII

Conferința Internațională privind Populația și Dezvoltarea (ICPD) din 1994 a prezentat o nouă viziune îndrăzneață despre relația dintre populație, dezvoltare și bunăstarea individuală. La ICPD de la Cairo, 179 de țări au adoptat un program de acțiune pe 20 de ani (prelungit în 2010) care continuă să servească drept ghid cuprinzător pentru progresul dezvoltării centrate pe oameni. Programul de acțiune al CIPD a fost remarcabil prin recunoașterea că sănătatea și drepturile reproductive, precum și împuternicirea femeilor și egalitatea de gen sunt pietrele de temelie ale programelor de dezvoltare și populație. (1)

Programul de acțiune s-a îndepărtat de la accentul pe atingerea specificului țintelor demografice pentru a se concentra pe nevoile, aspirațiile și drepturile individuale ale femeilor și bărbaților. Programul de acțiune a afirmat că toată lumea contează, că adevăratul obiectiv al politicilor de dezvoltare trebuie să fie îmbunătățirea vieții individuale, iar măsura progresului ar trebui să fie măsura în care abordăm inegalitățile. Punerea în aplicare a recomandărilor cuprinse în Programul de acțiune este dreptul suveran al fiecărei țări, în concordanță cu legile naționale și prioritățile de dezvoltare, cu deplin respect pentru diferitele valori religioase, etice și culturale ale cetățenilor săi și în conformitate cu drepturile universale ale omului. (2)

În Programul de acțiune se evidențiază legăturile esențiale dintre sănătatea sexuală și reproductivă și alte aspecte ale populației și dezvoltării, de la urbanizare, migrație, îmbătrânire, structurile familiale și importanța abordării drepturilor tinerilor. Se atrage atenția asupra modului în care investițiile în femei și tineri, în special în ceea ce privește sănătatea sexuală și reproductivă, pot avea un impact asupra durabilității mediului și asupra dinamicii populației.

În textul Declarației Adunării Generale a Națiunilor Unite din 1993 privind eliminarea violenței împotriva femeilor (A / RES / 48 / 104), violența împotriva femeilor (VAW) este definită astfel:

„Articolul 1: În sensul prezentei declarații, termenul „violență împotriva femeilor" înseamnă orice act de violență bazată pe gen care are ca rezultat sau este susceptibil să aibă ca rezultat vătămare sau suferință fizică, sexuală sau psihologică pentru femei, inclusiv amenințări. A unor astfel de acte, constrângere sau privare arbitrară de libertate, indiferent dacă au loc în viața publică sau privată.

„Articolul 2: Violența împotriva femeilor se înțelege că cuprinde, dar nu se limitează la, următoarele: (a) violența fizică, sexuală și psihologică care apare în familie, inclusiv lovirea, abuzul sexual asupra copiilor de sex feminin în gospodărie, zestrea; violența asociată, violul conjugal, mutilarea genitală feminină și alte practici tradiționale dăunătoare femeilor, violența neconjugală și violența legată de exploatare; (b) Violența fizică, sexuală și psihologică care are loc în comunitatea generală, inclusiv violul, abuzul sexual, hărțuirea sexuală și intimidarea la locul de muncă, în instituțiile de învățământ și în alte locuri, traficul de femei și prostituția forțată; (c) Violența fizică, sexuală și psihologică săvârșită sau tolerată de stat, oriunde ar avea loc."(3)

Violența partenerului intim este definită ca experiența auto-raportată a unei femei de a fi supusă unuia sau mai multor acte de violență fizică sau sexuală, sau ambele, de către un soț sau bărbat actual sau fost partener intim de la vârsta de 15 ani. (4)

Cel mai utilizat model pentru înțelegerea violenței este modelul ecologic, care presupune că violența este rezultatul unor factori care operează la patru niveluri: individuale, relaționale, comunitare și societale. Cercetătorii au început să examineze dovezile la aceste niveluri în diferite contexte, pentru a înțelege mai bine factorii asociați cu variațiile prevalenței.

Unii factori de risc sunt identificați în mod constant în studiile din diferite țări, în timp ce alții sunt specifici contextului și variază între și în interiorul țărilor (de exemplu, între medii rurale și urbane). De asemenea, este important de menționat că, la nivel de individ, unii factori sunt asociați cu comi-

terea, alții cu victimizarea, iar unii cu ambele. (5)
Convenția Consiliului Europei privind prevenirea și combaterea violenței împotriva femeilor și a violenței domestice- Istanbul 2011, definește următoarele concepte astfel:

- Violența împotriva femeilor" este înțeleasă drept o încălcare a drepturilor omului și o formă de discriminare împotriva femeilor și va însemna toate acțiunile de violență de gen care rezultă în, sau care sunt probabile a rezulta în, vătămarea sau suferința fizică, sexuală, psihologică sau economică cauzată femeilor, inclusiv amenințările cu asemenea acțiuni, coerciția sau deprivarea arbitrară de libertate, indiferent dacă survine în public sau în viața privată;
- „Violența domestică" va însemna toate acțiunile de violență fizică, sexuală, psihologică sau economică, care survin în familie sau în unitatea domestică sau între foștii sau actualii soți sau parteneri, indiferent dacă agresorul împarte sau a împărțit același domiciliu cu victima;
- „Gen" va însemna rolurile, comportamentele, activitățile și atributele construite social, pe care o societate dată le consideră adecvate pentru femei și bărbați;
- „Violența de gen împotriva femeilor" va însemna violența care este direcționată împotriva unei femei pentru că ea este o femeie sau care afectează femeile în mod disproporționat;
- „Victimă" va însemna orice persoană fizică, care este supusă comportamentului specificat la punctele a și b;
- „Femeile" includ și fetele cu vârsta până în 18 ani.

Conform Legii 217 / 2003 pentru prevenirea și combaterea violenței domestice republicată, cu modificările și completările ulterioare, violența sexuală este definită ca agresiune sexuală, impunere de acte degradante, hârțuire, intimidare, manipulare, brutalitate în vederea întreținerii unor relații sexuale forțate, viol conjugal.
Violența domestică înseamnă orice inacțiune sau acțiune intenționată de violență fizică, sexuală, psihologică, economică, socială, spirituală sau cibernetică, care se produce în mediul familial sau domestic ori între soți sau foști soți, precum și între actuali sau foști parteneri, indiferent dacă agresorul locuiește sau a locuit împreună cu victima. (6)
În Hotărârea de Guvern nr. 49 / 2011, se definește abuzul sexual ca reprezentând implicarea unui copil sau a unui adolescent minor dependent și imatur din punctul de vedere al dezvoltării psihosexuale în activități sexuale pe care nu este în măsură să le înțeleagă, care sunt nepotrivite pentru vârsta sa ori pentru dezvoltarea sa psihosexuală, activități sexuale pe care le suportă fiind constrâns prin violență sau seducție ori care transgresează tabuurile sociale legate de rolurile familiale; aceste activități includ, de regulă, contact fizic, cu sau fără penetrare sexuală. În această categorie pot intra:
1. Molestarea sexuală, expunerea copilului la injurii sau limbaj cu conotație sexuală, precum și atingerea copilului în zonele erogene cu mâna sau prin sărut, indiferent de vârsta copilului;
2. Situațiile care duc la satisfacerea nevoilor sexuale ale unui adult sau ale unui alt copil care se află într-o poziție de responsabilitate, putere ori în relație de încredere cu copilul victimă;
3. Atragerea sau obligarea copilului la acțiuni obscene;
4. Expunerea copilului la materiale obscene sau furnizarea de astfel de materiale acestuia etc.;
5. Căsătoria timpurie sau logodna copiilor care implică relații sexuale (mai ales în comunitățile de romi);
6. Mutilarea genitală;
7. Hărțuirea sexuală, definită pentru locul de muncă, pentru copiii care lucrează în sistemul formal aflat fie sub incidența Legii nr. 53 / 2003 - Codul muncii, cu modificările și completările ulterioare, denumit în continuare Codul muncii, fie sub incidența Codului civil.
Violența asupra copilului reprezintă forme de rele tratamente produse de către părinți sau de orice altă persoană aflată în poziție de răspundere, putere ori în relație de încredere cu copilul, care produc vătămare actuală sau potențială asupra sănătății acestuia și îi pun în pericol viața, dezvoltarea, demnitatea și moralitatea.

VIOLENȚA ASUPRA ADOLESCENȚILOR, TINERILOR, FEMEILOR ȘI BĂRBAȚILOR

Violența bazată pe gen se referă la acte dăunătoare îndreptate asupra unei persoane pe baza criteriului definit de sexul său. Are rădăcini în inegalitatea de gen, abuzul de putere și norme dăunătoare. Violența împotriva femeilor și fetelor constituie o problemă majoră de sănătate publică și este o încălcare gravă a drepturilor omului. Estimările OMS indică faptul că, la nivel mondial, aproximativ o femeie din trei a suferit de-a lungul vieții violență fizică și / sau sexuală a partenerului intim sau violență sexuală fără partener. Violența împotriva femeilor și fetelor îmbracă forme multiple, inclusiv: violența partenerului intim; violența sexuală; căsătoria forțată; feminicid; și traficul. MGF și căsătoria

copiilor și timpurii constituie practici dăunătoare care împărtășesc unii dintre aceiași factori de risc ca violența împotriva femeilor, cum ar fi normele de gen inegale. (7)

Violența sexuală împotriva fetelor și femeilor poate avea multiple forme. Raportul OMS menționează următoarele forme de violență sexuală (8):

- Viol sistematic în timpul conflictelor armate
- Viol în cadrul mariajului sau a întâlnirilor
- Viol comis de persoane străine
- Avansuri sexuale nedorite sau hărțuire sexuală, inclusiv solicitarea de relații sexuale în schimbul unor favoruri
- Abuz sexual împotriva persoanelor cu dizabilități
- Abuz sexual asupra copiilor
- Căsătorie sau coabitare forțată, inclusiv căsătoria copiilor
- Interzicerea accesului la contracepție sau la măsuri de protecţie față de ITS
- Acte violente împotriva integrității sexuale a femeilor și fetelor, inclusiv controlul forțat pentru constatarea virginității
- Prostituție forțată și trafic de persoane cu scop de exploatare sexuală.

Violența sexuală împotriva băieților și bărbaților poate lua diferite forme și se poate produce în orice context, inclusiv în familie sau la locul de muncă.

Formele de violență sexuală împotriva băieților și bărbaților includ violul, sterilizarea forțată, masturbarea forțată și violența genitală. În plus față de durerea fizică, aceste forme de violență exploatează ideile și valorile locale privind sexualitatea și rolul de gen, cauzând umilință și suferințe mentale și psihologice imense. Violența sexuală împotriva băieților și bărbaților este mai frecventă decât se cunoaște; majoritatea victimelor nu declară abuzul de teama stigmei sociale determinată de valorile și percepția masculinității în societatea în care trăiesc.

Alte forme de violență asupra adolescenților, tinerilor asociate sexualității. (9)

- **Abuzul fizic** constă în vătămarea corporală a copilului în cadrul interacțiunii, singulară sau repetată, cu o persoană aflată în poziție de răspundere, putere ori în relație de încredere cu acesta, fiind un rezultat al unor acte intenționate care produc suferință copilului în prezent sau în viitor. Abuzul fizic: împingerea, plesnirea, trasul de păr, răsucirea brațelor, desfigurarea, provocarea de vânătăi, contuzii, arsuri, bătăi, lovituri cu pumnul, palma sau piciorul, aruncarea în victimă cu diverse obiecte, izbirea de pereți și mobilă, folosirea armelor poate avea loc în contextul unor evenimente cu conotații sexuale. Abuzul fizic-consecințe: echimoze, cicatrici, plăgi, eroziuni, arsuri, fracturi, alopecii zonale de tip traumatic, atitudini corporale de apărare în situații intempestive, subdezvoltare somatică generala, hemoragie internă.
- **Abuzul emoțional** constă în expunerea repetată a copilului la situații al căror impact emoțional depășește capacitatea să de integrare psihologică. Abuzul emoțional; umiliri verbale și nonverbale, intimidări, amenințări, terorizări, restrângeri ale libertății de acțiune, denigrări, acuzații nedrepte, discriminări, Martor al violenței din mediu familial, ridiculizări și alte atitudini ostile sau de respingere față de copil, insultarea copilului, respingerea, refuzul, izolarea, exigențe excesive sexual. Abuzul emoțional -consecințe: afectarea diverselor paliere ale psihicului copilului -structura de personalitate, afectele, cognițiile, adaptarea, percepția. Toate aceste evenimente pot avea loc în context sexual având implicații asupra dezvoltării sexuale ulterioare.
- **Violența prin internet:** conținut ilegal și / sau ofensator (pornografie, pornografie infantilă, imagini erotice tip fotografii sau desene cu copii; - contacte on-line și în lumea reală (prin chat și e-mail, agresorul câștigă încrederea copilului, care furnizează informații ce pot duce la identificarea copilului și / sau a adresei unde locuiește, cu comiterea ulterioară de abuzuri și infracțiuni, prin întâlnirea față în față cu copilul sau nu); comerț și publicitate (comerțul electronic fără supravegherea părinților poate conduce la utilizarea frauduloasă a datelor personale, de exemplu, utilizarea ilegală a cărților de credit, furtul de identitate).
- **Fenomenul Lolita**- legătura posibilă dintre modelling și erotografia infantilă avansată, atunci când fetițele modele pozează cu expresivitatea fizică și vestimentația cu tentă erotică a femeilor din modelling, iar pozele acestora ajung pe internet, fiind exploatate - unele state o subsumează pornografiei infantile.
- **Grooming** - un mod de acțiune prin care o persoana cu inclinații pedofile pregătește transferul relației cu un minor de pe ecranul calculatorului în lumea reală, în scopul săvârșirii față de acel minor a unei infracțiuni privind viața sexuală.
- **Lolicon** - desene animate erotice și / sau pornografice care folosesc imagini ale fetițelor.
- **Shotacon** reprezintă desene animate erotice și

/ sau pornografice care folosesc imagini ale băieților.
- **Neglijarea** este omisiunea, voluntară sau involuntară, a unei persoane care are responsabilitatea creșterii, îngrijirii sau educării copilului de a lua orice măsură pe care o presupune îndeplinirea acestei responsabilități, care pune în pericol viața, dezvoltarea fizică, mentală, spirituală, morală sau socială, integritatea corporală, sănătatea fizică sau psihică a copilului și poate îmbrăca mai multe forme: alimentară, vestimentară, a igienei, medicală, educațional, emoțională, afectivă, părăsirea copilului / Abandonul de familie = cea mai gravă formă de neglijare, în supravegherea copilului și a locuinței.

Semne ale neglijării: starea pielii (murdărie, excoriații, dermite), stări de denutriție, de insuficiență ponderală, carențe alimentare, hipotrofie staturo-ponderală nonorganică, lipsa dezvoltării limbajului, abilităților specifice vârstei, etc.

Consecințe asupra copilului: tulburări neurovegetative, teama, fobii, sentiment de insecuritate, lipsa de stimă de sine, vinovăție / jena, perpetuarea comportamentului abuzator, comportament agresiv / autoagresiv, tulburări în sfera afectivă, tulburări de relaționare, adaptare și integrare socială, disfuncții în sfera sexuală.

CONSECINȚELE VIOLENȚEI ASUPRA ADOLESCENȚILOR, TINERILOR, FEMEILOR ȘI BĂRBAȚILOR

Violența sexuală este o problemă serioasă de sănătate publică și are impact semnificativ pe termen scurt și lung asupra sănătății fizice și mentale a victimei, inclusiv probleme de sănătate a reproducerii și sexualității, risc crescut de suicid și infecții cu transmitere sexuală și HIV, probleme de comportament. (10)

Victimele abuzului sexual pot avea suferințe mentale și psihologice ce se extind și în viața adultă. Abuzul poate conduce la comportamente negative în viața, dificultăți de învățare, dezvoltare deficitară. (11)

Consecințele fizice ale violenței sexuale includ:
- Sarcini nedorite
- Tulburări sexuale și infertilitate
- Durere pelvină cronică
- Infecții recurente ale tractului urinar
- Infecții cu transmitere sexuală, HIV
- Disfuncții digestive; anorexie; obezitate
- Complicații ginecologice și obstetricale
- Migrenă, oboseală, greață

Consecințele psihologice și asupra sănătății mentale includ:
- Sindrom de traumă post-viol
- Tulburări de stres post-traumatic (Post Traumatic stress syndrome)
- Fobii sociale
- Teamă și confuzie
- Anxietate, depresie, alienare, stare de vinovăție

Violența partenerului intim poate duce la o serie de consecințe negative asupra sănătății sexuale și reproductive pentru femei, inclusiv sarcina neintenționată și nedorită, avort și avort nesigur, infecții cu transmitere sexuală, inclusiv HIV, sarcină complicații, boli inflamatorii pelvine, infecții ale tractului urinar și disfuncție sexuală, dificultate pentru femei să negocieze contraceptivele sau utilizarea prezervativelor cu partenerul lor. Violența partenerului intim în timpul sarcinii crește, de asemenea, probabilitatea avorturilor spontane, a nașterii morții, a nașterii premature și a copiilor cu greutate mică la naștere. Uneori, victimele violenței sexuale pot fi stigmatizate de familie și societate.

Intervențiile de suport și tratament sunt mai eficiente în reducerea consecințelor violenței sexuale cu cât sunt mai precoce. Suportul pentru victimele violenței sexuale trebuie să includă echipa complexă din serviciile de sănătate, sociale și legale.

MANAGEMENTUL SITUAȚIILOR DE VIOLENȚĂ ÎN ROMÂNIA (12)

Managementul de caz este un proces care implică parcurgerea următoarelor etape principale, care sunt particularizate în cele ce urmează pentru situațiile de violență asupra copilului și violență în familie:
- Identificarea, semnalarea, evaluarea inițială și preluarea cazurilor de copii victime ale violenței, respectiv de adulți și / sau copii victime ale violenței în familie;
- Evaluarea detaliată, comprehensivă și multidimensională a situației copiilor victime ale violenței, respectiv a adulților și / sau a copiilor victime ale violenței în familie, precum și a familiei acestora și a presupusului făptuitor / agresor;
- Planificarea serviciilor specializate și de sprijin, precum și a altor intervenții necesare pentru reabilitarea copiilor victime ale violenței, respectiv a adulților și / sau a copiilor victime ale violenței în familie, inclusiv servicii sau intervenții adresate familiei și presupusului făptuitor / agresor;
- Furnizarea serviciilor și a intervențiilor: asistarea copiilor victime ale violenței, respectiv a

adulților și / sau a copiilor victime ale violenței în familie, precum și a familiei în obținerea și utilizarea serviciilor necesare și declanșarea, la nevoie, a unor proceduri legale;
- Monitorizarea și reevaluarea periodică a progreselor înregistrate, a deciziilor și a intervențiilor specializate;
- Etapa de încheiere sau etapa finală a procesului de furnizare a serviciilor și intervențiilor specializate, cu monitorizarea postservicii și închiderea cazului.

Aceste etape sunt interdependente, în unele cazuri se întrepătrund și nu se desfășoară în mod obligatoriu în ordinea prezentată mai sus. De asemenea, este foarte important ca profesioniștii să încurajeze și să susțină implicarea și participarea copilului și a familiei în toate etapele acestui proces, atunci când acest lucru este posibil, ținând cont de gradul de maturitate al copilului și prin utilizarea unor modalități adecvate. Același lucru este valabil pentru adultul victimă a violenței în familie, în funcție de capacitatea de discernământ a acestuia.

Semnalarea este procesul prin care o situație de violență asupra copilului, respectiv de violență în familie este adusă la cunoștința autorităților abilitate să ia măsuri în interesul victimei, urmând ca acestea să asigure accesul acesteia la serviciile specializate din acest domeniu și o atitudine potrivit legii față de presupusul făptuitor / agresor.

Cine face semnalarea?

- Copilul / adultul victimă;
- Orice persoană care intră în contact cu copilul / adultul victimă, în mediul familial, comunitar sau profesional. În consecință, această persoană poate fi un membru al familiei, o rudă, un vecin sau un alt cunoscut al familiei, un martor, dar și profesioniști cu profiluri diferite, cum ar fi: personal medico-sanitar (medicul de familie, pediatrul, asistentul medical comunitar etc.), psihologi, psihoterapeuți, cadre didactice (educatorii din creșe, grădinițe, învățătorii din ciclul primar, profesorii din școli, licee, școli profesionale etc.), polițiști, jandarmi, personal din diverse instituții (servicii rezidențiale pentru copii, centre de reeducare și penitenciare pentru minori și tineri), asistenții sociali din cadrul SPAS, persoanele cu atribuții în asistența socială de la nivelul comunelor, preoți, reprezentanți a mass-mediei etc.
- În cazul în care există o îndoială cu privire la veridicitatea unor fapte și, consecutiv, la oportunitatea semnalării, acest obstacol poate fi depășit prin comunicarea cu alți profesioniști, cu precădere cu experții aflați în evidența DGASPC. Orice prezumție de pericol pentru copil trebuie să declanșeze un proces de semnalare către autoritățile abilitate, chiar dacă acesta nu se va confirma.

Unde se face semnalarea?

- Semnalarea situațiilor de violență asupra copilului și violență în familie se face la DGASPC.
- În situația în care semnalarea situației de violență s-a făcut la SPAS, poliție sau parchet, aceste autorități, în baza atribuțiilor ce le revin potrivit legislației specifice care le reglementează activitatea, vor asigura informarea victimei cu privire la serviciile de specialitate ce pot fi oferite / asigurate de către DGASPC, având în vedere atribuțiile acesteia în ceea ce privește asigurarea / facilitarea accesului la servicii specializate pentru copilul victimă și familia sa.

Cum se face semnalarea?

- Direct - persoana care semnalează, inclusiv copilul / adultul victimă, se prezintă direct la una dintre autoritățile abilitate;
- Prin intermediul telefonului - în această situație se pot utiliza următoarele tipuri de servicii telefonice: serviciul telefonic obișnuit al autorităților abilitate, serviciul telefonul copilului de la nivelul DGASPC;
- În scris;
- Prin autosesizare de către autoritățile abilitate.

Confidențialitatea

Profesionistul care evaluează copilul și / sau adultul victimă, precum și persoanele de referință dezvăluie managerului de caz și echipei multidisciplinare acele informații relevante care pot duce la concluzii și luarea de decizii pertinente. Rezultatele evaluării sunt documentate și dezvăluite familiei și copilului în funcție de gradul său de maturitate, respectiv adultului victimă în funcție de discernământ. Dezvăluirea acestor date se face după încheierea procesului de evaluare detaliată. Managerul de caz stabilește împreună cu echipa dacă furnizarea informațiilor se va face de către fiecare membru al echipei, în funcție de tipul evaluării, sau de către managerul de caz. Managerul de caz poate dezvălui date din procesul de evaluare altor profesioniști din cadrul rețelei de intervenție în cazul în care aceștia trebuie să participe la evaluarea detaliată sau la furnizarea de servicii pentru copil și

/ sau adultul victimă, familie și alte persoane de referință. Datele care pot fi dezvăluite sunt hotărâte de comun acord în echipa multidisciplinară. Toate informațiile legate de caz sunt confidențiale față de publicul larg, mass-media și alți profesioniști care nu sunt implicați în cazul respectiv, în conformitate cu prevederile legale pentru protecția persoanelor cu privire la prelucrarea datelor cu caracter personal și libera circulație a acestor date, cu modificările și completările ulterioare, cu excepția echipelor de control / inspecție prevăzute de lege. Există date care nu pot fi dezvăluite nici echipei multidisciplinare, nici celorlalți profesioniști implicați în rezolvarea cazului, așa cum este, de exemplu, numele persoanei care a semnalat suspiciunea sau situația de violență asupra copilului, respectiv de violență în familie. Acest tip de informații nu poate fi dezvăluit decât instanței, la cererea expresă a acesteia.

Cazul semnalat este înregistrat și evaluat de o echipă multidisciplinară și interinstituțională.

Nu există o formulă standard în ceea ce privește componența echipei în funcție de obiectivele acesteia - evaluare sau intervenție -, însă există câteva categorii de profesioniști care fac parte din componența minimă obligatorie: asistentul social, psihologul, medicul, polițistul. Pot fi parte a echipei, în funcție de situație și: cadre didactice; medici legiști; terapeuți specializați; consilieri de probațiune; avocați; preoți; persoana de îngrijire; persoana de referință a copilului.

Evaluarea medicală se face la solicitarea medicului sau a oricărui alt membru al rețelei de intervenție, în conformitate cu legislația în vigoare. În vederea stabilirii unei relații de posibilă cauzalitate între situația semnalată și semnele medicale constatate vor fi solicitate și certificate medico-legale. În situații de urgență, evaluarea medicală se face și la solicitarea victimei. În cazul copilului, evaluarea medicală se referă la identificarea semnelor și simptomelor evocatoare și specifice diferitelor forme de violență asupra copilului, cu formularea unui diagnostic medical și evidențierea legăturii cauzale potențiale cu forma de abuz respectivă.

În cazul adultului victimă, violența fizică este cel mai des întâlnită, iar evaluarea medicală poate releva următoarele răni / traumatisme: contuzii, zgârieturi, fracturi sau luxații, răni sângerânde, rupturi vaginale ori anale, leziuni interne, lovituri, perforație de timpan, ruptură de splină sau rinichi, plămân perforat, contuzii severe, urme de strangulare pe gât, fracturi ori fisuri ale mandibulei, brațelor, oaselor pelviene, coastelor, claviculei sau picioarelor, păr smuls, arsuri cu țigara, la mașina de gătit sau cu lichid fierbinte.

Violența asupra femeii gravide este, de asemenea, des întâlnită, cu consecințe negative atât asupra femeii, cât și asupra fătului (este una dintre principalele cauze de avort) și, ulterior, asupra dezvoltării normale fizice și psihice a copilului.

De reținut că tulburările emoționale dezvoltate la copiii și adulții victime sunt adesea asociate cu abuzul fizic și pot cauza probleme comportamentale serioase. Diagnosticul medical al sindromului de copil bătut, de copil neglijat sau de copil supus unor abuzuri sexuale, precum și cel în relație cu violența în familie este dificil de stabilit, deoarece multe dintre semnele clinice pot fi cauzate și de traumatisme accidentale sau de boli cu determinare organică.

În plus, în timpul anamnezei și al examinării, următorii indicatori comportamentali pot ridica suspiciuni cu privire la violența în familie: a) agresorul însoțește victima și insistă să fie de față și să răspundă la întrebări în locul ei; b) victima nu dorește să vorbească cu agresorul sau este în dezacord cu el; c) negarea sau minimizarea rănilor de către victimă și / sau agresor; d) sentimentul de vinovăție al victimei față de violența agresorului; e) gelozie sau posesivitate exagerată mărturisită de victimă; f) discrepanțe între explicațiile date de victimă și natura rănilor pe care le prezintă; g) teama sau neîncrederea victimei; aceasta poate evita contactul vizual (atenție, acest lucru poate fi și o problemă culturală), se îndepărtează de persoana cu care vorbește sau respinge examinarea fizică; h) prezentarea cu întârziere la serviciile de specialitate pentru a primi îngrijiri medicale; i) dezacordul cu privire la tratament; j) neprezentarea la o consultație programată; k) imposibilitatea de a-și procura sau de a utiliza medicația prescrisă; l) lipsa posibilităților de a se deplasa independent; m) lipsa banilor sau a accesului la telefon; n) eșec în utilizarea prezervativului sau a altei metode contraceptive.

Echipa multidisciplinară stabilește relația de (posibilă) cauzalitate dintre semnele medicale și situația semnalată. În acest caz, prin corelarea tuturor datelor de evaluare, echipa va putea stabili un diagnostic complet medicopsihosocial care să ateste dacă este vorba despre o situație de violență asupra copilului, respectiv de violență în familie. Un rol important revine serviciilor medico-legale, care

sunt responsabile de eliberarea certificatelor medico-legale, la cererea victimelor, sau a constatărilor și expertizelor medico-legale, la cererea organelor de justiție în cazul în care victima s-a adresat mai întâi organului de justiție unde a depus plângere. Examinarea medicală a copilului / adultului victimă nu trebuie să constituie o traumă în plus, ci o modalitate profesională a consolidării stării lui de bine. Dacă nu există semne de boală acută sau de traumă severă, examinarea medicală poate să mai aștepte câteva ore, până când se ia legătura cu medicul specialist indicat în situația respectivă.

ACTIVITĂŢI DE PREVENIRE A VIOLENȚEI

Prevenirea violenței se poate realiza prin următoarele tipuri de activități:

Organizarea unor campanii de sensibilizare a opiniei publice asupra violentei desfășurate sub forma unor întâlniri, conferințe, diseminare de materiale scrise (broșuri, pliante, afișe etc.) programe educative comunitare și prin implicarea mass-mediei în funcție de posibilitățile comunității.

Susținerea campaniei de prevenire a violenței de către mass-media care poate asigura publicitatea în vederea atât a lansării, cât și a desfășurării acțiunilor și campaniile de sensibilizare a opiniei publice.

Elaborarea de materiale educaționale și informare sau preluarea unor materiale similare de proveniență străină, pe tema campaniei (broșuri, pliante, cursuri practice, afișe), cu respectarea drepturilor de autor.

Colaborarea cu structura comunitară consultativă, chemată să analizeze barierele, să caute soluții, să investigheze nevoile și resursele comunitare în domeniul prevenirii violenței asupra copilului și violenței în familie. Aceasta va sprijini căutarea și generarea resurselor (umane, materiale, financiare) necesare desfășurării unor acțiuni preventive utile în comunitate (întâlniri, sărbători, evenimente speciale cu părinții și copiii, tabere tematice cu părinții etc.).

La nivel județean, național sau internațional organizarea de mese rotunde, seminare, conferințe, amplu mediatizate. Participanții invitați la acest gen de acțiuni vor fi profesioniști, politicieni, administratori / decidenții locali și naționali.

Colaborarea, cu inspectoratele școlare, universitățile și celelalte structuri avizate în campanii, activități educative, în elaborare de materiale informative.

Evaluarea activităților desfășurate în prevenirea violenței prin sondaje ale opiniei publice, și prin interpelarea unor practicieni (educatori, profesori, psihologi, asistenți sociali, juriști, polițiști etc.) implicați în rezolvarea cazurilor de violență asupra copilului, respectiv de violență în familie, precum și a unor administratori / decidenți locali. Aceste evaluări vor îndeplini un rol de feedback, permițând ajustarea campaniei în curs pentru o maximă eficientizare a ei. De asemenea, ele pot evidenția nevoia unor noi subiecte sau noi zone de sensibilitate publică.

RECOMANDĂRI PENTRU PROFESIONIȘTII DIN SISTEMUL DE SĂNĂTATE

Furnizorii de asistență medicală ar trebui să se documenteze cu acuratețe privind istoricul medical, fizic și orice alte informații relevante, în scopul urmăririi adecvate și sprijinirea supraviețuitorilor în accesarea serviciilor, protejând în același timp confidențialitatea și reducerea la minimum a suferinței pentru copii sau adolescenți și îngrijitorii acestora. Aceasta include:

- Utilizarea unui format structurat pentru înregistrarea constatărilor;
- Înregistrarea declarațiilor textuale pentru o documentare corectă și completă;
- Notarea discrepanțelor între declarațiile copilului sau ale adolescentului și cele ale îngrijitorilor, dacă există, fără interpretare;
- Înregistrarea unei descrieri detaliate și precise a simptomelor și leziunilor;

Absența probelor fizice nu înseamnă că abuzul nu a avut loc;

- Documentarea stării emoționale a copilului sau adolescentului, remarcând totodată că nicio stare anume nu este sugestivă pentru abuz sexual;
- Solicitarea consimțământului informat, după caz, pentru realizarea oricăror fotografii și / sau videoclipuri, după ce vor fi explicate modalitățile cum vor fi folosite;
- Tratarea tuturor informațiilor colectate în mod confidențial. (13)

Profesioniștii din sectorul de sănătate pot să fie avocați astfel ca violența împotriva femeilor să fie inacceptabilă și să fie abordată ca o problemă de

sănătate publică.

- Să furnizeze servicii complete, să sensibilizeze și să instruiască furnizorii de servicii medicale pentru a răspunde nevoilor supraviețuitorilor în mod holistic și empatic.
- Să contribuie la prevenirea reapariției violenței prin identificarea timpurie a femeilor și copiilor care se confruntă cu violență și să ofere consiliere, orientare către servicii și sprijin adecvat
- Să promoveze norme egalitare de gen ca parte a abilităților de viață și a programelor de educație sexuală predate tinerilor.
- Să genereze dovezi cu privire la ceea ce funcționează și la amploarea problemei prin efectuarea de anchete la nivel de populație sau prin includerea violenței împotriva femeilor în anchetele demografice și de sănătate bazate pe populație, precum și în sistemele de supraveghere și informații în domeniul sănătății.

Rolul asistenței medicale primare și comunitare în prevenirea și intervenția în situații de violență asupra copiilor și tinerilor

- Consilierea medicală și socială, în limita competențelor profesionale legale
- Organizarea și desfășurarea de acțiuni în comun cu serviciile sociale din primărie și personal din alte structuri de la nivel local sau județean, în cazul problemelor sociale care pot afecta starea de sănătate sau accesul la servicii medicale ale persoanei vulnerabile;
- Identificarea și notificarea autorităților competențe a cazurilor de violență domestică, a cazurilor de abuz, care necesită intervenția altor servicii decât cele care sunt de competența asistentei medicale comunitare;
- Colaborarea cu alte instituții și organizații, inclusiv cu organizații neguvernamentale pentru realizarea de programe, proiecte și acțiuni care se adresează persoanelor sau grupurilor vulnerabile din punct de vedere medical, economic sau social;
- Alte activități, servicii și acțiuni de sănătate publică adaptate nevoilor specifice ale comunității și persoanelor din comunitate aparținând grupurilor vulnerabile.

Angajații instituțiilor publice sau private care, prin natura profesiei, intră în contact cu copilul și au suspiciuni asupra unui posibil caz de abuz, neglijare sau rele tratamente au obligația de a sesiza de urgență Direcția Generală de Asistență Socială și Protecția Copilului (DGASPC).

Actorii implicați în asistenta medical comunitară trebuie să colaboreze cu următorii profesioniști, atât în prevenția, cât și în intervenția privind situațiile de violență asupra copiilor și tinerilor: medic de familie, medic specialist, asistent social din DGASPC / SPAS / DAS, psiholog, polițist, cadru didactic, preot, profesioniști din cadrul organizațiilor neguvernamentale.

MESAJE CHEIE

- Violența poate fi prevenită
- Violența poate lua diferite forme și se poate produce în orice context, inclusiv în familie sau la locul de muncă.
- Sesizarea cazurilor de violență și abuz este prima condiție pentru a ajuta victimele și a preveni alte acte similare. Sesizarea lor poate fi făcută de oricine pe orice cale.

Bibliografie

1. UNFPA International Conference on Population and Development Programme of Action Twentieth Anniversary Edition, Publication date: 01 Sep 2014, (https://www.unfpa.org/publications/international-conference-population-and-development-programme-action?page=0%2C0%2C1)
2. Programme of Action adopted at the International Conference on Population and Development Cairo, 5-13 September 1994 20th Anniversary Edition includes Key Actions for Further Implementation of the Programme of Action of the International Conference on Population and Development adopted at the 21st special session of the General Assembly New York, 30 June - 2 July 1999, (https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/programmeofactionWeb%20ENGLISH.pdf)
3. UNFPA, Addressing Violence against Women and Girls în Sexual and Reproductive Health Services, Publication date: 01 Jan 2010, Publisher: UNFPA; (https://www.unfpa.org/publications/addressing-violence-against-women-and-girls-sexual-and-reproductive-health-services)
4. Global, regional, and national prevalence estimates of physical or sexual, or both, intimate partner violence against women în 2018, (https://www.thelancet.com/article/S0140-6736(21)02664-7/fulltext)
5. WHO Global and regional estimates of violence against women: prevalence and

health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence WHO 2013;
6. Legea 217/2003 pentru prevenirea și combaterea violenţei în familie, republicata cu completarile și modificările ulterioare, MONITORUL OFICIAL nr. 948 din 15 octombrie 2020;
7. WHO Violence against women prevalence estimates, 2018: global, regional and national prevalence estimates for intimate partner violence against women and global and regional prevalence estimates for non-partner sexual violence against women © World Health Organization 2021; ISBN 978-92-4-002225-6 (electronic version) (https://www.who.int/publications/i/item/9789240022256; (https://www.who.int/teams/sexual-and-reproductive-health-and-research-(srh)/areas-of-work/violence-against-women-and-girl)
8. WHO'Sexual violence', în World Report în violence and health, WHO (2002); (https://www.who.int/publications/i/item/9241545615)
9. Legea nr. 272/2004 privind protecția și promovarea drepturilor copilului, republicată, cu modificările și completările ulterioare, Monitorul Oficial nr. 159/2014 (https://legislatie.just.ro/Public/DetaliiDocument/156097)
10. Holmes MM et al. Rape-related pregnancy: estimates and descriptive characteristics from a national sample of women. American Journal of Obstetrics and Gynecology, 1996;
11. Maniglio R. The Impact of Child Sexual Abuse on Health: A Systematic Review of Reviews. Clinical Psychology Review; (2009)
12. Hotărârea de Guvern nr. 49/2011pentru aprobarea Metodologiei cadru privind prevenirea și intervenţia în echipă multidisciplinară și în reţea în situaţiile de violenţă asupra copilului și de violenţă în familie și a Metodologiei de intervenţie multidisciplinară și interinstituţională privind copiii exploataţi și aflaţi în situaţii de risc de exploatare prin muncă, copiii victime ale traficului de persoane, precum și copiii români migranţi victime ale altor forme de violenţă pe teritoriul altor state, Monitorul Oficial nr. 117 din 16 februarie 2011;
13. Hotărârea nr. 324/2019 pentru aprobarea Normelor metodologice privind organizarea, funcționarea și finanțarea activității de asistență medicală comunitară, Monitorul Oficial nr. 458 din 7 iunie 2019 (https://legislatie.just.ro/Public/DetaliiDocumentAfis/214843)

CAPITOLUL 8.
COMUNICAREA

CUPRINS

Noţiuni despre comunicare
Definiția și funcțiile comunicării
Procesul de comunicare
Formele de comunicare
Stilurile de comunicare
Ascultarea activă și feedback-ul
Barierele în comunicare
Comunicarea în sănătatea reproducerii și sexualității la adolescenți
Educația pentru promovarea sănătății reproducerii și sexualității
Consilierea în sănătatea reproducerii
Rolul asistenței medicale comunitare

NOŢIUNI DESPRE COMUNICARE

Definiția și funcțiile comunicării

Pentru realizarea obiectivelor educație pentru sănătate în domeniul sănătății reproducerii și sexualității la tineri, profesioniștii din domeniul asistenței medicale primare și comunitare trebuie să fie buni comunicatori și să aibă abilitați de comunicare specifice pentru grupurile cărora li se adresează.
Comunicarea este definită în foarte multe moduri, în funcție de elementele pe care autorii vor să le accentueze. Dintre aceste definiții exemplificăm cu două.

- Comunicarea definită ca fiind transmiterea informațiilor, ideilor, atitudinilor sau emoțiilor de la o persoană la altă persoană sau de la un grup la altul, în mod esențial prin intermediul simbolurilor. Comunicarea are loc ori de câte ori un sistem, o sursă, influențează un alt sistem, (adică) destinatarul, prin utilizarea diferitelor simboluri transmise prin canalul care leagă cele două sisteme. (1)
- Comunicarea definită ca proces prin care un individ, numit comunicator / emițător, transmite stimuli (de obicei verbali) cu scopul de a schimba comportamentul altor indivizi, numiți receptor. (2)

Comunicarea este un proces bidirecțional la care iau parte atât vorbitorul (emițătorul) cât și ascultătorul (receptorul). Participanții la procesul de comunicare trebuie să aibă o înțelegere comună a sensului cuvintelor și al sunetelor, al gesturilor, expresiilor, simbolurilor și contextului folosite în comunicare.
După Joseph A. DeVito comunicarea are cinci funcții / scopuri esențiale (3):

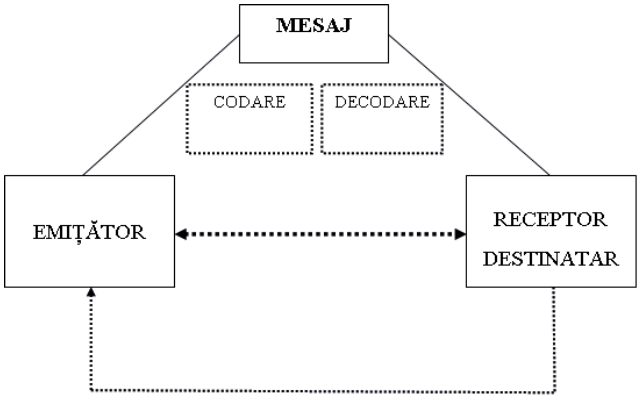
- Descoperirea personală - comunicarea ne ajută să învățăm despre noi și despre alții, să ne descoperim și să ne evaluăm;
- Descoperirea lumii externe - comunicarea oferă o bună înțelegere a realității exterioare;
- Stabilirea relațiilor cu sens - comunicarea oferă posibilitatea de a stabili și de a menține relații strânse cu alte persoane;
- Schimbarea atitudinii și comportamentului
- Distracție și joc - comunicarea reprezintă un mijloc de destindere, de a ne simți bine.

Procesul de comunicare

Procesul de comunicare are trei componente de bază. Un emițător transmite un mesaj printr-un canal către receptor. Emițătorul dezvoltă mai întâi o idee, care este compusă într-un mesaj și apoi transmisă celeilalte părți, care interpretează mesajul și primește sens. Dezvoltarea unui mesaj este cunoscută sub numele de codificare. Interpretarea mesajului este denumită decodare. (4)
Elementele procesului de comunicare sunt (4):
Emițătorul este transmițătorul mesajului. Emițătorul produce sau reproduce mesajul propriu sau formulat de altcineva. El este sursa unui mesaj. Emițătorul poate fi un individ, un grup de persoane sau o instituție. Emițătorul codifică mesajul în semnale specifice pentru a putea fi transmis.
Mesajul se constituie din conținutul comunicării, din informațiile pe care emițătorul le transmite.
Canalul reprezintă calea (mijlocul, suportul) de transportare și distribuție a informației. De exemplu în comunicarea orală față-în față sunt activate mai multe canale vocale auditive vizuale.
Receptorul este persoana / grupul de persoane căreia i se adresează emițătorul, primitorul mesajului, pe care îl decodează. Receptorul decodifică și interpretează mesajul conform propriilor percepții. Decodificarea este influențată de interpretarea mesajului.
Codul, limbajul de comunicare, reprezintă sistemul pe baza căruia se construiesc mesajele (cum sunt alfabetele, vocabularele, codul lingvistic (oral sau scris), gestual, vizual, sonor.
Feedbackul reprezintă transmiterea rezultatului

interpretării mesajului decodificat către emițătorul inițial și astfel receptorul închide bucla procesului de comunicare.
Toate aceste elemente sunt critice pentru procesul de comunicare, dacă unul dintre aceste elemente lipsește sau acționează inadecvat, comunicarea nu se mai produce.

Fig. nr. 1 Elementele procesului de comunicare



Osgood și Schramm ilustrează printr-un model circular de comunicare faptul că mesajele pot merge în două direcții. Prin urmare, odată ce o persoană decodează un mesaj, atunci îl poate codifica și îi trimite un mesaj înapoi expeditorului. Ele ar putea continua codificarea și decodarea într-un ciclu continuu. Acest model revizuit indică faptul că: 1) comunicarea nu este liniară, ci circulară; 2) comunicarea este reciprocă și egală; 3) mesajele se bazează pe interpretare; 4) comunicarea implică codificarea, decodarea și interpretarea. Avantajul acestui model este că ilustrează faptul că feedback-ul este ciclic. De asemenea, arată că comunicarea este complexă, deoarece explică interpretarea. Acest model arată, de asemenea, faptul că suntem comunicatori activi și că suntem activi în interpretarea mesajelor pe care le primim. (5),(6), (7)

Formele de comunicare

Comunicarea se poate realiza sub mai multe forme: verbală, non-verbală, paraverbală și metacomunicare.

- Comunicarea verbală se referă la un tip de comunicare care implică utilizarea semnelor lingvistice (litere și foneme), adică cuvinte sau expresii orale sau scrise ca în consiliere, conversații telefonice, discuții cu grupurile
- Comunicarea nonverbală analogică sau limbajul trupului reprezintă transmiterea unui cumul de mesaje care nu sunt exprimate prin ajutorul cuvintelor, dar care totuși pot fi decodificate, putând crea înțelesuri (mimica, gestica, postura atitudinea, vestimentația, accesorii, igiena personală etc. (8)
- Comunicarea paraverbală, (paralimbajul) este un nivel mai profund de comunicare și operează cu aspecte și forme ale comunicării verbale și nonverbale discutate anterior, intonația, accentul, timbrul vocii, volumul vocii, dicția, ritmul vorbirii, tonul, sunetele nearticulate, postura, mimica (9)
- Metacomunicarea este ultimul nivel al comunicării și, totodată, cel mai profund. Când înțelesul comunicării apare în spatele cuvintelor. Metacomunicarea este identificabilă pe trei niveluri: (1) ce a spus vorbitorul; (2) ce a intenționat vorbitorul să transmită și (3) ce crede ascultătorul că a spus vorbitorul. Dacă înțelesul nu se păstrează constant pe intervalul celor trei niveluri, avem de-a face cu un proces de metacomunicare. (10, 11)

Stilurile de comunicare se referă la ansamblul particularităților de manifestare caracteristice unei persoane în procesul de comunicare. (12)
Există patru stiluri principale de comunicare: asertiv, non-asertiv agresiv și manipulativ (Fig. 2).

Figura 2. Stiluri de comunicare

Pasiv	Agresiv	Asertiv
• Ii e frica sa-si spuna parerea.	• Intrerupe si vorbeste peste altii.	• Vorbeste deschis si asculta.
• Se izoleaza de grup.	• Controleaza grupul.	• Participa in discutii.
• Vorbeste incet.	• Vorbeste foarte tare.	• Foloseste un ton potrivit.
• Evita sa se uite in ochi.	• Tinteste cu privirea.	• Face contact vizual.
• Nevoile altora sunt mai importante.	• Nevoile sale sunt mai importante.	• Nevoile si drepturile tuturor sunt importante.
• Nu isi atinge obiectivele.	• Isi atinge obiectivele ranindu-i pe altii.	• Isi atinge scopurile fara sa raneasca
• Strica relatiile - pierdere respectul.	• Strica relatiile – oamenii il evita.	• Dezvolta relatiile.

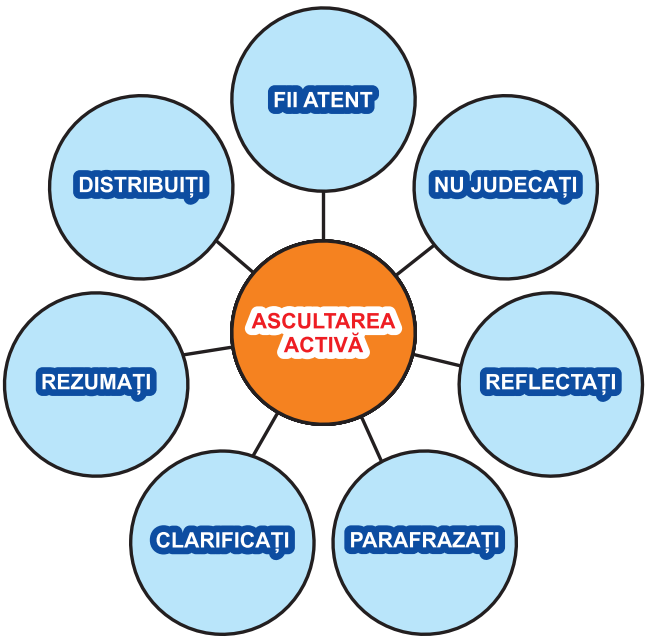
- Stilul de comunicare asertiv presupune să îți expui punctul de vedere într-un mod empatic, onest, fără agresivitate, ținând seama de perspectiva interlocutorului, fără a-l leza.
- Stilul de comunicare non-asertiv presupune să aderi la punctul de vedere al interlocutorului, fără a-ți conștientiza sau exprima propria perspectivă. Se manifestă printr-un exces de amabilitate și conciliere, teama de a nu fi judecat de ceilalți, tendința de a amâna luarea unei decizii.
- Stilul de comunicare agresiv implică tendința de a-ți impune propriul punct de vedere, de a avea ultimul cuvânt fără a ține seama de perspectiva persoanei cu care comunici. Pentru a domina, persoana se folosește de orice mijloc (de exemplu, îi contrazice pe ceilalți, îi umilește, are atitudine sau comportament șocant, este răzbunător, își asumă riscuri excesive).
- Stilul manipulator - reprezintă o formă de comunicare prin care emițătorul încearcă să determine receptorul să gândească sau să acționeze conform intereselor lui (ale emițătorului) lăsându-i receptorului impresia libertății de decizie. Se realizează prin prezentarea voit fragmentată a unei situații fără a se urmări înțelegerea completă a situației de către ambele părți ci mai degrabă înțelegerea convenabilă a acesteia de către una dintre părți.

⚠ Stilul de comunicare asertiv este cel mai eficient stil de comunicare.

Ascultarea activă și feedback-ul

Ascultarea activă este o tehnică de a asculta și a răspunde, care duce la îmbunătățirea înțelegerii reciproce și la depășirea obstacolelor în comunicare. Prin ascultare atentă, permanent contact vizual, observarea limbajului corpului, feedback sub formă de parafrazare sau întrebări scurte asigurăm vorbitorul că este ascultat. Ascultarea activă este o tehnică valoroasă care cere ascultătorului să rețină, să înțeleagă, să răspundă și să păstreze cu atenție ceea ce se spune.
Ascultătorul poate, de asemenea, să acorde o atenție deosebită comportamentului vorbitorului și limbajului corpului, pentru a înțelege mai bine mesajul lui.
Pentru o ascultarea activă eficientă, sunt necesare câteva abilități și respectarea unor reguli cheie (13)

Figura 3. Abilitați de ascultare



Pentru a fi un ascultător eficient se recomandă următoarele

Fiți atenți.

Un obiectiv al ascultării active și al unui ascultător eficient este acela de a stabili un ton confortabil care să-i ofere posibilitatea interlocutorului de a gândi și de a vorbi. Acordați-i „timp de așteptare” înainte de a răspunde. Nu-i terminați propozițiile sau nu vă formulați răspunsul înainte ca vorbitorul să fi terminat.

Nu judecați.

Ascultarea activă necesită o minte deschisă. În calitate de ascultător, fiți deschis la noi idei, noi perspective. Evitați judecarea ideilor exprimate de vorbitor.

Reflectați.

Când sunteți ascultător, nu presupuneți că înțelegeți corect vorbitorul. Reflectați asupra informațiilor și emoțiilor parafrazând periodic puncte cheie. Reflectarea este o tehnică de ascultare activă care indică faptul că dvs. și omologul dvs. sunteți pe aceeași parte.

Parafrazați.

Reformularea de către ascultător a celor spuse de vorbitor cu cuvinte proprii, inclusiv sentimentele percepute prin limbajul nonverbal (tonul vocii, expresia feței, limbajul trupului). Scopul parafrazării este verificarea înțelegerii celor spuse de vorbitor.

Clarificați.

Puneți întrebări despre orice problemă care este ambiguă sau neclară atunci când vă angajați într-o ascultare activă.
Întrebările deschise, clarificatoare și de examinare sunt instrumente importante de ascultare activă.

Rezumați.

- Restabilirea temelor cheie pe măsură ce se desfășoară conversația confirmă și consolidează înțelegerea punctului de vedere al celuilalt. Rezumați pe scurt ceea ce ați înțeles în timp ce practicați ascultarea activă și rugați-o pe cealaltă persoană să facă același lucru.

Distribuiți.

- Ascultarea activă se referă mai întâi la înțelegerea celeilalte persoane, apoi la a fi înțeles ca ascultător. Pe măsură ce obțineți o înțelegere mai clară a perspectivei celeilalte persoane, puteți începe să vă prezentați ideile, sentimentele și sugestiile. Nu vă grăbiți să dați sfaturi sau să trageți concluzii

Transmiteți feedback la mesajul recepționat

- Feedback-ul este o metodă de reflectare, utilizată în verificarea propriilor percepții, atitudini și acțiuni. (14)
- Feedback-ul se referă la răspunsul sau reacția receptorului la mesajul expeditorului.
- Feedback-ul este un răspuns verbal sau nonverbal la un mesaj.
- Feedback-ul este esența comunicării și este pasul final al procesului de comunicare. Fără feedback de la receptor, procesul de comunicare rămâne incomplet. Acest feedback poate fi un mesaj oral sau scris, sau acțiune, sau pur și simplu tăcere. Feedback-ul ajută o altă persoană să ia în considerare schimbarea comportamentului sau alterarea unui mesaj.
- În ascultarea activă feedback-ul se obține prin parafrazare, sumarizare și reflectarea sentimentelor / emoțiilor.

Cei care comunică trebuie să fie ascultați și înțeleși dar în aceeași măsură trebuie să fie buni ascultători, să perceapă cuvintele dar și mesajele nonverbale.
Contrariul ascultării active este ascultarea ineficientă care duce la blocaj și eșec în comunicare. Folosirea unor cuvinte nepotrivite conduc la un astfel de eșec. (15) Exemple:

- Cuvinte prin care se ordonă: Trebuie să…
- Cuvinte de avertizare sau amenințare: Dacă nu faci asta…
- Cuvinte moralizatoare: N-a fost frumos din partea ta...
- Cuvinte care pun presiune: Tu realizezi ce ai făcut...
- Cuvinte care sfătuiesc: De ce nu faci cum îți spun eu...
- Cuvinte care critică învinuiesc: Nu gândești corect...
- Cuvinte care laudă nepotrivit: Ai făcut exact cum ți-am spus eu...
- Cuvinte care liniștesc formal: Nu te îngrijora, lasă că va fi bine...
- Cuvinte care chestionează pentru etichetare: De ce a trebuit să faci asta?...
- Cuvinte care evită o discuție: Putem să discutăm asta mai târziu...
- Sarcasme și glume: Asta îmi amintește de...
- Cuvinte de respingere: Nu vreau să aud despre asta...
- Clișee: este pentru binele tău, capul sus...

Barierele în comunicare

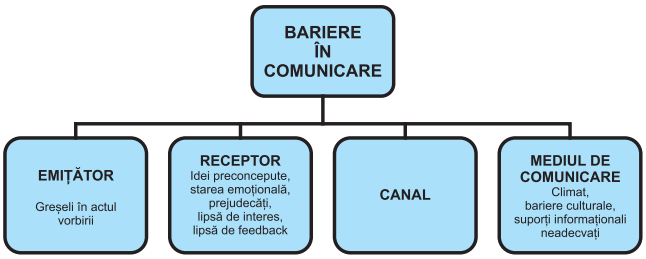
În esență procesul de comunicare tinde spre atingerea a patru scopuri principale:

- Să fim receptați
- Să fim înțeleși
- Să fim acceptați
- Să producem o reacție / schimbare la nivelul opiniilor, atitudinilor sau comportamentelor.

Dacă niciunul dintre aceste scopuri nu a fost atins înseamnă că ceva a interferat în procesul de trans-

mitere a mesajelor. Aceasta interferență care determină alterarea mesajului se numește barieră sau obstacol în comunicare.
Barierele în comunicare pot apărea de la emițător, receptor, mediu / cod dar și de la contextul în care are loc procesul comunicării. (Figura 4)

Figura 4. Barierele în comunicare



Barierele de limbaj specifice emițătorului apar datorită unor greșeli petrecute în actul vorbirii:
- Utilizarea unor cuvinte care au sensuri diferite pentru diferite persoane
- Utilizarea unor termeni (cuvinte și expresii) inadecvate ori confuze (expresii argotice, eufemisme)
- Utilizarea unor termeni care nu țin cont că în grupul receptorilor pot exista persoane cu educație și experiență diferite;
- Utilizarea expresiilor colocviale sau regionale ce pot fi interpretate greșit sau chiar considerate a fi jignitoare
- Polarizări în limbajul folosit care reduc mesajele strict la două posibilități opuse
- Dificultățile de exprimare în limba cunoscută de receptori
- Logoreea - defectul emițătorului de a vorbi mult și fără rost

La nivelul receptorului barierele pot generate de:
- Ideile preconcepute sau starea emoțională a receptorului care pot deforma mesajele;
- Prejudecățile și receptivitatea scăzută față de idei noi a receptorilor
- Generalizarea unor situații particulare afectează credibilitatea mesajului
- Dificultățile de înțelegere datorate insuficientei cunoașteri a temei abordate
- Lipsa de interes a receptorului față de mesaj
- Supraîncărcarea mesajului cu informații
- Lipsa solicitării feedback-ului poate favoriza receptarea defectuoasă a mesajelor

Barierele care țin de canalul de comunicare se referă la mijloacele care asigură transmiterea mesajelor dintre emițător și receptor și cuprinde: sistemele de transmisie-recepție; sistemele de transport; sistemele de codificare-decodificare.

Barierele care țin de mediul de comunicare, se referă la factorii care acționează din exterior asupra procesului de comunicare, deteriorând actul comunicării.
Voicu, M și Rusu C, apreciază că aceste bariere provin din (16):
- Climatul necorespunzător în care are loc comunicarea (frig, zgomot, lumină insuficientă);
- Folosirea suporţilor informaționali necorespunzători ori inadecvați (fluturași informativi care utilizează mulți termeni tehnici, așezarea anunțurilor la o înălțime prea mare etc.);
- Lungimea excesivă a canalelor care determină o comunicare mai greoaie și expusă la pierderi de informații.

O altă categorie de macrobariere sunt cele culturale (religioase, lingvistice, social-politice etc.). Acestea sunt specifice grupurilor mai mari sau mai mici iar ignorarea lor poate constitui bariere greu de contracarat.

Prevenirea barierelor în comunicare

Pentru prevenirea barierelor în comunicare emițătorul trebuie să analizeze următoarele aspecte:
- Care este scopul comunicării (informare, schimbare de opinie, comportament)
- Cine este receptorul mesajului (vârstă, sex, educație, statut social)
- Unde și când va avea loc transmiterea mesajului (locul, contextul, în ce moment)
- Relația dintre emițător și receptor
- Cum va fi comunicat mesajul (verbal, scris, imagini)

Pentru înlăturarea potențialelor bariere și optimizarea comunicării:
- Emițătorul trebuie să țină seama de întregul ansamblu al contextului în care se realizează comunicarea deoarece mesajul nu se transmite doar prin cuvinte.
- Emițătorul trebuie să fie atent la nuanțe, la tonul folosit.
- Emițătorul trebuie să-și dezvolte capacitatea de a vedea lucrurile și din punct de vedere al celui căruia îi este destinat mesajul.
- Emițătorul trebuie să încurajeze receptorii să pună întrebări și să se încurajeze reciproc în exprimarea reacțiilor, astfel emițătorul putând prin feedback să-și dea seama dacă mesajul a fost înțeles.
- Cei care comunică trebuie să fie ascultați și înțeleși dar în aceeași măsură trebuie să fie buni

ascultători, să perceapă cuvintele dar și mesajele nonverbale.

COMUNICAREA ÎN SĂNĂTATEA REPRODUCERII ȘI SEXUALITĂȚII LA ADOLESCENȚI

Educația pentru promovarea sănătății reproducerii și sexualității

Comunicarea ca acțiune preventivă în sănătatea reproducerii îmbracă două forme și anume: educația pentru promovarea sănătății reproducerii și sexualității și consilierea.
Definiție: conceptul educația pentru sănătatea reproducerii prevede „furnizarea de informații despre aspectele cognitive, emoționale, sociale și fizice ale sexualității, care începe devreme în copilărie și progresează pe parcursul adolescenței și vieții adulte, în mod gradual și progresiv, furnizează copiilor și adolescenților informații, abilități și valori pozitive pentru a-și înțelege sexualitatea, a avea relații sexuale în siguranță și armonioase și a fi responsabili pentru sănătatea sexuală proprie și a partenerilor”. (17)
Educația pentru promovarea sănătății reproducerii la copii și adolescenți are scopul de a dezvolta și îmbunătăți abilitatea copiilor și tinerilor de a face alegeri conștiente, sănătoase și respectuoase privind relațiile, sexualitatea și sănătatea emoțională și fizică. (18)

Educația pentru promovarea sănătății reproducerii și sexualității sau educația sexuală nu încurajează tinerii să facă sex, ci le oferă informațiile necesare de igienă și comportament pentru a lua decizii informate și responsabile.
Programele de educație pentru promovarea sănătății reproduceri și sexualității aliniate cu principiile OMS sunt importante nu numai pentru prevenirea sarcinilor nedorite și a infecțiilor cu transmitere sexuală, ci și pentru a dezvolta identitatea de gen și imaginea pozitivă a propriului corp, promovarea stimei de sine, comunicare pozitivă în relații și facilitarea luării deciziilor responsabile și adecvate vârstei. (19)

Abordările privind sănătatea sexuală a adolescenților trebuie să aibă în vedere tema acceptării sexualității ca un aspect normal și pozitiv al vieții unei persoane, permițând tinerilor să exploreze, să experimenteze și să-și exprime sexualitatea în moduri sănătoase, pozitive, plăcute și sigure. Acest lucru se poate întâmpla doar atunci când drepturile sexuale ale tinerilor sunt respectate.

Principiile și standardele OMS privind educația pentru sănătatea reproducerii și sexualității la tineri recomandă informații despre ce ar trebui să știe și să înțeleagă copii și adolescenții la diferite vârste pentru a-și forma atitudini valori și comportament care să îi ferească de riscuri. (20)

Se recomandă ca adolescenții de 12-15 ani să fie informați să știe și să înțeleagă schimbările ce se petrec cu corpul lor, să dezvolte o atitudine responsabilă privind evitarea sarcinilor nedorite, să dezvolte emoții și o atitudine pozitivă și respectuoasă în relații, să-și cunoască drepturile și responsabilitățile lor. (21)
În anul 2020 s-a făcut un pas hotărâtor în promovarea educației sexuale prin adoptarea şi promulgarea Legii 45 / 2020 pentru modificarea și completarea Legii nr. 272 / 2004 privind protecția și promovarea drepturilor copilului, care prevede ” la articolul 46 alineatul (3), partea introductivă și litera i) (…) următorul cuprins: (3) Organele de specialitate ale administrației publice centrale, autoritățile administrației publice locale, precum și orice alte instituții publice sau private cu atribuții în domeniul sănătății și în domeniul educației sunt obligate să adopte, în condițiile legii, toate măsurile necesare pentru:(...) i) derularea sistematică în unitățile școlare, cel puțin o dată pe semestru, de programe de educație pentru viață, inclusiv educație sexuală pentru copii, în vederea prevenirii contactării bolilor cu transmitere sexuală și a gravidității minorelor.”

Consilierea în sănătatea reproducerii

Consilierea este „terapie centrată pe client” (Carl Rogers),spre deosebire de asistența medicală a unui „pacient” care presupune o relație de ierarhie în care furnizorul de asistență medicală știe cel mai bine de ce are nevoie pacientul.
Definiție: „Consilierea” clasică se referă la „consultații sistematice pentru abordarea problemelor emoționale, psihologice și sociale care influențează sănătatea și bunăstarea unei persoane”. (22)
Consilierea clasică formală se caracterizează prin continuitate; adică, un anumit furnizor construiește în timp o relație de încredere cu un client.
Începând cu anul 2008, OMS a elaborat o serie de recomandări de bune practici și de politici sanitare privind comunicarea și consilierea în domeniul sănătății reproducerii și sexualității bazate pe studii de caz, situații revizuite sistematic de grupuri de experți și s-a construit conceptul **comunicarea scurtă legată de sexualitate** (CSS).

Se recomandă utilizarea comunicării scurte în abordarea tematicii legate de sexualitate, preferențial, față de consilierea formală propriu zisă (cea sistematică și continuă). (23)

Definiție. Prin conceptul de „comunicare scurtă legată de sexualitate”(CSS) furnizorul de serviciu - un medic, o asistentă medicală comunitară, un mediator sanitar sau un educator în domeniul sănătății - folosește oportunistic abilitățile sale de consiliere pentru a aborda problematica sexualității și pentru a promova bunăstarea sexuală.

Aceste abilități de consiliere sunt aplicate pe durata unei vizite de asistență medicală în care cea mai mare parte a timpului este petrecut ascultând preocupările clientului, spre deosebire de situația în care furnizorul de asistență medicală este implicat într-o activitate tipic medicală în care folosește cea mai mare parte a timpului pentru a-și transmite expertiza.

Spre deosebire de consilierea profesională, CSS nu necesită păstrarea și asigurarea continuității furnizorului de serviciu.

Se recomandă în CSS ca personalul medical implicat să ia în considerare dimensiunile psihologice sociale și biologice ale sexualității având ca scop sprijinirea clienților în reformularea emoțiilor legate de sexualitate și reproducere pe baza unei mai bune înțelegeri a acestora. Astfel profesioniștii contribuie la modelarea unui comportament responsabil și sigur, al clientului. Pentru atingerea scopului propus personalul medical va utiliza în general întrebări deschise și nu directe. (24)

Se recomandă ca furnizorul de servicii medicale să abordeze comunicarea scurtă legată de sexualitate axându-se în principal pe modelul „informare, motivare și schimbare de comportament” care să încorporeze următoarele patru componente: (25)

- Participare: stabilirea relației cu clientul prin întrebări tipice pe care furnizorii de asistență medicală le pot folosi într-un mod adecvat din punct de vedere social pentru a iniția subiectul sănătății sexuale, cum ar fi: „Aveți întrebări sau nelămuriri despre probleme sexuale?”
- Disponibilitate / deschidere prin întrebări care deschid conversația despre sănătatea sexuală și sexualitate, cum ar fi: „Ești mulțumit de viața ta sexuală?”; „Viața ta sexuală merge așa cum îți dorești?”; „Cum te simți în relațiile tale sexuale cu ceilalți?”
- Personalizare: identificarea existenței unor preocupări sexuale, dificultăți, disfuncții sau tulburări prin întrebări cum ar fi „Ce dificultăți aveți în folosirea prezervativelor?”; „Unele persoane care au avut o anumită problemă (de exemplu, inițierea vieții sexuale, contracepție - indiferent cu ce se confruntă clientul) îmi spun că au avut probleme sexuale; pentru tine cum e?”
- Inițiere: furnizarea de informații și, împreună cu clientul, identificarea pașilor care trebuie sau ar putea fi întreprinși.

Procesul se încheie prin planificarea monitorizării sau oferirea unei recomandări pentru alte resurse și servicii atunci când este necesar. În acest fel clientul este sprijinit în explorarea, înțelegerea și acționarea pentru sănătatea sa sexuală.

Se recomandă ca factorii de decizie în domeniul sănătății și factorii de decizie din instituțiile de formare profesională din domeniul sănătății să se asigure că CSS, respectă și protejează pe deplin drepturile omului, fără constrângere, discriminare și violență, oferind:

- Cel mai înalt standard de sănătate posibil, inclusiv accesul la serviciile de sănătate sexuală și reproductivă;
- Informații pentru respectarea integrității corporale;
- Informații privind alegerea partenerului;
- Informații privind decizia dacă să fie activ sexual sau nu;
- Informații despre relații sexuale consensuale, căsătorie consensuală;
- Informații privind cum să ia decizia de avea copii și câți;
- Informații privind o viață sexuală satisfăcătoare, sigură și plăcută.

O abordare a CSS bazată pe drepturilor omului presupune un mediu și o atitudine care asigură confidențialitate. O „abordare pozitivă despre sex și bazată pe drepturi duce la împuternicirea propriei persoane și reducerea inegalității de gen, a violenței sexuale, a rușinii, a fricii, insecurității, discriminării și stigmatizării”. (2)

Se recomandă instruirea furnizorilor de servicii medicale referitor la problematica sănătății sexuale și dobândirea unor abilități de comunicare scurtă legată de sexualitate (CSS), prevenirea sarcinilor nedorite și a ITS atât în rândul adulților cât și adolescenților.

În comunicare este util ca furnizorii de servicii de sănătate să folosească un limbaj adecvat, să vorbească deschis și confortabil despre sexualita-

te. Aceste fapt îi va face pe tineri sa-şi înţeleagă schimbările fizice şi emoţionale prin care trec, să-şi înţeleagă dezvoltarea şi să-şi construiască stima de sine şi ii va ajuta să-şi dezvolte încrederea atunci când comunică cu adulţii.

Educaţia pentru sănătatea reproducerii şi sexualităţii şi consilierea tinerilor contribuie la obţinerea, la nivel individual, comunitar şi social a următoarelor rezultate:

- Climat social tolerant, deschis şi respectuos faţă de sexualitate, faţă de diferite stiluri de viaţă, atitudini şi valori;
- Respect faţă de diversitatea sexuală şi diferenţe de gen şi cunoaşterea identităţii sexuale şi a rolurilor de gen;
- Abilitate crescuta de a face alegeri informate, bazate pe înţelegere, precum şi de a acţiona responsabil faţă de sine şi faţă de partener;
- Nivel de conştientizare şi acumularea de cunoştinţe crescute despre corpul uman, dezvoltarea şi funcţiile acestuia, în special, în ceea ce priveşte sexualitatea;
- Abilitate crescută a persoanei de a se dezvolta ca fiinţă sexuală, mai concret, de a învăţa să-şi exprime sentimentele şi nevoile, de a se bucura de sexualitate în mod plăcut şi de a dezvolta rolurile de gen şi identitatea sexuală;
- Informaţii corespunzătoare cu privire la aspectele cognitive, sociale, emoţionale şi culturale despre sexualitate, contracepţie, prevenirea ITS şi HIV şi a constrângerii sexuale;
- Deprinderi de viaţă pentru a face faţă diferitelor aspecte privind sexualitatea şi relaţiile umane;
- Informaţii cu privire la oferirea şi accesul la consiliere şi servicii medicale, în special în cazul problemelor şi întrebărilor aferente sexualităţii;
- Introspecţie şi reflecţie asupra sexualităţii şi diferitelor norme şi valori conexe drepturilor omului pentru dezvoltarea atitudinilor critice;
- Abilitate de a stabili relaţii (sexuale) în care să persiste înţelegerea reciprocă şi respectul faţă de nevoile şi limitele celuilalt în contextual unor relaţii egale. Acest fapt contribuie la prevenirea abuzului şi violenţei sexuale;
- Abilitate de a comunica despre sexualitate, emoţii şi relaţii printr-un vocabular corespunzător;

Rolul asistenţei medicale comunitare (27, 28)

Printre numeroasele activităţi desfăşurate în domeniul asistenţei primare şi medicale comunitare de către persoanele care au atribuţii legale în acest domeniu se regăsesc şi cele care fac referire la

- Programe şi acţiuni destinate protejării sănătăţii, promovării sănătăţii în directa legătură cu determinanţi ai stării de sănătate, respectiv stil de viaţă, condiţii de mediu fizic şi social, acces la servicii de sănătate şi efectuarea de activităţi de educaţie pentru sănătate în vederea adoptării unui stil de viaţă sănătos;, stipulate norme: informează, educă şi conştientizează membrii colectivităţii locale cu privire la menţinerea unui stil de viaţă sănătos şi implementează sesiuni de educaţie pentru sănătate de grup, pentru promovarea unui stil de viaţă sănătos împreună cu personalul din cadrul serviciului de promovare a sănătăţii din cadrul direcţiilor de sănătate publică judeţene şi a municipiului Bucureşti
- Consiliere medicală şi socială, în limita competenţelor profesionale legale;
- Organizare şi desfăşurare de acţiuni în comun cu serviciile sociale din primărie şi personal din alte structuri de la nivel local sau judeţean, în cazul problemelor sociale care pot afecta starea de sănătate sau accesul la servicii medicale ale persoanei vulnerabile;
- Colaborarea cu alte instituţii şi organizaţii, inclusiv cu organizaţii neguvernamentale pentru realizarea de programe, proiecte şi acţiuni care se adresează persoanelor sau grupurilor vulnerabile din punct de vedere medical, economic sau social;
- Desfăşurarea activităţii în sistem integrat asistentul social / tehnicianul în asistenţă socială, consilierul şcolar şi / sau mediatorul şcolar, pentru gestionarea integrată a problemelor medico-socio-educaţionale ale persoanelor vulnerabile şi lucrează în echipă asistentul medical comunitar şi / sau mediatorul sanitar / moaşa, acolo unde este cazul;
- Participarea la realizarea planului comun de intervenţie al echipei comunitare integrate, din perspectiva serviciilor de sănătate şi coordonează implementarea intervenţiilor integrate dacă prioritatea de intervenţie este medicală şi de acces la serviciile de sănătate; participă la monitorizarea intervenţiei şi evaluarea impactului, din perspectivă medicală şi a serviciilor de sănătate.

Bibliografie

1. McQuail Denis, „Communication Theory" -6Th Edition, SAGE Publications Ltd, 2010, (http://www.bou.ac.ir/portal/file/?171392/Mass.Communication.Theory.6th.Edition-(McQuails)-.pdf)
2. Carl I. Hovland, Irving L. Janis und Harold H. Kelley Communication and Persuasion (1953) în book: Schlüsselwerke der Medienwirkungsforschung, Publisher: Springer, 2016
3. Joseph A. DeVito (1988) Human Communication: The Basic Course, Harper &Row, 1988
4. Principles of management, The Communication Process (https://www.cliffsnotes.com/study-guides/principles-of-management/communication-and-interpersonal-skills/the-communication-process)
5. (https://www.communicationtheory.org/osgood-schramm-model-of-communication/)
6. (https://www.communicationtheory.org/osgood-schramm-model-of-communication/)
7. (9) (https://www.didactform.snsh.ro/baza-de-date-online-cu-resurse-educationale-pentru-sustinerea-educatiei-incluzive-de-calitate/codurile-si-canalele-de-comunicare-educarea-comunicarii-incluzive)
8. Albert E. Scheflen with Alice Scheflen, Body language and social order: communication as behavioral control / Englewood Cliffs, N. J.: Prentice-Hall, [1973, c 1972] A Spectrum book;
10. Cucos, C, Pedagogie, Editura Polirom, Iași 1996
11. Saundra Hybels; Richard L Weaver, II Communicating effectively, by Saundra Hybels and Richard Weaver. New York, Random House (1989)
12. (https://clipsi.ro/stilul-comunicare-asertiv-agresiv-manipulator-nonsertiv/)
13. (https://www.ccl.org/articles/leading-effectively-articles/coaching-others-use-active-listening-skills/)
14. (https://thebusinesscommunication.com/what-is-communication-feedback-causes-of-poor-feedback/)
15. Healthy Child Manitoba Office, „ Volunteer Manual & Training Curriculum for Adolescent Sexual and Reproductive Health Counselling", 2008, (https://www.gov.mb.ca/healthychild/mcad/had_volunteermanual.pdf)
16. Voicu, Monica, Rusu, Costache, ABC-ul comunicării manageriale, Editura „Danubius, Brăila, 1998
18. Sexuality Education. Policy brief 1, 2015 (UNFPA, OMS, German Federal Center for Health Education); Standards for Sexuality Education în Europe, (https://eeca.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/GAKC_Policy_Brief_No_1_rz.pdf)
19. (21), (21), World Health Organization / Europe, „Health behaviours among adolescents în Romania: Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study 2018: Research report (2020)", (https://www.who.int/europe/publications/m/item/health-behaviours-among-adolescents-in-romania--health-behaviour-in-school-aged-children-(hbsc)-study-2018--research-report-(2020))
22. ŞCOALA NAŢIONALĂ DE SĂNĂTATE PUBLICĂ ŞI MANAGEMENT, „Promovarea sănătății și educație pentru sănătate", Editura PUBLIC H PRESS București 2006, (http://www.snspms.ro/UserFiles/File/ph_press/php_ps_edsan.pdf)
23. (24), (25), (26). World Health Organization, „Brief sexuality-related communication. Recommendations for a public health approach", (https://www.who.int/publications/i/item/789241549004)
27. Hotărârea nr. 324/2019 pentru aprobarea Normelor metodologice privind organizarea, funcționarea și finanțarea activității de asistență medicală comunitară, (https://legislatie.just.ro/Public/DetaliiDocumentAfis/214842)
28. Legea 180/2017 pentru aprobarea Ordonanței de urgență a Guvernului nr. 18/2017 privind asistența medicală comunitară, (https://legislatie.just.ro/Public/DetaliiDocumentAfis/191448)

PARTEA II.
EDUCAȚIE PENTRU SĂNĂTATEA REPRODUCERII ȘI SEXUALITĂȚII TINERILOR

TRANSFERUL INFORMAȚIILOR DIN GHID PARTEA I CĂTRE ADOLESCENȚI ȘI TINERI

Este important ca profesioniștii din sănătate să plece de la premiza că adolescenții și tinerii pot învăța să ia decizii informate și să adopte comportamente pentru a menține o stare de bine a sănătății sexuale și a reproducerii și a preveni sarcinile nedorite, infecțiile cu transmitere sexuală, HIV / SIDA și violența legată de gen.
În acest capitol sunt prezentate câteva instrumente necesare transferului de informații, abilități și atitudini către adolescenți și tineri, care vor putea fi aplicate pentru organizarea unui atelier din domeniul SSR de către profesioniștii în sănătate.

CONDIȚII PENTRU O BUNĂ FACILITARE A ATELIERELOR CU ADOLESCENȚII PENTRU EDUCAȚIA SEXUALITĂȚII / SĂNĂTATEA REPRODUCERII

Înainte de a interacționa cu adolescenții și tinerii în cabinet sau în atelier pentru cele 6 arii de intervenție ale sănătății reproducerii și a sexualității, este important să vă răspundeți la următoarele întrebări importante:
Care sunt valorile și convingerile mele privind sexualitatea?
Ce se întâmplă dacă interacționez cu cineva care are valori și convingeri diferite privind sexualitatea? Dar dacă acea persoană este un adolescent?
Pot aborda cu adolescenții aspectele sănătății reproducerii și a sexualității într-o manieră lipsită de prejudecăți? Am cunoștințele, abilitățile și atitudinile necesare pentru a face acest lucru?
Abilitățile și atitudinile care vă sunt necesare ca să lucrați ca facilitator în ateliere cu adolescenții și tinerii sunt:

1. Să vă placă cu adevărat să lucrați cu tinerii
2. Să-i implicați, astfel încât să se simtă respectați, să participe și să dezvăluie ceea ce simt / cred
3. Să nu-i judecați pe ei sau comportamentele lor
4. Să-i ascultați cu atenție și acceptare, indiferent cât de rebeli ar putea fi, știind că au nevoie de informație și de sprijin
5. Să respectați opiniile tinerilor, chiar dacă acestea sunt foarte diferite de propriile dvs. opinii.
6. Să vă simțiți confortabil să discutați despre sexualitate și alte aspecte care se referă la relații
7. Să explorați cum își gestionează adolescenții emoțiile, modul de viață / obiceiurile, cum se prezintă cu stima de sine
8. Să utilizați un limbaj adecvat înțelegerii lor, să oferiți informații simple și corecte
9. Să fiți capabili de a utiliza o gamă de tehnici de formare diferite
10. Să fiți pregătiți să rezolvați probleme de dinamică de grup și comunicare, cu răbdare, înțelepciune și simțul umorului!

PRINCIPIILE ÎNVĂȚĂRII ADOLESCENȚILOR ȘI TINERILOR

Adulții (dar și adolescenții!) învață când procesul de învățare:

1. Este auto- direcționat (determinat de către ei înșiși). Adultul poate să își asume responsabilități pentru ceea ce învață pentru că își știe cel mai bine nevoile.
2. Răspunde unor nevoi recent identificate. Motivația de a învăța este maximă când învățarea întâlnește nevoi recent identificate.
3. Este participativ. Eficiența învățării este mult mai mare dacă procesul este activ, nu pasiv.
4. Este experienţial. Învățarea prin împărtășirea experiențelor este forma cea mai eficace de însușire a cunoștințelor, a noului; participanții învață unul de la altul, uneori și formatorul învață de la participanți. (Adolescenții și tinerii rețin mult mai ușor informațiile pe care le descoperă ei înșiși decât ceea ce le transmit alții).
5. Este reflectiv. Învățarea maximă dintr-o experiență se produce când cel / cea care trece prin respectiva experiență reflectează la ceea ce s-a întâmplat, analizează experiența respectivă și mai ales identifică învățămintele acestei experiențe, din care extrage principiile pe care le va aplica în experiențe similare viitoare.
6. Furnizează feedback. Feedback-ul constructiv dar suportiv este o condiție pentru ca învățarea să fie eficace.
7. Presupune respectarea celui care se instruiește.

Respectul mutual și încrederea între formator și persoana care se instruiește au efecte benefice asupra procesului de învățare.

8. Implică existența unei atmosfere sigure. O persoană relaxată, binedispusă, își însușește mult mai ușor noutăți decât o persoană speriată, stânjenită sau supărată.
9. Presupune ameliorarea / schimbarea comportamentului. Simpla receptare a unor informații nu presupune schimbarea; este necesar să se modifice atitudinile și concepțiile pentru a se îmbunătăți performanța.

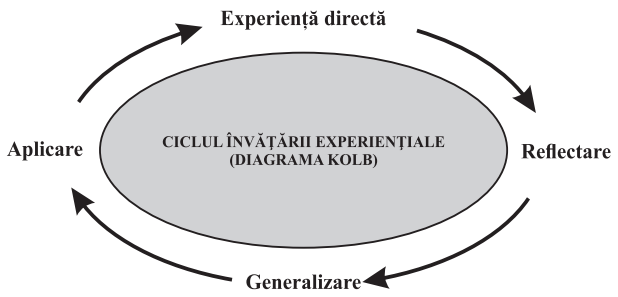
CICLUL ÎNVĂȚĂRII EXPERIENȚIALE (DIAGRAMA KOLB)

Motto: „Spune-mi și voi uita, arată-mi și-mi voi aminti, explică-mi și voi înțelege, implică-mă și voi face" (proverb chinez)

Ciclul învățării experienţiale se construiește pe baza cunoștințelor, abilităților, atitudinilor existente (experiențele existente).

- Experiența (activitatea de învățare respectivă)
- Reflectarea experienței,
- Generalizarea experienței
- Aplicarea experienței în viața de zi cu zi a participanților

Figura nr. 1. Diagrama Kolb



Întrebări

Pasul 1. Experiența directă. Ciclul începe prin implicarea participanților într-o experiență de formare, când educatorul dă instrucțiunile.

Întrebări: Sunt neclarități? Aveți întrebări? Mai aveți nevoie de timp?

Pasul 2. După experiență, reflectarea în grup. Educatorul pune întrebări deschise pentru a facilita reflectarea experienței trăite: Ce s-a întâmplat? Ce ați simțit legat de această experiență? Ce ai observat?

Pasul 3. Generalizare - tragerea concluziilor

Întrebările Educatorului: Ce ai învățat din această experiență? Ce concluzii putem trage?

Pasul 4. Aplicare

Educatorul adresează întrebări pentru a vedea în ce măsură participanții vor aplica în practică ceea ce au învățat: Cum ai putea aplica ceea ce ai învățat? Ce dificultăți crezi că vei avea în aplicare? Dacă ar fi să repeți experiența, cum ai putea să o faci diferit (altfel)?

METODE CARE POT FI UTILIZATE ÎN FACILITAREA ATELIERELOR CU ADOLESCENȚII

1. SPĂRGĂTORUL DE GHEAȚĂ ȘI DESCHIZĂTORUL DE DRUM

Descriere

- Este un tip de exerciții (jocuri) de 5-10 min care se folosesc la deschiderea atelierului sau la începutul unei sesiuni ca să "dezghețe" ambianța sau să introducă o temă într-o manieră neconvențională.
- Sunt activități antrenante, energizante sau relaxante cu rol de a facilita comunicarea între participanți și facilitator
- Poate furniza informații despre comportamentele participanților și facilitatorului

De ținut cont

- Caracteristicile membrilor grupului și diferențele culturale
- Momentul aplicării exercițiului
- Procesarea exercițiului- se discută cu participanții despre ce s-a întâmplat, ce concluzii se pot trage legat de tema pe care o introduce

2. BRAINSTORMING

Descriere

- Este o metodă de prin care se obține, în timp scurt, un număr mare de idei sau soluții de la un grup de participanți pornind de la o întrebare / o temă oferită grupului
- Încurajează gândirea creativă și participanții mai timizi, toate ideile fiind acceptate
- Ajută la o bună dinamică de grup
- Se urmează pași simpli: se decide tema, se propune grupului în timp de 5- 10 min să genereze idei, să spună ce gândesc; se notează toate pe flicpchart, se încurajează participarea
- După ce s-au cules ideile, la finalizarea timpu-

lui se analizează cu grupul care din răspunsuri se păstrează și apoi se trag concluzii și se discută aplicarea în practică

De ținut cont

- Este importantă atitudinea verbală și nonverbală a facilitatorului care are rolul să implice cât mai mulți participanți
- Din când în când facilitatorul reiterează tema ca să nu se devieze de la subiect
- Dacă există divergențe privind selecția finală a răspunsurilor, facilitatorul propune votul

3. TUR CIRCULAR

Descriere

- Se pretează la o temă la care toți participanții au ceva de spus
- Poate explora opiniile sau atitudinile adolescenților
- Necesită timp ca fiecare să participe și să fie ascultat

De ținut cont

- Toți participanții sunt invitați să vorbească
- Facilitatorul trece de la unul la altul folosind contactul vizual
- La sfârșit se trag concluzii privind răspunsurile și modul cum se poate aplica în practică

4. LUCRU ÎN GRUPURI MICI

Descriere

- Este o activitate care permite participanților să-și împărtășească experiențele, ideile sau să rezolve probleme în grup mic
- Îmbunătățește comunicarea în grup și rezolvarea de probleme
- Promovează lucrul în echipă și clarifică valorile personale

De ținut cont

- Grupurile pot fi de 3-7 persoane
- Sarcinile trebuie să fie clare, clar distribuite, pentru un anumit interval de timp
- După finalizare grupurile sunt invitate să prezinte ce au lucrat și se trag concluzii în grup mare

5. VARIANTA - PIRAMIDA (BULGĂRELE DE ZĂPADĂ)

Descriere

- Exercițiul începe cu fiecare participant în parte și sfârșește prin a implica tot grupul.
- Inițial, participanții sunt rugați în mod individual să rezolve o sarcină, apoi se unesc câte doi și discută în perechi concluziile la care au ajuns, încercând să găsească un consens;
- Exercițiul se repetă prin unirea grupurilor de 2, 4, 8 participanți, de fiecare dată grupurile alegându-și câte un reprezentant (raportor) care să prezinte mai departe concluziile comune.

De ținut cont

- Este important ca exercițiul să aibă o limită de timp
- Raportorii trebuie să prezinte fidel concluziile grupului pe care-l reprezintă și asupra cărora grupul a căzut de acord, și nu propriile sale concluzii.

6. METODA PUZZLE

Descriere

- Este utilă de folosit în cazul în care participanții au de stabilit împreună o listă de control, ai căror pași sunt dați deja de către facilitator sau identificați prin brainstorming de către participanți;
- Grupul va aranja aceste etape în succesiune logică, sau în secvența lor cronologică, într-o anumită limită de timp.
- Ulterior se discută în grup procedura și concluziile.

De ținut cont

- Piesele puzzle-ului trebuie să fie clare, precise
- Participanții vor reconstitui puzzle-ul fie în grupuri mici, fie în plen

7. STUDIU DE CAZ

Descriere

- Descrierea unei situații ipotetice care este utilizată pentru analiză și discuții
- Se discută aspectele legate de problematica specifică într-o anumită situație
- Oferă ocazia de a dezvolta abilități de luarea deciziilor și rezolvare de probleme în condiții „de laborator”

De ținut cont

- Cazul trebuie ales în strânsă concordanță cu experiența cursantului
- Problemele sunt deseori complexe și cu multe fațete
- Nu există întotdeauna o singură soluție

8. DEMONSTRAȚIA

Descriere

- Pentru a forma o anumită abilitate sau tehnică
- Pentru a furniza un model pentru o abordare pas cu pas
- Implică participanții să practice

De ținut cont

- Necesită planificare și practică de către facilitator un timp înainte
- Este important să existe materiale suficiente pentru ca fiecare dintre participanți să practice
- Practica participanților este supervizată de facilitatori

9. SIMULAREA

Descriere

- Simularea este o reproducere a unei situații reale din viață
- Permite participanților să experimenteze luarea unei decizii în situații „reale", fără să se teamă de consecința deciziilor lor
- Este o modalitate de a aplica cunoștințe, a dezvolta abilități și a examina atitudini în contextul situațiilor reale

De ținut cont

- Participanții sunt capabili să învețe prin descoperire și să reacționeze pe cont propriu
- Permite un feedback rapid
- Necesită materiale / echipamente suficiente pentru a reproduce o participare din viața reală

10. ACVARIUL

Descriere

- Acvariul este o tehnică participativă care are ca scop formarea / intensificarea dinamicii de grup
- Un grup mic de participanți participă, ceilalți sunt observatori
- Este o metodă utilă de a ameliora relațiile și comunicările
- Scaunele se dispun în două cercuri concentrice, unul mai mic în interior (2-3 scaune) și restul în exterior.
- Pe scaunele din cercul interior se așază 2-3 participanți care încep o discuție referitoare la subiectul dat. Odată începuta discuția, orice membru din cercul exterior poate veni să participe la discuție înlocuind unul dintre cei 2-3 protagoniști inițiali.
- Această înlocuire se poate face numai atingând ușor cu mâna umărul unei persoane din cercul central, atunci când aceasta tace.
- Se pot petrece oricât de multe mișcări între participanții din cercul exterior și cel interior, înlocuirea făcându-se numai când unul dintre participanții din cercul interior tace.

De ținut cont

- Tema aleasă de discuție trebuie să fie de interes major pentru cursanți, pentru a-i motiva să participe
- Este bine de a pune o limită de timp discuției (1 / 2 de sesiune, de exemplu), pentru a da prilejul apoi grupului să discute experiența.
- Facilitatorul trebuie să fie vigilent pentru a nu permite unui singur participant să polarizeze atenția sau pentru a lăsa să lâncezească discuția. În acest sens facilitatorul poate participa și el la exercițiu. Această intervenție poate avea loc fie la început, pentru a încuraja participarea, fie mai târziu, pentru a redirecționa discuția.
- Facilitatorul procesează exercițiul la sfârșit pentru a extrage principalele concluzii

11. JOC DE ROL

Descriere

- Într-un joc de rol, două sau mai multe persoane interpretează roluri dintr-un scenariu legat de o temă
- Oferă un mediu sigur în care participanții pot explora probleme care i-ar face să se simtă stânjeniți în viața reală
- Ajută participanții să experimenteze soluții alternative la anumite situații

De ținut cont

- Un joc de rol este spontan; nu necesită un scenariu foarte riguros
- Este important ca actorii să-și înțeleagă bine rolurile pentru ca jocul de rol să reușească
- La sfârșitul jocului participanții trebuie să iasă din rol

12. PRELEGEREA (PREZENTAREA)

Descriere:

- Este o activitate condusă de un specialist capabil să transmită informații, teorii sau principii.
- Formele de prezentare variază de la prelegerea propriu-zisă până la o oarecare implicare a cursantului prin întrebări și discuții
- Poate transmite noutăți, fapte, statistici

De ținut cont

- Maxim 7 minute
- Permite o comunicare într-un singur sens de aceea tema trebuie să fie chiar interesantă pentru participanți
- După prezentare, este necesar un dialog cu grupul: întrebări / răspunsuri, concluzii etc.

Tabel nr. 1. Alegerea tehnicilor potrivite de formare

TIPURI DE ÎNVĂȚARE	ACTIVITĂȚI DE FACILITARE	ACTIVITĂȚI DE EVALUARE
Informații	Materiale audio-video Prezentări Materiale citite brainstorming	Discuții în grup mare, chestionare
Abilități (manualitate, de comunicare, de planificare)	Demonstrație + lista de control Instrucțiuni urmate de practică + feedback Studiu de caz Lucru în grupuri mici Acvariul Brainstorming	Observație directă in: practicarea abilității, simulare Joc de rol (pentru abilități de comunicare) Utilizarea listei de control
Atitudini / valori	Lucru în grupuri mici, acvariul Joc de rol Brainstorming	Indirect prin observarea comportamentelor, în special în timpul practicii Joc de rol

ÎNTREBĂRI PENTRU SELECTAREA METODELOR DE FORMARE

1. Permite metoda îndeplinirea obiectivelor sesiunii?
2. Facilitează metoda învățarea de cunoștințe, atitudini sau abilități?
3. Pentru aplicarea metodei este necesară existența unei experiențe anterioare în privința unor cunoștințe, abilități și conștientizarea unor atitudini?
4. Cât timp necesită metoda:
- Pentru pregătire?
- Pentru aplicare?
- Pentru analiză (procesare, evaluare)
5. Cât de mult spațiu este necesar pentru aplicarea metodei?
6. Este metoda potrivită pentru mărimea grupului?
7. Ce fel de materiale / echipamente necesită aplicarea metodei? Sunt disponibile?
8. Ce abilități speciale sunt necesare facilitatorului pentru aplicarea metodelor? Posedă el aceste abilități?
9. Necesită metoda participarea activă a grupului?
10. Este metoda simplă, economică, interesantă pentru atingerea metodelor sau nu?
11. Pentru captarea interesului participanților: nu utilizați o singură metodă pe parcursul atelierului pentru a nu se plictisi, nici prea multe metode fiindcă sesiunea ar putea fi percepută ca superficială.

LISTA DE VERIFICARE PENTRU ORGANIZAREA UNUI ATELIER SRH

I. CONŢINUT

1. Selecția conținutului

Bazat pe Ghidul de prevenție
Numai informațiile relevante pentru adolescenți

2. Organizarea pe sesiuni

Conectare la sesiunea precedentă
Secvenţionalizare logică
Sintetizarea de la finele sesiunii, cu trimitere la obiectivele sesiunii

3. Obiective

Formulate în termeni comportamentali
Reflectă cu acuratețe ariile cunoștințelor, abilităților și atitudinilor pe care le vor dobândi adolescenții

II. PROCES

1. Climatul învățării

- Cointeresarea interesului participanților asupra subiectului
- Participarea activă a membrilor grupului
- Raporturi pozitive între participanți și formator
- Feedback-ul pentru participanți este construit și oferit cu tact și onestitate
- Mediu sigur, lipsit de amenințări de orice fel

2. Învățarea experienţială

- Învățarea începe cu o experiență
- Participanții sunt întrebați despre opinia lor privind respectiva experiență
- Sunt invitați să tragă concluzii (indiferent dacă experiența a fost legată de cunoștințe, atitudini sau de abilități)
- Participanții fac conexiuni între conținutul sesiunii și aplicații pentru viața lor

3. Tehnici de facilitare. Educatorul

- Folosește întrebări pentru promovarea discuției
- Încurajează participanții să pună întrebări
- Utilizează tehnica parafrazării și sumarizării
- Coordonează fluxul discuției
- Utilizează o comunicare eficace nonverbală

4. Tehnici de formare

- Selecție adecvată a tehnicilor în scopul realizării obiectivelor
- Adecvarea tehnicilor la categoria de obiective vizată: cunoștințe, abilități și / sau atitudini în domeniul SRH
- Secvenţionalizare logică a tehnicilor pentru a conduce la aplicarea practică în atelier

5. Mijloace ajutătoare

- Selecție și folosire adecvată a mijloacelor vizuale pentru a crește calitatea atelierului
- Organizare și scriere lizibilă a colilor A 0 (flipchart-ului)
- Utilizare adecvată a flipchart-ului

Timpul

- Educatorul conștientizează limitele de timp și facilitează respectarea acestor intervale
- Participanții sunt conștientizați asupra duratei de efectuare a tuturor activităților
- Timpul alocat pentru prelucrarea temelor este suficient

Partea a doua a Ghidului de prevenție pentru sănătatea reproducerii și sexualității tinerilor este un instrument de lucru pentru profesioniștii din asistența medicală primară care vor susține ateliere educaționale pentru adolescenți și tineri.
Partea a doua a ghidului este structurată pe 9 module (20 ore a 50 de minute), fiecare modul având aceeași structură: obiective, activități, timp și metodă alocate, rezumatul sesiunii.
Astfel Ghidul de prevenție reprezintă un pachet educațional care este pus la dispoziția profesioniștilor din asistența primară și comunitară spre a fi adaptat la condițiile specifice ale grupurilor de adolescenți.
Adaptarea acestor activități pentru grupul țintă corespunzător presupune o bună cunoaștere a subiectelor dar și creativitate și capacitatea de a percepe nevoile reale de educație pentru a identifica și transfera cu cât mai multă acuratețe cunoștințe, abilități și atitudini pentru adolescenți și / sau tineri.

Profesioniștii acestui program vor:

1. Primi informațiile din acest manual ca pe sugestii, nu ca pe instrucțiuni
2. Utiliza exercițiile propuse într-o manieră flexibilă, îmbunătățindu-le sau adaptându-le în acord cu expertiza lor și cu specificul grupului

3. Îmbunătăți materialul de bază cu alte informații pe care le consideră relevante

PREGĂTIREA ATELIERULUI

Înainte de sesiunea introductivă (de începerea cursului) facilitatorul întâlnirii face o ultimă verificare a sălii:
- Distribuția scaunelor în cerc
- Existența meselor grupate în afara sau în spatele cercului pentru lucrul în grupuri (min. 3 mese cu scaune)
- Aparatură funcțională - laptop și videoproiector, prelungitor și sursă de curent funcțională
- Flipchart cu coli A0, coli A4, A3 și markere de scris colorate; de preferat 2 flipchart-uri
- Materiale necesare pentru curs: manuale, prezentările .ppt, Ghidul de prevenție, alte materiale necesare
- Lumină, căldură / aer condiționat funcționale; identificarea toaletei în apropierea sălii

Educatorii primesc participanții la atelier afișând o coală de flipchart sau proiectând pe ecran mesajul „Bine ați venit!". Fiecare participant va primi la intrare în sala de curs: agenda de desfășurare a cursului, sesiunea introductivă din manualul participantului, mapa caiet / coli A4 capsate, pix) + / - ecusoane. Pe măsura derulării modulelor participanții vor primi fasciculele corespunzătoare din manualul participantului.

Pentru sesiunea introductivă educatorii pregătesc:

- Lista obiectivelor atelierului (coală flipchart sau .ppt)
- Prezentarea agendei de lucru, în format .ppt
- Lista drepturilor adolescenților / tinerilor privind sănătatea sexuală și reproductivă

Materialele care se vor înmâna participanților

- Manualul participantului / sesiunea introductivă care conține:

1. Definiția sănătății sexuale și reproductive
2. Drepturi privind sexualitatea și reproducerea

MODUL 1 (SESIUNEA INTRODUCTIVĂ)
Timp: 50 min (1h)

Obiectivele sesiunii. La sfârșitul primei sesiuni, participanții vor fi capabili să:
1. Își identifice așteptările la atelier
2. Clarifice statutul de „adevărat" sau „fals" a 10 afirmații din sfera Sexualității și Sănătății sexuale și reproductive

1. Prezentare Educator - 10 min

Formatorul se prezintă și furnizează câteva detalii despre proiect și despre curs / atelier:
- Atelierul se adresează adolescenților și tinerilor
- Atelierul cuprinde 9 module (20 ore a 50 min) și principalele activităţi se vor derula având la bază Ghidul de prevenție

2. Prezentare participanți +așteptări: Plen + Lucru în echipe - 20 min

- Se presupune că participanții se cunosc, fiind colegi de clasă
- Facilitatorul îi invită pe participanți să se ridice în picioare și să se plimbe prin sală aleator, alegând o persoană pe care nu o cunosc. Împreună vor forma o pereche și vor discuta timp de 5 minute:

- 1-2 lucruri pe care speră să le afle de la atelier
- 1-2 lucruri pe care se tem să le abordeze / pentru care simt jenă să vorbească

- Facilitatorului face un tabel pe flipchart, împărțind pe verticală coala în două: **SPERANȚE / TEMERI** și apoi invită fiecare pereche să spună ce au discutat și notează răspunsurile în tabel. La sfârșit dă citire celor 2 liste și comentează cu participanții (cât de comune sunt speranțele și temerile)
- Facilitatorul face legătura apoi cu obiectivele atelierului pe care le prezintă în .ppt sau pe flipchart, le explică faptul că prin obiectivele atelierului vor aborda aceste aspecte.

4. Obiectivele atelierului - Prezentare 5 min

Facilitatorul prezintă apoi obiectivele atelierului care sunt scrise pe flipchart sau în ppt.
La sfârșitul atelierului, participanții vor fi capabili să:
1. Enumere drepturile asociate sănătății sexuale și reproductive
2. Identifice caracteristicile de dezvoltare a adolescenților și tinerilor incluzând sănătatea sexuală și a reproducerii
3. Explice importanța respectului de sine în rezolvarea problemelor și luarea deciziilor privind comportamentul sexual

4. Explice cum pot fi prevenite sarcinile nedorite, a HIV/SIDA și infecțiile cu transmitere sexuală
5. Explice cum pot fi protejați adolescenții și tinerii împotriva abuzului, violenței sexuale și a violenței împotriva femeilor și fetelor
6. Explice impactul unei sarcini precoce în viața adolescenților și tinerilor
7. Dezvolte un plan de acțiune individual pentru exprimarea în siguranță a sexualității și protejarea sănătăţii sexuale și reproductive a adolescenților și tinerilor

- Facilitatorul poate comenta suplimentar fiecare obiectiv astfel încât să se apropie de așteptări și îi întreabă în ce măsură obiectivele răspund la speranțele lor sau la temerile lor. Dacă este cazul, poate adăuga la atelier și alte aspecte care sunt importante pentru participanți.
- Pentru cele care nu pot fi abordate în atelier, facilitatorul dă soluții: furnizează participanților alte surse de informare, etc.

5. Agenda programului- 5 min

Facilitatorul prezintă agenda programului care se va întinde pe parcursul a 9 module: 20 ore a 50 min, corelând subiectele abordate și activitățile de formare cu obiectivele prezentate. Agreează cu participanții reperele orare zilnice.
Modul 1: Sesiunea introductivă - 1 oră
Modul 2: 3 ore. Particularități de dezvoltare a adolescenților și tinerilor. Educația sexuală
Modul 3: 2 ore. Importanța respectului de sine în rezolvarea de probleme și luarea deciziilor.
Modul 4: 4 ore (2 săptămâni) Sarcina la adolescente. Prevenirea sarcinilor nedorite: contracepția și întreruperea cursului sarcinii
Modul 5: 2 ore. Sarcina la adolescente; urmărirea pre și postnatală
Modul 6: 2 ore. Prevenirea Infecțiilor cu transmitere sexuală.
Modul 7: 2 ore. Prevenirea HIV / SIDA
Modul 8: 2 ore. Prevenirea violenței sexuale pentru adolescenți și tineri
Modul 9: 2 ore. Plan de acțiune individual pentru exprimarea în siguranță a sexualității și protejarea sănătăţii sexuale și reproductive a adolescenților și tinerilor

6. Stabilirea regulilor de grup - Discuții 5 min

- Facilitatorul invită participanții să stabilească împreună câteva reguli de grup necesare bunei funcționări în cadrul atelierului. Se notează toate propunerile participanților privind modul de desfășurare a activităților. Este important să se stabilească / să se cadă de acord asupra reperelor orare din programul propus în agendă. Se face o listă pe flipchart care va fi afișată ulterior. Subliniază importanța toleranței la opinii diferite, deschiderea, comunicarea în siguranță etc.

Se anunță principalele aspecte administrative: ora și locul unde se servește masa, și pauzele de cafea, deconturi (dacă este cazul), alte detalii.

7. Test 10 min

- Facilitatorul îi invită pe participanți să stabilească statutul de adevărat sau fals a 10 afirmații, precizând că același test le va fi distribuit și la sfârșitul atelierului. Afirmațiile nu vor fi comentate acum ci la sfârșitul atelierului, pentru a vedea dacă există un progres al învățării.

Tabel nr. 2. Rezumat Modul 1 Sesiunea introductivă

Nr. crt.	Activități	Metode de formare	Timp total: 50 min
1	Prezentare formator și program	Expunere	5 min
2	Așteptările participanților la program (speranțe și temeri)	Sumarizare din prezentările participanților	20 min
4	Obiectivele atelierului și agenda	Prezentare formator	10 min
5	Reguli de grup	Listare opinii grup	5 min
6	Pretest adevărat -fals	Test	10 min

SESIUNEA INTRODUCTIVĂ. MATERIALE PARTICIPANȚI

PRE-POST TEST

1. După un raport sexual, un băiat poate preveni contractarea ITS spălându-și imediat partea intimă cu apă sau luând un antibiotic. A / F
2. Actul sexual este singura modalitate prin care o fată îi poate dovedi băiatului că îl iubește A / F
3. Infecțiile cu transmitere sexuală (ITS) se pot transmite prin practicarea sexului oral. A / F
4. Dacă o fată urinează imediat după actul sexual atunci nu va rămâne gravidă. A / F
5. O fată poate rămâne însărcinată dacă are un contact sexual înainte de prima menstruație A / F
6. Abstinența este singura metodă contraceptivă cu eficacitate 100% . A / F
7. Imaginea de sine și despre propriul corp se formează în mica copilărie A / F
8. Poluțiile nocturne (vise umede) sunt o indicație a unor tulburări sexuale. A / F
9. Dacă s-a produs erecția, un băiat (bărbat) trebuie să ejaculeze altfel îi va dăuna sănătății A / F
10. Dacă o fată (o femeie) are scurgeri abundente din vagin înseamnă că are ITS. A / F

Răspunsuri:

1. Fals
2. Fals
3. Adevărat
4. Fals
5. Adevărat (ovulația se produce înaintea menstrei)
6. Adevărat
7. Adevărat
8. Fals
9. Fals
10. Fals

Definiția Sănătății sexuale și reproductive (OMS): este o stare de bine fizică, emoțională, mentală și socială în ceea ce privește toate aspectele legate de sexualitate și reproducere, nu doar absența disfuncției, a infirmității sau a mortalității, și întrucât fiecare persoană are dreptul de a lua decizii cu privire la corpul propriu, fără discriminare, constrângere sau violență, și de a avea acces la serviciile de sănătate sexuală și reproductivă care susțin acest drept și de a avea o abordare pozitivă față de sexualitate și reproducere, deoarece sexualitatea constituie o parte integrantă a existenței umane.

MODUL 2 EDUCAȚIA SEXUALĂ
Timp: 150 min (3h)

Obiectivele sesiunii. La sfârșitul sesiunii, participanții vor fi capabili să:

1. Definească / explice termenii de: „Sex”, „Gen”, „Sexualitate”, „Sexualizare”, „Sex virtual” etc.
2. Descrie caracteristicile de dezvoltare sexuală a adolescenților și tinerilor
3. Explice componentele sexualității și să clarifice diferiți termeni privind manifestarea sexualității
4. Identifice principalele mituri privind sexualitatea vehiculate de adolescenți
5. Identifice cel puțin un drept privind sexualitatea și reproducerea pentru adolescenți / tineri

ORA 1

1. Definiții termeni Puzzle 15 min

- Educatorul explică participanților că în această sesiune vor utiliza diferiți termeni necesari în abordarea educației sexuale.

Le propune să se grupeze în 3 (4) grupe și le distribuie cartonașe cu termeni ”Sex”, ”Gen”, „Sexualitate”, „Sexualizare”, „Sexism ” „Sexting”, „Hărțuire sexuală”, „Cyber sex”, „Online Grooming” și separat definițiile pe fâșii de hârtie. Facilitatorul le propune să asocieze corect termenii cu definițiile (10 min). În următoarele 10 min verifică cu grupurile aceste asocieri.

Facilitatorul cere opinia participanților privind gradul de familiarizare cu acești termeni, în special a celor privind sexul virtual și invită adolescenții să-ți exprime părerea și să de exemple.

2. Sexualitate-Brainstorming și discuții 15 min

- Se prezintă definiția sexualității și componentele sale:
  - Sănătatea sexuală și reproducerea
  - Identitatea sexuală (identitatea de gen, expresia de gen, orientarea sexuală)
  - Senzualitatea
  - Intimitatea

- Facilitatorul roagă participanții să identifice modul cum se exprimă sexualitatea pentru adolescenți și tineri, notează răspunsurile pe flipchart și apoi le trece în revistă cu grupul, selectând răspunsurile cu care toată lumea este de acord.
- Facilitatorul poate face comentarii privind evoluția (sau involuția!) formelor de manifestare a sexualității de-a lungul timpului, însoțite sau nu de romantism.

Exprimarea sexualității a fost specifică fiecărei epoci: demonstrarea vitejiei și curajului în fața domniței iubite în vremea cavalerilor, priviri, serenade, ode, poezii, transmiterea de scrisori, șuvițe, batiste, petale de flori - exprimare romantică, apoi exprimări din ce în ce mai explicite sexual, sărut, mângâiere, întâlniri cu atingeri intime fără act sexual, fantezii erotice, ”solo-sex” (autostimulare -masturbare), sexting, cyber sex, camming, sex oral, act sexual.

În această exprimare un rol important îl manifestă vârsta, religia, spiritualitatea, familia, aspecte socio-economice etc.

3. Drepturile privind sexualitatea și reproducerea - Lucru în grupuri mici 20 min

- Facilitatorul invită participanții să se grupeze în 4 grupe și el înmânează lista drepturilor privind sexualitatea și reproducerea și câte două studii de caz, pentru care participanți trebuie să verifice gradul de respectare a acestor drepturi. Participanții au 5 min la dispoziție și apoi fiecare raportează ce drepturi au identificat.
- Se face reflectarea și se discută despre importanța respectării drepturilor de toată lumea; este bine să antreneze în discuția de grup cât mai mulți adolescenți.

ORA 2

Se face o scurtă rememorare a noțiunilor abordate în Ora 1 a Modulului.

4. Dezvoltare adolescenți și tineri -Prezentare și discuții 20 min

- Facilitatorul trece în revistă succint prin prezentare (aprox. 15 min) particularitățile de dezvoltare ale adolescenților și tinerilor și antrenează grupul în discuție privind diferențele cele mai importante ale celor 4 intervale de vârstă adolescenți și tineri

Tabel nr. 1. Caracteristici de dezvoltare adolescenți / tineri

Factori care influențează dezvoltarea și SH	Prepubertate Sub 10 ani	Adolescența timpurie 10-14 ani	Adolescența mijlocie 15-19 ani	Tineretul adult 20-24 ani
1. Modificări biologice / fiziologice				
2. Emoțiile				
3. Cogniția				
4. Identitatea				
5. Familia				
6. Sexualitatea				
7. Societatea				
8. Etica și moralitatea				

5. Noțiuni de anatomie, fiziologie și embriologie privind organele sexuale: brainwriting, prezentare și discuții în grup mare 30 min

- Facilitatorul distribuie participanților 1-2 file post-it-uri la fiecare și îi roagă să scrie citeț un lucru pe care nu-l știu despre organele genitale, despre dezvoltarea sexuală feminină și masculină, despre actul sexual. Îi roagă pe participanți să lipească biletele pe tablă.
- Explică apoi participanților despre dezvoltarea organelor sexuale (elemente de fiziologie și embriologie din materialul pentru participanți). Înainte de a explica, formatorul pune întrebări pentru a da posibilitatea participanților să spună ce știu de la orele de biologie.
- După finalizarea prezentării / discuției, facilitatorul roagă participanții să aleagă câte un bilețel de pe tablă, să-l citească și să răspundă fiecare având în vedere noțiunile primite. Poate completa dacă este cazul și îi poate întreba pe ceilalți dacă au completări de făcut.

ORA 3

6. Educația sexuală: Nevoi de cunoștințe, abilități și atitudini adolescenți - lucru în grupuri mici 30 min

- Facilitatorul prezintă definiția / definițiile Educației sexuale și apoi invită grupul să identifice în 3(4) grupuri principalele nevoi ale adolescenților și tinerilor în procesul de educație sexuală în funcție de grupele de vârstă prezentate anterior. (20 min) Le explică participanților ce înseamnă cunoștințe, abilități și atitudini.
- Facilitatorul invită fiecare grup să prezinte nevoile pe care adolescenții le-au identificat și completează dacă este cazul cu tipul de informații despre cunoștințe, abilități și atitudini.
- Le oferă participanților materialele din mapă.

6. Afirmații adevărat / fals. Demontarea principalelor mituri privind sexualitatea Brainstorming și discuții 20 min

- Ca încheiere la ora 2 formatorul propune grupului să menționeze principalele mituri pe care le-au auzit de-a lungul timpului care circulă printre adolescenți și să comenteze anumite afirmații adevărat / fals despre sexualitate.

Tabel nr. 2. Rezumat Modul 2

Nr. crt.	Activități	Metode de formare	Timp total: 150 min
	ORA 1		50 min
	Definiții termeni	Puzzle	15 min
	Sexualitatea	Brainstorming și discuții	15 min
	Drepturile privind sexualitatea și reproducerea la adolescenți / tineri	Lucru în grupuri mici Studii de caz	20 min
	ORA 2		50 min
	Dezvoltare adolescenți și tineri	Prezentare .ppt	20 min
	Noțiuni de anatomie, embriologie și fiziologie a organelor genitale	Brainwritting, prezentare și discuții	30 min
	ORA 3		50 min
	Educația sexuală: nevoi educaționale pentru adolescenți	Lucru în grupuri mici	30 min
	Mituri privind sexualitatea	Brainstorming și discuții	20 min

MODULUL 2
MATERIALE PENTRU PARTICIPANȚI

DEFINIȚII

SEX: se referă la caracteristici biologice ce definesc oamenii, în general, ca femei sau bărbați (penis, vagin, sâni, testicule, ovare etc.).

GEN: se referă la roluri, responsabilități și comportamente construite social și puterea asociată cu aceste roluri. Noțiunile definite cultural de „masculinitate" și „feminitate", care pot varia între culturi și se pot schimba în timp.

SEXUALITATE: se referă la un aspect central al ființei umane de-a lungul vieții și cuprinde sexul, identitățile și rolurile de gen, orientarea sexuală, erotismul, plăcerea, intimitatea și reproducerea. Este experimentată și exprimată în gânduri, fantezii, dorințe, credințe, atitudini, valori, comportamente, practici, roluri și relații și este influențată de interacțiunea factorilor biologici, psihologici, sociali, economici, politici, culturali, juridici, istorici, religioși și spirituali.

ORIENTAREA SEXUALĂ: se referă la sexul sau genul persoanelor care sunt în centrul dorințelor, fanteziilor, romantismului și simțurilor erotice sau amoroase, sexul față de care o persoană este atrasă.

SEXUALIZARE: se referă la apariția caracterelor sexuale în cursul dezvoltării individului / a da un sens sexual unui lucru.

SEX VIRTUAL: se referă la o activitate sexuală în care doi sau mai mulți oameni - sau o persoană și un personaj virtual - se reunesc prin intermediul unor forme de echipament de comunicații pentru a se stimula reciproc prin transmiterea de mesaje explicite sexual.
SEXTING: se referă la sexul virtual trimis prin intermediul mesageriei text a rețelei de telefonie mobilă
CYBER SEX: se referă la tipul de sex virtual pe Internet, incluzând e-mail, mesagerie instantanee, camere de chat, webcam, jocuri de rol etc.
CAMMING: se referă la sexul virtual prin intermediul chat-ului video
GROOMING: se referă la ademenirea unui copil de către un adult, pentru a fi supus abuzurilor sexuale discuții pe teme intime, inclusiv în mediul virtual, pentru expunerea treptată la materiale cu conținut sexual în vederea scăderii rezistenței / inhibiției copilului.
SEXISM se referă la discriminare sexuală care funcționează, de regulă, în defavoarea femeilor și în favoarea bărbaților, la nivel individual, dar și instituțional.
HĂRȚUIRE SEXUALĂ: se referă la comportamentul prin care victima este determinată să ofere favoruri sexuale, de obicei la locul de muncă, prin intimidare, amenințare sau constrângere, făptuitorul abuzând de funcția sau puterea sa pentru a-și atinge scopurile.

CARACTERISTICI CHEIE DE DEZVOLTARE PE PARCURSUL ETAPELOR ADOLESCENȚEI

PREPUBERTATEA (SUB 10 ANI)

Definiții Educație sexuală preluate din Standarde pentru educația sexuală în Europa, Un cadru pentru factorii de decizie politică, specialiști și autorități din domeniul educației și sănătății, Biroul Regional OMS pentru Europa și BZgA, 2010)

Educația sexuală presupune învățarea despre aspectele cognitive, emoționale, sociale, interactive și fizice ale sexualității.
(IPPF) Educația sexuală cuprinzătoare are scopul de a înzestra tinerii cu informațiile, abilitățile atitudinile și valorile de care au nevoie pentru a determina și a se bucura de senzualitatea propriedin perspectiva fizică și emoțională, individuală și a relațiilor. Aceasta privește ”sexualitatea” în mod global în contextul dezvoltării emoționale și sociale. Ea recunoaște faptul că doar informarea nu este suficientă. Tinerilor trebuie să li se ofere posibilitatea de a dobândi abilitățile principale de viață și de a-și forma atitudini și valori pozitive.
(UNESCO) Educația sexuală este definită ca o abordare de predare a aspectelor ce țin de sex și relații, adecvată vârstei și relevantă din punct de vedere cultural, prin oferirea unor informații corecte din punct de vedere științific, realiste și lipsite de prejudecăți. Educația sexuală oferă posibilități de explorare a propriilor valori și atitudini, precum și de formare a abilităților de luare a deciziilor, de comunicare și de reducere a riscurilor vis-a-vis de multe aspecte ce țin de sexualitate.

Scopul educației sexuale. Tinerii au nevoie de:

1. Informații clare și complete despre schimbările corporale în pubertate, sexualitate, concepție și cum să se protejeze de sarcină, de ITS și de HIV; ce drepturi au.
2. Oportunități de a învăța despre virtuți și de a le pune în practică și să exploreze valorile și atitudinile cu privire la sexualitate și la gen.
3. O stimă de sine ridicată, astfel încât să creadă că merită să fie protejați.
4. Abilități de comunicare, astfel încât să poată vorbi despre probleme sexuale într-un mod adecvat.
5. Abilități de stabilire a obiectivelor, rezolvare a problemelor și de luare a deciziilor, astfel încât să poată face și acționa în funcție de bune decizii.
6. Servicii de sănătate care să le asigure nevoile de SSR fără a fi judecați.
7. Prieteni, familie și comunități care să le protejeze și să îi sprijine pe măsură ce cresc, îi fac să se simtă bine cu ei înșiși și îi ajută să ia decizii bune și să evite participațiile sexuale dăunătoare.
8. Comunități mobilizate care în funcție de specificul cultural și de condițiile concrete fac schimbări care le permit tinerilor să rămână fericiți, sănătoși și în siguranță.

NIVEL DE CUNOȘTINȚE PENTRU ADOLESCENȚI

1. Cunoștințe despre anatomia, fiziologia și embriologia organelor sexuale și de reproducere
2. Sănătatea și igiena aparatului reproducător
3. Modul în care genul ca rol social influențează credințele și comportamentul sexual
4. Drepturile sexuale și reproductive
5. Mituri sexuale, asigurându-se că se face dis-

tincția între mituri și tradiții culturale
6. Cunoștințe despre opțiunile privind actul sexual
7. Cunoștințe despre reproducere și contracepție
8. Sarcina la adolescente și tinere
9. Cunoștințe despre ITS - etiologia, simptomele și prevenirea acestora

ABILITĂȚI ADOLESCENȚI ȘI TINERI

1. Capacitatea de a negocia cum, când și unde să își exprime sexualitatea.
2. Abilități de stabilirea obiectivelor, rezolvare a problemelor și de luare a deciziilor, astfel încât să poată face și acționa în funcție de bune decizii
3. Abilitatea de a lua propriile decizii cu privire la propria sexualitate și la comportamentul sexual.
4. Capacitatea de a comunica despre propriile emoții și propria sexualitate.
5. Abilitatea de a utiliza contraceptive în mod corespunzător.
6. Abilitatea de a preveni ITS și HIV
7. Abilitatea de a exprima intimitatea fără interacțiune sexuală.
8. Abilitatea de a discuta despre sexualitate în mod confortabil și fără jenă.
9. Abilitatea de a căuta informații despre sexualitate.

ATITUDINI ADOLESCENȚI ȘI TINERI

1. Acceptarea propriului corp
2. Atitudinea de încredere, acceptare și bunăvoință față de sine pentru creșterea stimei de sine, astfel încât să creadă că merită să fie protejați
3. Dezvoltarea discernământului în stabilirea relațiilor
4. Adoptarea și aplicarea unor virtuți; explorarea valorilor și atitudinilor cu privire la sexualitate și la gen.
5. Atitudinea de încredere în profesioniști

După Medical Women's International Association TRANING MANUAL - ADOLESCENT SEXUALITY
Copyright © 2004

Drepturi privind Sexualitatea și Reproducerea (după Reproductive Rights. A tool for monitoring state obligations: Center for Reproductive Rights and UNFPA):

Dreptul la viață - printre altele, stipulează că viața niciunei femei nu trebuie să fie pusă în pericol de sarcină sau prin lipsa accesului la servicii de sănătate și informații și include și dreptul de a avea o viață sexuală sigură și satisfăcătoare.
Dreptul la libertatea și securitatea persoanei - recunoaște ca nicio femeie nu poate fi supusă la graviditate forțată, sterilizare forțată sau avort forțat.
Dreptul la sănătate
Dreptul de a decide numărul copiilor și spațializare sarcinilor
Dreptul de a consimți în privința căsătoriei și egalitatea partenerilor în căsătorie
Dreptul la viața privată
Dreptul la libertatea de gândire
Dreptul la egalitate și non-discriminare
Dreptul de a alege dacă să se căsătorească și să aibă copii
Dreptul de a fi protejat privind tortura, cruzimea sau alte practici inumane sau degradante și pedeapsa (din motive legate de sexualitate și reproducere)
Dreptul de a fi ferit de violență bazată pe gen
Dreptul la informare și educație privind sexualitatea și reproducerea
Dreptul de a beneficia de progresul științific (pentru a proteja starea de sănătate a reproducerii și sexualității)

Studii de caz pentru identificarea drepturilor

1. Când află că fiica lor adolescentă a rămas însărcinată, părinții o programează la o clinică pentru a face avort. Tânăra se teme de atitudinea părinților în ce privește sarcina, dar și-ar dori să păstreze copilul, la fel și partenerul ei. (D2, 9)
2. Un adolescent are raporturi sexuale cu mai multe partenere în aceeași perioadă de timp și nu folosește prezervativ. (D3)
3. Părinții decid conform tradiției să-și căsătorească copiii de la vârsta adolescenței. (D5)
4. Mama se uită periodic pe Facebook-ul fetei și îi citește mesajele din telefon pentru că așa consideră că poate anticipa o relație nepotrivită. (D6)
5. Părinții sunt îngrijorați că la școală se fac ore de educație sexuală și le este teamă ca fiul lor de 12 ani să nu fie pervertit, mai ales că se vorbește și de homosexualitate (D7,8,12)
6. O adolescentă a trimis o poză sexy prietenului ei și află că acesta a distribuit-o prietenilor iar acum aceștia o hărțuiesc. (D 11)
7. Tatăl vitreg al unei adolescente a atins-o în zona intimă și a amenințat-o că o va persecuta dacă vorbește despre asta. (D10,11)
8. Mamă a 5 copii, o femeie este avertizată de medic că următoarea sarcină i-ar putea fi fata-

lă. Îi propune o rețetă de contraceptive moderne potrivite pentru ea. Femeia spune că nu are cum să se protejeze deoarece soțul ei nu dorește să folosească prezervativ și nici nu o lasă să folosească o metodă contraceptivă. (D 1, 4, 13)

NOȚIUNI DE ANATOMIE, FIZIOLOGIE ȘI EMBRIOLOGIE PRIVIND ORGANELE SEXUALE

Terminologie organe sexuale. La bărbat:

1. Testicul: glandă genitală masculină pereche, care produce spermatozoizii și hormonii masculini.
2. Epididimul: organ cilindric format din canalele testiculului în care spermatozoizii sunt reținuți timp de șase săptămâni, până la maturitate.
3. Vas deferens: duct care servește drept pasaj pentru celulele spermatozoizilor
4. Vezicula seminală: structură care oferă hrană pentru spermatozoizii maturi
5. Glanda prostatică și glanda Cowper: responsabile pentru secreția de lichid seminal care servește la neutralizarea acidității uretrei, protejând astfel spermatozoizii în timpul trecerii lor.
6. Uretra: cale de trecere atât a urinei, cât și a lichidului seminal în afara corpului
7. Penis: organ sexual prin care se elimină sperma și urina, prin intermediul uretrei
8. Scrot: înveliș cutanat care conține testiculul și epididimul său

Terminologie organe sexuale. La femeie:

1. Ovarele: glandă genitală feminină pereche care eliberează ovulele și secretă hormonii feminini
2. Fimbrii: proiecții asemănătoare cu părul care ajută la conducerea unui ovul matur eliberat de ovare să treacă prin trompele uterine.
3. Trompele uterine: Calea de trecere a ovulelor ajunse la maturitate de la ovare la uter
4. Uterul: structură musculară, cu pereți groși delimitând o cavitate în care se dezvoltă un făt după concepție
5. Endometru: mucoasa uterului unde se atașează un embrion pentru a se hrăni
6. Cervix (col uterin): deschiderea uterului spre canalul vaginal
7. Vagin: organ sexual care face legătura dintre colul uterin și vulvă și servește ca o ieșire pentru fluxul menstrual
8. Vulvă: totalitatea organelor genitale externe ale femeii: muntele lui Venus, labii mari și mici, clitoris, glande

Dezvoltare embriologică

1. Un embrion în stadii incipiente (în jurul săptămânilor 5-6) are structuri reproductive, canale și gonade care se pot dezvolta fie spre un sistem feminin fie masculin. Odată ce genele care determină sexul sunt activate, structurile corespunzătoare vor rămâne, în timp ce celelalte degenerează.
2. Glandul penisului la bărbat și clitorisul la femeie au aceeași origine embriologică și sunt la fel de bine inervate, reprezentând cea mai sensibilă parte a aparatului reproducător, având au un rol similar în orgasm
3. Scrotul la bărbat și labiile majore la femeie au aceeași origine embriologică
4. Uretra spongioasă (care parcurge penisul) și labiile mici (care înconjoară orificiul uretral și vaginul) au de asemenea aceeași origine embriologică
5. Testiculele la bărbat și ovarele la femei au aceeași origine, gonada primitivă. Testiculele produc cca 1500 spermatozoizi / secundă începând cu perioada de pubertate, cca 120 milioane spermatozoizi / zi. Procesul de spermatogeneză este continuu, la fiecare 64 de zile se produc alți spermatozoizi. În ovare se formează în luna a 5-a a perioadei fetale cca 2 milioane de ovocite. La naștere, există aproximativ 1 milion de ovocite; iar până la pubertate rămân aproximativ 300. 000. Dintre acestea, doar 300 până la 400 vor ajunge la maturizare în timpul perioadei fertile a unei femei.

Dezvoltarea funcției reproductive feminine pe înțelesul adolescenților

Atunci când o fată începe să aibă menstruație, ea este de obicei considerată „femeie”, deși este posibil să nu se simtă deloc diferit. Menstruația este rezultatul a cel puțin o lună de activitate în interiorul corpului feminin.

De obicei, între vârsta de nouă și 18 ani, o fată începe să aibă menstruație. Menstruația este formată din sânge și țesut care provin din uter și nu mai sunt necesare. Acesta se scurge din corpul feminin prin vagin timp de două până la opt zile. Deși scurgerea se numește „sângerare” și arată ca sângele, doar o mică parte din ea este sânge (de obicei, mai puțin de ¼ de cană). De asemenea, fata nu sângerează ca și cum ar avea o tăietură. Se produce o curățire a mucoasei uterului care nu mai are sânge proaspăt și nou care să curgă prin ea, deoarece alimentarea cu sânge a fost oprită. Așadar, sângerarea nu o afectează. În această perioadă, ea poartă

fie un șervețel igienic, fie un tampon pentru a conține scurgerea, astfel încât să nu-și păteze hainele. Ea ar trebui să schimbe această protecție la fiecare opt ore sau mai des, chiar dacă nu are scurgeri abundente.
Prima zi de menstruație este prima zi a acelui ciclu menstrual. Un ciclu poate dura între 20 și 40 de zile, dar durata este de obicei de aproximativ o lună. Atunci când o tânără începe să aibă menstruație, este posibil să nu aibă cicluri lunare regulate timp de un an sau mai mult. (Unele femei nu au niciodată cicluri regulate - nu au o durată constantă.) Ciclul se termină cu o zi înainte de începerea următoarei menstruații.
Ce se întâmplă atunci când femeia nu are menstruație? Corpul ei este foarte activ. În timp ce uterul se curăță în timpul menstruației, un ovul se dezvoltă activ în ovar. De obicei, acest lucru durează aproximativ două săptămâni, dar poate fi mai scurt de câteva zile sau mai lung de o lună - procesul poate fi afectat de stres, boală și mulți alți factori.
Pe măsură ce ovulul se maturizează, se formează o veziculă pe ovar. Când ovulul este matur, vezicula scoate ovulul din ovar. Acest lucru se numește ovulație. Capetele oviductului, fimbriile, asemănătoare unor degete, înoată în jurul ovarului, culeg ovulul și îl atrag în oviduct. În interiorul oviductului se află mici fire de păr care trec oul în uter. Acest lucru durează de obicei între trei și cinci zile. Dacă are loc fertilizarea (o uniune a spermatozoizilor și a ovulului), aceasta are loc aici, în cea mai largă parte a oviductului.
În timpul celor câteva săptămâni în care se întâmplă toate acestea, uterul își construiește mucoasa cu țesut proaspăt și sânge. Până la sosirea ovulului, mucoasa este bogată și moale, pregătită în cazul în care ovulul este fertilizat și trebuie să se implanteze în mucoasă. Astfel, ar începe o sarcină. Dacă ovulul nu este fertilizat, mucoasa se dizolvă și se scurge din vagin sub formă de menstruație.
Timpul de la ovulație până la următoarea menstruație are durata între 12 și 16 zile - controlată de hormoni. Așadar, cele aproximativ două săptămâni dinaintea ovulației și cele două săptămâni de după fac ca un ciclu menstrual să aibă o durată de aproximativ patru săptămâni sau o lună. Ciclul este o funcție normală pentru o femeie până în jur de 50 de ani, când încetinește și, în cele din urmă, se oprește. În cei 30-40 de ani în care o femeie are menstruație, ea poate rămâne însărcinată dacă face sex. Dacă nu dorește să rămână însărcinată, ea poate fie să nu facă sex, fie să folosească o metodă de planificare familială atunci când face sex.

Dezvoltarea funcției reproductive masculine pe înțelesul adolescenților

În timp ce femeia are un ciclu care, în general (aproximativ 97% din timp), produce un singur ovul pe lună, bărbatul poate produce aproximativ 150 de milioane de spermatozoizi pe zi. Nu există un ciclu lunar pentru spermatozoizi. Aceștia încep să se dezvolte în cele două testicule atunci când hormonii devin activi în organismul masculin, ceea ce poate fi oriunde între 10 și 16 ani, dar de obicei este în jurul vârstei de 12-14 ani. Aceiași hormoni care determină ca ovulele feminine să înceapă să se dezvolte sunt activi la bărbat și determină producerea de spermatozoizi în testicule.
Spermatozoizii încep să se producă în fiecare testicul, unde temperatura este mai scăzută (cu unul până la opt grade mai puțin decât temperatura normală a corpului). Scrotul menține testiculele în afara corpului, astfel încât acestea să aibă o temperatură mai scăzută decât restul corpului. Este nevoie de aproximativ șase săptămâni pentru ca spermatozoizii să se dezvolte în testicule.
De acolo, se mută într-un tub spiralat numit epididimus, unde primesc multă hrană și se maturizează pentru a putea fertiliza; acest lucru durează între 10 și 20 de zile. De-abia atunci sunt pregătiți pentru o lungă călătorie spre exteriorul corpului.
Spermatozoizii se deplasează prin canalul deferent prin contracțiile musculare ale tubului. Ei nu pot înota până când nu ajung în lichid.
Atunci când bărbatul este excitat sexual, o parte din spermatozoizi, o parte din lichidul secretat din vezicula seminală și puțin lichid lăptos din glanda prostatică se amestecă în zona numită canalul ejaculator. Atunci când spermatozoizii (doar aproximativ 5% din amestec) și lichidul se amestecă, spermatozoizii sunt capabili să înoate. Acest amestec se numește spermă.
Acum sperma este gata să iasă din penis. În acest moment, bărbatul are o erecție (vasele penisului se umplu de sânge și atunci capătă o poziție de erecție).
Înainte ca sperma să iasă - numită ejaculare - niște glande mici, numite glandele lui Cowper, trimit câteva picături de lichid care curăță calea de acces. (Atât urina, cât și sperma folosesc același tub pentru a străbate corpul.) Un mușchi închide vezica urinară, glandele lui Cowper trimit lichidul de curățare și uretra este curată și pregătită pentru spermă. Atunci când bărbatul ejaculează, sperma (cu spermatozoizi în ea) iese prin penis. Acest lucru se poate întâmpla în timpul viselor umede, în timpul

masturbării sau în timpul actului sexual.

CICLUL RĂSPUNSULUI SEXUAL UMAN

Există studii care explică răspunsul fiziologic al corpului uman la stimularea sexuală. S-a descoperit că, indiferent de ceea ce generează excitația sexuală - fantezie, masturbare, „preludiu" sau actul sexual - corpul uman trece prin patru faze sau secvențe. Aceste patru faze sunt acum denumite ciclul de răspuns sexual uman. Fiecare fază este caracterizată de anumite schimbări sau reacții fiziologice care apar atât la bărbați, cât și la femei. Dar ciclul este un continuum și unele dintre schimbările care au loc doar într-o etapă se pot prelungi și în următoarea fază a ciclului.

Faza de excitare

Această fază este începută, pentru fiecare persoană, de orice lucru pe care persoana respectivă îl găsește stimulant din punct de vedere sexual. Dacă stimularea se estompează, la fel se întâmplă și cu răspunsul - corpul revine la normal. Dacă stimularea se menține, excitarea și tensiunea sexuală cresc și, în cele din urmă, se ajunge la următoarea etapă.

Tabel nr. 3.

Răspunsul bărbatului	Răspunsul femeii
Penisul devine mai tare, mai lung, mai mare, mai rigid.	Pereții vaginali transpiră, făcând buzele vaginului umede.
Aproximativ 30 la sută dintre bărbați observă că sfârcurile lor devin erecte.	Aproximativ 30 la sută dintre femei observă erecția mameloanelor.

Faza 2 de platou

În timpul platoului, tensiunea sexuală crește la maxim. Dacă ceva întrerupe procesul înainte de orgasm, zona pelviană se poate simți congestionată pentru o vreme înainte de a reveni la starea normală nestimulată. Acest lucru nu este dăunător, dar poate fi inconfortabil.

Tabel nr. 4.

Răspunsul bărbatului	Răspunsul femeii
Respirația și bătăile inimii se accelerează, tensiunea arterială crește ușor.	Respirația și bătăile inimii se accelerează, tensiunea arterială crește ușor.
Creșterea fluxului sanguin în zona pelviană.	Creșterea fluxului sanguin în zona pelviană.
Aproximativ 25 la sută dintre bărbați au o descărcare sexuală.	Aproximativ 75 la sută dintre femei au un flush sexual.
Mușchii se încordează, în special în zona pelviană și în fese.	Clitorisul se trage înăuntru sub pielea capotei atașată de labiile interioare.
Testiculele se trag mai aproape de corp.	

Faza orgasmică

Dacă stimularea se menține, rezultă orgasmul; o eliberare bruscă a tensiunii însoțită de o senzație de plăcere mai mult sau mai puțin intensă.

Tabel nr. 5.

Răspunsul bărbatului	Răspunsul femeii
Serie bruscă de contracții musculare de-a lungul întregului penis.	Contracții musculare bruște în tot vaginul și clitoris.
Respirație și puls mai rapide.	Respirație și ritmuri de puls mai rapide.
Ejacularea: scurgere de spermă în câteva jeturi intense.	

Faza de rezoluție

Corpul se relaxează și revine la normal.

Acest lucru poate dura o jumătate de oră, uneori mai mult.

Tabel nr. 6.

Răspunsul bărbatului	Răspunsul femeii
Mușchii se relaxează, penisul devine moale. Tensiunea arterială, pulsul și respirația scad la normal.	Mușchii se relaxează, congestia sângelui în zona pelviană este ușurată. Tensiunea arterială, pulsul și respirația scad la normal.

MODUL 3 STIMA DE SINE. LUAREA DECIZIILOR
Timp: 100 min (2h)

Obiectivele sesiunii. La sfârșitul sesiunii, participanții vor fi capabili să:

1. Își identifice nivelul actual relativ al stimei de sine (respectului de sine)
2. Explice factorii care influențează stima de sine
3. Explice caracteristicile pozitive și negative ale unei stime de sine înalte și a unei stime de sine scăzute
4. Explice cum influențează stima de sine manifestarea sexualității
5. Explice importanța stimei de sine în luarea deciziilor
6. Elaboreze un plan decizional privind propria sexualitate sănătate reproductivă

ORA 1

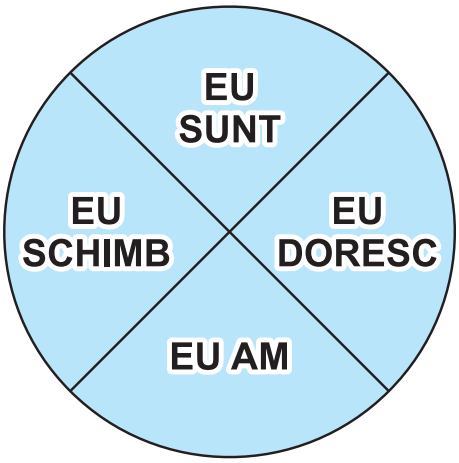
1. Identificarea nivelului stimei de sine 40 min

- Formatorul invită adolescenții să își deseneze un blazon, timp de 5 minute, le distribuie foi și le spune că pot utiliza orice formă își doresc:

Forma blazonului este la alegere dar el trebuie să conțină 4 câmpuri:

1. O caracteristică care îl / o definește (sunt iubitoare, sunt puternic, sunt energic etc) Eu sunt
2. O realizare de care sunt mândru / mândră (eu am)
3. Ce simți că e în neregulă la tine și ai dori să schimbi (eu schimb)
4. Ceva important de realizat pentru sine (eu doresc)

Fig. nr. 1 Blazonul calităților



- Fiecare își prezintă blazonul, care apoi este afișat în sală. Îi întreabă cum s-au simțit vorbind despre ei. (20 minute)
- Le distribuie apoi chestionarul Rosenberg pentru identificarea nivelului actual al stimei de sine (10 min) Reflectează apoi experiența - 5 min

2. Componentele și caracteristicile stimei de sine prezentare și discuții 10 min

- Formatorul face o prezentare de 5-7 minute despre stima de sine și comentează cu grupul ce părere au despre subiect și cum se aplică la ei, ce semne prezintă pentru ei o stimă de sine crescută sau scăzută

ORA 2

3. Stima de sine și sexualitatea - Brainstorming 20 min

- Formatorul invită participanții să răspundă cum abordează sexualitatea o persoană cu stimă de sine scăzută respectiv o persoană cu stimă de sine înaltă.
- Împarte coala de flipchart în două coloane pe verticală (stimă de sine - / stimă de sine+) și scrie ce răspund participanții
- Se trag apoi concluziile în grup - dacă sexualitatea este influențată de stima de sine și cum anume, ce ar fi de făcut pentru ca deciziile privind sexualitatea să conducă la menținerea sănătății sexuale și a reproducerii.

4. Luarea deciziilor lucru în diade 30 min

- Facilitatorul invită participanții 2 câte 2 așa cum se simt confortabil împreună și le distribuie apoi participanților chestionarul de răspuns în situația de dinainte de a avea o relație sexuală. Chiar dacă adolescenții au început viața sexuală este bine să răspundă. (10 min). După finalizarea lucrului în grup, întreabă fiecare diadă ce dorește să împărtășească din chestionar, care au fost întrebările la care au răspuns cel mai greu și la care cel mai ușor și de ce
- Facilitatorul explică faptul că începutul vieții sexuale este ceva important pentru viață și necesită capacitatea de a lua o decizie. Formatorul prezintă pașii luării unei decizii și discută fiecare etapă cu grupul. (5 min)
- Invită apoi participanții să se grupeze (câte 2 diade) în 3-4 grupuri de 4 persoane și să facă un plan decizional despre a). Abstinență și b). Începerea vieții sexuale (10 min). Le oferă participanților materialele din mapă
- Îi invită să împărtășească ce au lucrat și trag împreună concluziile

Tabel nr. 1. Rezumat Modul 3

Activități	Metode de formare	Timp total: 100 min
ORA 1		50 min
Identificarea nivelului stimei de sine	Blazon, chestionar Reflectare în plen	40 min
Componentele stimei de sine	Prezentare și discuții	10 min
ORA 2		50 min
Stima de sine și sexualitatea	Brainstorming	20 min
Luarea deciziilor privind începerea vieții sexuale	Lucru în grupuri mici	30 min

MODUL 3
MATERIALE PENTRU PARTICIPANȚI

Test (I) pentru autoevaluarea stimei de sine (Rosenberg)

Testul cuprinde 10 întrebări care au fiecare 4 variante de răspuns, de la acord ferm la dezacord ferm. **Instrucțiuni:** Sunt enumerate mai jos 10 enunțuri care reflectă ceea ce simți în general despre tine. Dacă ești ferm de acord cu o afirmație, bifează FA (Foarte Adevărat) . Dacă ești în mare de acord, bifează A (Adevărat). Dacă nu ești chiar de acord cu o afirmație, bifează D (Dezacord). Dacă dezacordul tău este ferm, bifează. FD (Ferm Dezacord)

1. **În general sunt mulțumit(ă) de mine însumi.**	**FA**	**A**	**D**	**FD**
2. ***Uneori, mă gândesc că nu sunt bun(ă) de nimic.**	**FA**	**A**	**D**	**FD**
3. **Simt că am câteva calități bune.**	**FA**	**A**	**D**	**FD**
4. **Sunt capabil(ă) să fac lucrurile pe care le fac majoritatea celorlalți oameni.**	**FA**	**A**	**D**	**FD**
5. ***Simt că nu am de ce să fiu prea mândru / (ă).**	**FA**	**A**	**D**	**FD**
6. **Uneori mă simt cu adevărat inutil(ă).**	**FA**	**A**	**D**	**FD**
7. **Simt că sunt o persoană valoroasă, cel puțin la același nivel cu ceilalți.**	**FA**	**A**	**D**	**FD**
8. **Îmi doresc să am mai mult respect pentru mine.**	**FA**	**A**	**D**	**FD**
9. ***Una peste alta, sunt înclinat(ă) să cred că sunt un ratat / o ratată.**	**FA**	**A**	**D**	**FD**
10. **Am o atitudine pozitivă față de mine.**	**FA**	**A**	**D**	**FD**

Scor: FA=3, A=2, D=1, FD=0. Afirmațiile cu asterisc au scorul inversat, adică FA=0, A=1, D=2, FD=3.

Faceți suma scorurilor celor 10 afirmații. Cu cât mai mare este scorul, cu atât mai mare este nivelul stimei de sine.

Bibliografie

1. Crandal, R. (1973). The measurement of self-esteem and related constructs, Pp. 80-82 în J. P. Robinson & P. R. Shaver (Eds), Measures of social psychological attitudes. Revised edition. Ann Arbor: ISR.
2. Rosenberg, M. (1965). Society and the adolescent self-image . Princeton, NJ: Princeton University Press.
3. Wylie, R. C. (1974). The self-concept. Revised edition. Lincoln, Nebraska: University of Nebraska Press.

STÂLPII STIMEI DE SINE

(după Lelord F., & Andre C.,; Cum să te iubești pe tine pentru a te înțelege mai bine cu ceilalți)

Tabel nr. 2.

	IUBIRE DE SINE	CONCEPȚIE DESPRE SINE	ÎNCREDERE în SINE
ORIGINI	Calitatea și coerența „hranei afective" primite de copil	Așteptări, proiecte și proiecții ale părinților asupra copiilor	Învățarea regulilor de acțiune: a îndrăzni, a persevera, a accepta eșecurile
BENEFICII	Stabilitate afectivă, relații deschise cu ceilalți;	Ambiții și proiecte pe care încercăm să le realizăm	Acțiuni cotidiene facile și rapide;
FORȚA	Rezistența la critică sau respingeri	Rezistența la obstacole și la contrazicere	Rezistența la eșecuri
CONSECINȚE ÎN CAZUL ABSENȚEI	Îndoieli asupra capacității de a fi apreciat(ă) de ceilalți, convingerea că nu este la înălțime, imagine de sine mediocră, chiar și în cazul reușitei materiale	Lipsa de curaj în alegerile existențiale, conformism, dependență de părerile altora, slabă perseverență în alegerile personale	Inhibiții, ezitări, abandonuri, lipsa perseverenței

Binefacerile unei stime de sine scăzute

- Să fii acceptat de ceilalți
- Să ții cont de sfaturile și de opiniile diferite de ale tale
- Umilința și smerenia, virtuți spirituale
- Modestia, o virtute civică

Dezavantajele unei stime de sine crescute

- De la încredere la înfumurare nu este decât un pas!
- Întreprinderi foarte pretențioase
- De la perseverență la înverșunare: a nu-și pierde prestigiul
- Stima de sine și asumarea riscului
- Când stima de sine înaltă devine un păcat (orgoliul, mânia, desfrâul, lenea, avariția, lăcomia)

CE IMAGINE DESPRE VOI ÎNȘIVĂ LE OFERIȚI CELORLALȚI?

(după Lelord F., & Andre C.,;
Cum să te iubești pe tine pentru a te înțelege mai bine cu ceilalți)

Tabel nr. 3.

STIMA DE SINE SCĂZUTĂ	STIMA DE SINE ÎNALTĂ
Au sentimentul că nu se cunosc bine	Au păreri clare despre ei înșiși
Vorbesc despre ei într-o manieră mai degrabă neutră	Vorbesc despre ei în mod tranșant
Se descriu într-o manieră mai moderată, neclară, incertă, mediocră	Știu să vorbească despre ei într-un fel pozitiv
Țin despre ei înșiși un discurs uneori contradictoriu	Țin despre ei înșiși un discurs mai degrabă coerent
Au o părere despre ei înșiși puțin stabilă	Au o părere despre ei înșiși destul de stabilă
Părerea lor despre ei înșiși poate depinde de circumstanțe și de interlocutori	Părerea lor despre ei înșiși depinde relativ puțin de circumstanțe și interlocutori
INCONVENIENTE Imagine neclara sau ezitanta	AVANTAJE Imagine clară și stabilă
AVANTAJE Adaptare la interlocutori, simt al nuanței	INCONVENIENTE Exces de certitudini și simplificări, riscul de a nu place unor interlocutori

CUM VĂ IMPLICAȚI ÎN ACȚIUNE?

(după Lelord F., & Andre C.,;
Cum să te iubești pe tine pentru a te înțelege mai bine cu ceilalți)

Tabel nr. 4.

STIMA DE SINE SCĂZUTĂ	STIMA DE SINE ÎNALTĂ
Luări de decizie uneori laborioase și amânate	Luări de decizie în general mai facile și banalizate
Adesea neliniștiți de consecințele posibile ale alegerilor lor	Acționează cât de eficient posibil pentru a reuși în alegerile lor cu ușurință
Uneori țin prea mult cont de anturaj în propriile luări de decizii	Țin cont benevol de ei înșiși în luările lor de decizie
În caz de dificultăți, renunță rapid la deciziile personale	Capabili de a persevera în deciziile proprii în ciuda dificultăților
Se supun câteodată situațiilor dictate de anturaj	Se desprind de situațiile dictate de anturaj dacă le percep drept contrare intereselor proprii
DEZAVANTAJE Uneori ezitanți sau convenționali	AVANTAJE Pot fi novatori
AVANTAJE Comportamente prudente și gândite, răbdători	DEZAVANTAJE Uneori prea sensibili la interesele lor pe termen scurt

STIMA DE SINE LA ALEGEREA ÎN VIAȚĂ

(după Lelord F., & Andre C.,;
Cum să te iubești pe tine pentru a te înțelege mai bine cu ceilalți)

Tabel nr. 5.

STIMA DE SINE SCĂZUTĂ	STIMA DE SINE ÎNALTĂ
Frica de a nu eșua	Dorința de a reuși
Compară cu ce este mai jos pentru a se asigura	Compară cu ce este mai sus pentru a putea să progreseze
Nu-şi asuma riscurile	Își asuma riscurile
Când obiectivul este atins, „rămân acolo”	Caută să-și depășească limitele
Se simt apărați de obiceiuri	Se simt stimulați de noile experiențe
Preferă să fie mediocri în toate, să nu aibă lacune	Preferă să exceleze în domeniile lor de competență și acceptă să strălucească mai puțin în altele
DEZAVANTAJE Autolimitare, progres lent, raționează în funcție de eșecurile lor	AVANTAJE Autodezvoltare, progres rapid, raționează în funcție de succesele lor
AVANTAJE Prudență, stăpânire	DEZAVANTAJE Atrași de riscuri, dispersare

Chestionar de aplicat înainte de a avea relații sexuale

1. Cum mă simt în legătură cu actul sexual? Când cred că ar fi momentul potrivit pentru mine?
2. Cum se simte el / ea? Cum se potrivesc aceste sentimente cu ale mele?
3. Ce mă face să simt că vreau să am relații sexuale în acest moment?
4. Există vreo șansă ca eu să fac presiuni asupra celeilalte persoane sau să o exploatez? Este posibil ca el / ea să mă preseze pe mine?
5. Cum mă aștept să fie actul sexual? Ce se întâmplă dacă este rău și nu-mi place?
6. Cum ne-am simți eu și partenerul meu / partenera mea dacă alții ar afla despre relația noastră?
7. Am cu adevărat încredere deplină în partenerul meu / partenera mea?
8. Ce se întâmplă dacă aceasta se transformă într-o relație strict sexuală și asta este tot ce facem vreodată? Cum m-aș simți atunci?
9. Ce presiune suplimentară ar mai putea exista în relație după ce am făcut sex?
10. Cum mă voi simți dacă ne vom despărți?
11. Ce voi face pentru a preveni o sarcină? Pentru a preveni bolile cu transmitere sexuală?
12. Ce aș face dacă o sarcină ar rezulta în urma unui raport sexual? Cum ne-am simți eu și partenerul meu / partenera mea?
13. Ce aș face dacă aș contracta o boală?
14. Cum s-ar simți familia mea dacă ar afla despre relația mea sexuală? Cum m-aș simți eu dacă ar afla?

Model de luare a deciziilor în 7 pași

1. **Definiți problema.** Precizați exact care este problema sau participația în legătură cu care trebuie să se ia o decizie.
2. **Luați în considerare toate alternativele.** Enumerați toate modalitățile posibile de rezolvare a problemei, toate deciziile posibile care ar putea fi luate. Este posibil să fie nevoie să strângeți mai multe date sau să vă consultați cu alte persoane pentru a fi siguri că nu ați omis nicio opțiune.
3. **Luați în considerare consecințele fiecărei al-**

ternative. Enumerați toate rezultatele posibile - pozitive și negative - pentru fiecare alternativă sau pentru fiecare curs de acțiune care ar putea fi urmat. Asigurați-vă că dispuneți de informații corecte și complete până în acest punct.

4. **Luați în considerare valorile familiale și personale.** Valorile includ convingerile despre cum ar trebui să acționăm sau să ne comportăm și regulile personale și familiale pe care le respectăm și pe care le considerăm importante; de exemplu, convingerile despre onestitate, loialitate sau dacă este bine să fumăm, să bem sau să utilizăm substanțe. Cele mai multe dintre valorile noastre provin din educația pe care o primim acasă. Alte valori provin de la prietenii noștri și de la societate. Gândiți-vă dacă fiecare alternativă este în concordanță cu valorile dumneavoastră personale și familiale.

5. **Luați în considerare impactul asupra altor persoane.** Deciziile noastre afectează multe persoane care sunt importante pentru noi: părinți, frați, prieteni, alții. Gândiți-vă la efectul fiecărei alternative asupra acestor persoane.

6. **Alegeți o alternativă.** După ce ați cântărit cu atenție fiecare alternativă, alegeți-o pe cea care vi se pare cea mai potrivită pe baza cunoștințelor, valorilor, moralei, educației religioase, obiectivelor prezente și viitoare și a efectului deciziei asupra persoanelor care contează pentru dumneavoastră.

7. **Puneți în aplicare decizia.** Faceți ceea ce este necesar pentru ca decizia să fie pusă în aplicare așa cum doriți să fie. S-ar putea să trebuiască să elaborați un program pas cu pas, cu un calendar, pentru a vă asigura că lucrurile se realizează.

(Adaptat după Family Life Education Programme Development Project)

MODUL 4 SARCINA ȘI CONTRACEPȚIA
Timp: 100 min

Obiectivele sesiunii.
La sfârșitul sesiunii, participanții vor fi capabili să:

1. Descrie modul cum se produce sarcina și cazuri speciale în sarcină
2. Să explice consecințele sarcinilor în adolescență d.p.d.v. fizic, emoțional, familial, social, profesional
3. Explice care sunt principiile de acțiune ale mijloacelor contraceptive
4. Enumere principalele mijloace contraceptive pe care le cunosc

ORA 1

1. Producerea sarcinii - Discuție în grup mare și prezentare 10 min

- Facilitatorul invită participanții să se întoarcă la informațiile din sesiunea 2 și să explice cum se formează o sarcină. Se discută în plen și formatorul poate face o scurtă prezentare - conform materialelor pentru participanți, abordând și cazurile speciale de sarcină. Răspunde întrebărilor participanților

2. Consecințele sarcinii în adolescență - Lucru în grupuri mici și prezentare 40 min

- Facilitatorul îi întreabă pe participanți care sunt consecințele sarcinilor în adolescență. Îi roagă să lucreze în 3 grupuri: împarte grupele numărând participanții. Fiecare vor avea la dispoziție cca 15 minute ca să dezvolte tema: urmând 3 puncte: 1. consecințe medicale 2. consecințe emoționale, familiale și sociale, 3. consecințe educaționale / în ce privește școala / relațiile cu colegii / cariera.
- După ce termină de lucrat, câte un reprezentant al fiecărui grup va prezenta informațiile de pe flipchart, gr. 1 punctul 1, gr. 2 punctul 2, gr. 3 punctul 3, ca să nu se suprapună. După fiecare prezentare a unui grup, formatorul întreabă și celelalte două grupuri ce au scris la acel punct.
- Se trag concluzii în plen despre sarcina în adolescență, dacă consideră necesar și mai este timp, formatorul poate să mai puncteze și alte aspecte din Ghid.

ORA 2

3. Cum acționează mijloacele contraceptive 30 min

- Facilitorul invită să reia materialul privind modul în care apare o sarcină și întreabă participanții cum ar putea fi împiedicată producerea sarcinii la mai multe nivele. Ghidează discuția pentru a scoate în evidență principalele mijloace contraceptive. A nu se uita abstinența, care

este cea mai eficientă metodă de contracepție!
- Facilitatorul întreabă care din mijloace previn și bolile cu transmitere sexuală.
- Îi anunță pe participanți că a doua zi vor dezvolta metodele contraceptive d.p.d.v. al acțiunii, avantaje, limite etc.

4. Metoda contraceptivă ideală - Brainstorming 10 min

- Facilitatorul îi întreabă pe participanți care ar fi caracteristicile unei metode contraceptive ideale. Invită participanții să dea orice răspuns consideră adecvat, toate răspunsurile sunt bine-venite. Răspunsurile sunt notate pe flicphart.
- Facilitatorul citește fiecare răspuns și apreciază dacă există deja o astfel de metodă contraceptivă sau nu. Se citește toată lista.
- Facilitatorul îi întreabă care dintre metodă consideră ei că ar putea fi cea mai bună, ideală. Dacă nu este scris deja pe flipchart și participanții nu răspund, atunci poate da el răspunsul, și anume abstinența!

Rezumat Modul 4 Săptămâna 1

Tabel nr. 1.

Activități	Metode de formare	Timp total: 100 min
ORA 1		**50 min**
Producerea sarcinii	Discuție în grup mare, prezentare	**30 min**
Consecințele sarcinii în adolescență	Lucru în grupuri mici	**40 min**
ORA 2		**50 min**
Mijloace contraceptive	Prezentare / discuție în grup	**30 min**
Contraceptivul ideal	Brainstorming și discuții	**20 min**

MODUL 4
CUM APARE SARCINA

Aproximativ o dată pe lună, un ovar eliberează un ovul. Acest lucru se numește ovulație. Pe perioada în care o femeie este fertilă, în acest moment are cele mai mari șanse de a rămâne însărcinată, dacă are un raport sexual vaginal.

În timpul actului sexual, bărbatul elimină prin penis în vaginul femeii sperma care conține spermatozoizi. Procesul prin care se elimină sperma în timpul actului sexual se numește ejaculare. Chiar dacă nu ejaculează, bărbatul elimină prin penis spermă care conține spermatozoizi și care poate produce fecundarea. Procesul se numește «pre-ejaculare». Spermatozoizii se pot deplasa mai departe singuri. Ei înoată prin colul uterin, în uter și în trompe, în căutarea ovulului feminin. Dacă ovulul (ovulele) femeii este (sunt) în trompe în acel moment, spermatozoizii îl / îi pot găsi. Atunci când un spermatozoid se unește cu un ovul, acest lucru se numește fertilizare (fecundare).

Deoarece este foarte dificil de știut în avans când va avea loc ovulația, fecundarea ovulului se poate întâmpla în orice moment al ciclului și femeia poate rămâne însărcinată în urma unui raport sexual.

Odată ce ovulul părăsește ovarul, și este fecundat, acesta începe să călătorească prin trompele falopiene, spre uter. Ajuns acolo, se cuibărește în mucoasa uterină și rămâne acolo, acest proces se numește implantare. Un ovul fertilizat se poate transforma într-un făt, iar aceasta este sarcina. Sarcina poate apărea ori de câte ori există un raport sexual neprotejat între un bărbat și o femeie. Neprotejat: când nu se folosește nicio metodă contraceptivă pentru a preveni sarcina.

CAZURI SPECIALE DE SARCINĂ

Sarcina ectopică. Dacă ovulul fecundat nu se mai deplasează spre uter, dacă de exemplu trompa este blocată, atunci se dezvoltă o sarcină ectopică și fătul începe să crească în trompă. Există riscul ca trompa să se spargă și devine o urgență - neapărat se merge la spital. În cele mai multe cazuri de sarcină ectopică, fătul moare, iar femeia riscă să piardă trompa ovariană respectivă. Ea mai poate rămâne însărcinată cu o singură trompă totuși.

Sarcină gemelară. Gemenii se formează în două moduri. Uneori, un ovul fertilizat se împarte în doi fetuși rezultând gemeni identici (monovitelini). Aceștia sunt numiți identici deoarece provin din același ovul. Uneori, cei doi fetuși nu se separă complet, ci rămân uniți într-o anumită parte.

Bebelușii se nasc atunci uniți unul cu celălalt și se numesc gemeni uniți sau siamezi. Atunci când se întâmplă acest lucru, bebelușii vor trebui să fie separați printr-o operație.
Gemenii se pot forma, de asemenea, atunci când corpul femeii eliberează două ovule deodată. Dacă ambele ovule sunt fertilizate separat, se pot naște doi fetuși (bivitelini).
Inseminare. Fertilizare în vitro. În cazul în care o femeie nu poate concepe, medicul poate sugera o inseminare artificială, în care sperma prelevată de la bărbat este introdusă în vaginul femeii. O tehnică mai complicată se numește fertilizare „in vitro" sau „în eprubetă". Aceasta are loc atunci când sperma este luată de la bărbat și un ovul este luat de la femeie și fertilizat într-o laborator - în afara uterului mamei. După ce ovulul a fost fertilizat, acesta este pus în uter, astfel încât fătul să se poată dezvolta în mod normal.

AFIRMAȚII DESPRE SEXUALITATE

Vă rugăm stabiliți calitatea de „Adevărat" sau „Fals" pentru următoarele enunțuri:

1. Sentimentele sexuale încep la pubertate.
2. A face sex înseamnă a avea relații sexuale.
3. Bărbații adolescenți au un apetit sexual mai mare decât fetele adolescente.
4. Cu cât adolescenții au mai multe cunoștințe despre sexualitatea lor, cu atât este mai probabil ca ei să se angajeze în relații sexuale.
5. Adolescenții de sex masculin cunosc mai multe despre propria sexualitate și despre cea feminină decât cele de sex feminin.
6. Bărbații sunt responsabili pentru satisfacția sexuală a partenerelor lor de sex feminin.
7. Un rol important pe care îl au medicii este de a ajuta un adolescent să învețe despre corpul său și despre funcția sa sexuală.
8. Fetele au nevoie de dragoste -băieții au nevoie de sex.
9. Este important ca adolescenții să învețe despre abordările non-coitale ale satisfacției sexualității.
10. Incertitudinea cu privire la orientarea sexuală este o preocupare importantă pentru unii adolescenți și ar trebui să fie abordată.
11. Părinții nu doresc ca medicii să discute subiecte sexuale cu adolescenții.
12. Este important ca medicii să utilizeze terminologia medicală în discuțiile despre sexualitate cu adolescenți pentru a menține un comportament profesional.
13. Medicii trebuie să nu judece adolescenții în discuția pe care o au cu ei despre comportamentul sexual.
14. Comportamentul sexual al adolescenților este puternic influențat de percepția pe care o au despre identitatea de gen.
15. Rolul medicilor în relația cu pacientele lor adolescente este doar acela de a preveni sarcina nedorită și ITS.
16. Sexul este doar pentru reproducere.
17. Există multe mituri despre sexualitate.

Răspunsuri Afirmații despre sexualitate

1. Sentimentele sexuale încep la pubertate. F
2. A face sex înseamnă a avea relații sexuale. F
3. Bărbații adolescenți au un apetit sexual mai mare decât fetele adolescente. F
4. Cu cât adolescenții au mai multe cunoștințe despre sexualitatea lor, cu atât este mai probabil ca ei să se angajeze în relații sexuale. F
5. Adolescenții de sex masculin cunosc mai multe despre propria sexualitate și despre cea feminină decât cele de sex feminin. F
6. Bărbații sunt responsabili pentru satisfacția sexuală a partenerelor lor de sex feminin. F
7. Un rol important pe care îl au medicii este de a ajuta un adolescent să învețe despre corpul său și despre funcția sa sexuală. A
8. Fetele au nevoie de dragoste -băieții au nevoie de sex. F
9. Este important ca adolescenții să învețe despre abordările non-coitale ale satisfacției sexualității. A
10. Incertitudinea cu privire la orientarea să sexuală este o preocupare importantă pentru unii adolescenți și ar trebui să fie abordată. A
11. Părinții nu doresc ca medicii să discute subiecte sexuale cu adolescenții. F
12. Este important ca medicii să utilizeze terminologia medicală în discuțiile despre sexualitate cu adolescenți pentru a menține un comportament profesional. F
13. Medicii trebuie să nu judece adolescenții în discuția pe care o au cu ei despre comportamentul sexual. A
14. Comportamentul sexual al adolescenților este puternic influențat de percepția pe care o au despre identitatea de gen. A
15. Rolul medicilor în relația cu pacientele lor adolescente este doar acela de a prevenirea sarcinii nedorite și a ITS. F
16. Sexul este doar pentru reproducere. F
17. Există multe mituri despre sexualitate. A

MITURI DESPRE SEXUALITATE (toate sunt false!)

1. A face sex cu o virgină îl va vindeca pe bărbat de HIV
2. Nu poți rămâne însărcinată prima dată când faci sex.
3. Dacă faci sex cu un băiat mai tânăr, nu poți rămâne însărcinată.
4. Căsătoriile aranjate la o vârstă fragedă vor preveni sarcinile nedorite și bolile cu transmitere sexuală.
5. Fetele și băieții cred că coșurile apar pentru că nu au relații sexuale în adolescență.
6. Una dintre modalitățile prin care un băiat poate identifica o fată cu eventuale ITS este apăsarea abdomenului inferior al acesteia pentru a vedea dacă simte dureri înainte de actul sexual.
7. După un raport sexual, un băiat poate preveni contractarea ITS spălându-și imediat partea intimă cu apă sau luând un antibiotic.
8. ITS pot fi contractate prin toalete.
9. HIV / SIDA este o pedeapsă de la Dumnezeu pentru un comportament imoral. Practicarea sexului oral te protejează de ITS.
10. Un băiat care are un penis mic ar trebui să facă sex cu o fată pentru a-l mări.
11. Numărul de fete cu care se culcă un băiat este o măsură a măiestriei sale sexuale.
12. Dacă un prezervativ se rupe în timpul actului sexual, acesta blochează uterul femeii. Dacă actul sexual se desfășoară în timpul menstruației, aduce ghinion.
13. Când un bărbat permite unei femei să fie deasupra în timpul actului sexual înseamnă că este slab.
14. Nu poți rămâne însărcinată dacă penisul nu intră în vagin.
15. Masturbarea este tabu sau, în cel mai bun caz, acceptabilă doar atunci când un partener nu este disponibil.
16. O fată se poate împiedica să rămână însărcinată prin spălare cu coca-cola după ce băiatul a ejaculat în ea.
17. Bărbații au nevoie de sex, femeile au nevoie de dragoste. Bărbații au nevoie de sex mai mult decât femeile. Bărbații trebuie să fie inițiatorii.
18. Bărbații le știu pe toate.
19. Bărbații sunt responsabili pentru plăcerea sexuală a partenerei. Sexul înseamnă actul sexual.
20. În această epocă luminată, aceste mituri nu mai există.
21. Dacă iei pilula contraceptivă, te va face sterilă pentru totdeauna.
22. Vasectomia provoacă atacuri de cord și cancer de prostată.
23. Cea mai fertilă perioadă este în timpul menstruației.

MODUL 4 SARCINA ȘI CONTRACEPȚIA
Timp: 100 min

Obiectivele sesiunii. La sfârșitul sesiunii, participanții vor fi capabili să:

1. Comenteze avantajele și dezavantajele principalelor mijloacelor contraceptive
2. Identifice conduita de urmat privind comunicarea cu partenerii / părinții despre contracepție

ORA 1

1. Evaluarea săptămânii anterioare 5 min

- Facilitatorul invită participanții să discute despre ce au aflat cu o săptămână înainte și dacă au întrebări sau neclarități. Formatorul întărește principalele mesaje cheie ale orelor precedente

2. Principalele metode contraceptive 45 min

- Facilitatorul prezintă succint principalele metode contraceptive: enumerare, avantaje, dezavantaje, limite, care sunt cele mai indicate pentru adolescenți (info din Ghid). Abordează succint contracepția de urgență și întreruperea sarcinii (Ghid)
- Facilitatorul întreabă care din mijloace previn și bolile cu transmitere sexuală.
- Apoi împreună cu participanții discută lista de control de montare a unui prezervativ (Ghid).

La sfârșitul prezentării îi întreabă pe participanți despre mesajele importante cu care au rămas.

ORA 2

1. Contracepția pentru adolescenți în relație cu familia - studii de caz 40 min

- Facilitatorul invită participanții să se grupeze în

4 grupuri, 2 de fete și 2 de băieți și le distribuie câte un studiu de caz privind o situație legată de contracepție.

- Îi invită ca după 15 minute de discuții în grupul mare să prezinte fiecare grup cazul în grupul mare astfel încât tot participanții să aibă ocazia să comenteze.
- Facilitatorul poate pune întrebări: De ce este dificil pentru adolescenți să abordeze aceste probleme cu părinții sau cu partenerii? Cum pot fi abordate aceste probleme?

2. Contracepția concluzii - 10 min

La sfârșitul exercițiului se trag concluziile și participanții sunt întrebați cum vor proceda să comunice mai bine când va veni momentul să abordeze subiectul contracepției.

Rezumat Modul 4 Săptămâna 2

Tabel nr. 2.

Nr. crt.	Activități	Metode de formare	Timp total: 100 min
	ORA 1		**50 min**
	Evaluarea săptămânii anterioare	Discuție în grup mare	**5 min**
	Principalele metode contraceptive	Brainstorming / discuție în grup	**45 min**
	ORA 2		**50 min**
	Contracepția pentru adolescenți în relația cu familia	Studii de caz	**40 min**
	Concluzii privind contracepția	Discuții în grup mare	**10 min**

Studii de caz

Cazul 1 grup fete

Sunteți o adolescentă de 15 ani care se confruntă cu dureri menstruale. Medicul școlar a sugerat că pilula contraceptivă poate opri crampele sau le face mai puțin dureroase. Ai dori să vorbești cu părinții tăi despre începerea utilizării pilulei, dar ești îngrijorată că aceștia ar putea crede că aceasta este o scuză pentru a face sex.
Cum ai putea proceda?

Cazul 2 grup băieți

Tu și prietena ta faceți sex în mod regulat de câteva săptămâni. Nu utilizezi un prezervativ de fiecare dată, dar speri că ea folosește pilula sau altceva, astfel încât să nu rămână însărcinată.
Cum ai putea proceda?

Cazul 3 grup fete

Câteva dintre prietenele tale adolescente au rămas însărcinate. Mama ta te duce la clinica de planificare familială și roagă medicul să-ți dea contraceptive. Ești virgină și nu te așteptai la acest lucru din partea mamei tale, în plus, nu plănuiești să ai un copil sau relații sexuale prea curând!
Cum ai putea proceda?

Cazul 4 grup băieți

Tatăl tău găsește un prezervativ în buzunarul pantalonilor tăi care erau dați la spălat.
Te sună și începe să te interogheze când / cum ai făcut sex. El știe că tu ai o prietenă, dar nu crede că ar trebui să faceți sex. Tu și prietena ta nu ați început încă o relație sexuală și ați decis că nu sunteți pregătiți pentru sex până când nu veți termina școala. Cu toate acestea, păstrați întotdeauna un prezervativ în caz că va apare o participanție neplanificată.

Mesaje cheie:

1. Contracepția este responsabilitatea ambilor parteneri.
2. Este bine ca părinții să fie incluși în discuțiile despre contracepție, chiar dacă comunicarea poate fi dificilă la început.
3. Mai mulți tineri trebuie să comunice și să își exercite dreptul la abstinență privind relațiile sexuale.

MODUL 5 URMĂRIREA SARCINII LA ADOLESCENTE
Timp: 100 min (2h)

Obiectivele sesiunii. La sfârșitul sesiunii, participanții vor fi capabili să:

1. Explice importanța consultului prenatal și postnatal în general și la mamele adolescente în special
2. Explice principalele recomandări privind igiena, dieta, evitarea de substanțe toxice

ORA 1

1. Incidența sarcinilor la adolescente, cauze - Prezentare și discuții 20 min

- Facilitatorul reamintește participanților despre discuția privind consecințele medicale, educaționale și sociale ale sarcinii la adolescente. Formatorul prezintă incidența sarcinilor la adolescente și discută cu grupul despre ce înseamnă sarcina cu risc crescut; le prezintă totodată extrase din legislație: noul Cod penal privind actul sexual cu un minor.

2. Consultația prenatală - Prezentare, brainstorming și discuții 30 min

- Facilitatorul prezintă succint informații despre consultul prenatal și apoi discută cu grupul despre principalele bariere pentru care viitoarele mame nu se prezintă la consult.
- Facilitatorul le propune un brainstorming privind nevoile tinerei viitoare mame în raport cu profesioniștii (comunicare, susținere, înțelegere, acceptare, toleranță etc.) Apoi trag principalele concluzii despre cum ar putea profesioniștii să încurajeze prezentarea la consult a mamelor adolescente.

ORA 2

1. Recomandări privind sarcina - Lucru în grupuri mici 35 min

- Facilitatorul le distribuie participanților materialul privind principalele recomandări în sarcină: igienă, dietă, evitarea substanțelor toxice / disruptori hormonali. După 5 minute de lectură îi invită pe participanți să se grupeze în 3 grupe și să identifice principalele argumente cu care i-ar putea convinge pe ”egali” să implementeze în viața lor aceste recomandări.
- Facilitatorul îi invită după 15 minute să prezinte fiecare grup câte o categorie de argumente, apoi îi invită pe fiecare să completeze.
- Apoi se trag concluziile împreună cu participanții despre ce este important să aplice viitoarea mamă în perioada de sarcină.

2. Asistența postnatală 15 min

- Facilitatorul face o scurtă prezentare despre consultația postnatală și discută cu grupul nevoile bebelușului dar și al viitorilor părinți.

Rezumat Modul 5

Tabel nr. 1.

Nr. crt.	Activități	Metode de formare	Timp total: 100 min
	ORA 1		**50 min**
	Incidența sarcinii la adolescente	Prezentare și discuție în grup mare	**20 min**
	Etapele consultului prenatal	Prezentare + Brainstorming	**30 min**
	ORA 2		**50 min**
	Recomandări privind sarcina	Lucru în grupuri mici	**35 min**
	Consultul postnatal	Prezentare + discuții	**15 min**

Materiale pentru participanți: din Partea I

MODUL 6 PREVENIREA I.T.S.
Timp: 100 min (2h)

Obiectivele sesiunii. La sfârșitul sesiunii, participanții vor fi capabili să:

1. Diferențieze miturile dintr-o listă de afirmații privind infecțiile cu transmitere sexuală
2. Explice modul de prevenire al ITS din punct de vedere al comportamentului adolescenților

ORA 1

1. Dezbatere mit-fapt - Afirmații despre ITS 20 min

- Facilitatorul invită participanții să se grupeze câte 2 / 3 în 8 grupuri și distribuie fiecărui minigrup o listă cu 8 afirmații. Îi invită ca timp de 5 min să decidă pentru fiecare afirmație dacă este mit sau fapt.

2. Strategie de prevenire a ITS - Lucru în grupuri mici 30 min

- Facilitatorul invită participanții să se grupeze în 4 grupuri și să facă o listă cu cele mai importante aspecte / elemente de comportament / măsuri pe care le pot lua adolescenții și tinerii pentru a preveni ITS, au la dispoziție 15 min.
- După expirarea timpului fiecare grup printr-un reprezentant este invitat să expună ce au lucrat. După ce toate grupurile au expus, se trag principalele concluzii împreună cu grupul și se identifică cele mai bune căi de a aplica ceea ce au scris.
- După ce au trecut cele 5 minute formatorul invită fiecare grup să-și exprime opinia despre câte o afirmație (toată lumea le are pe toate dar vor da răspunsul numai pentru una). După ce fiecare grup își exprimă opinia, formatorul întreabă și celelalte grupuri ce părere au, pentru a identifica păreri diferite. În final trag concluzii despre mituri - faptul că există multe opinii care circulă și sunt false și îi invită pe participanți să caute informația corectă.

ORA 2

1. Lista ITS -Brainstorming și discuții 20 min

- Facilitatorul invită grupul mare să numească cât mai multe infecții cu transmitere sexuală din ce cunosc. Îi asigură că răspunsurile nu vor fi analizate / criticate etc.
- Scrie pe flipchart cât mai multe răspunsuri timp de 5-10 min apoi le analizează cu grupul și stabilește lista finală (în mapă există o listă cu principalele ITS pe care apoi formatorul le poate distribui; lista poate fi completată cu alte ITS sau cu o scurtă prezentare a fiecăreia)

2. Prevalență, incidență, căi de transmitere simptome, tratament ITS - Prezentare și discuții 30 min

- Facilitatorul face o prezentare din Ghid și cu principalele elemente care caracterizează principalele ITS, statistica este importantă, mai ales în ce privește ITS la adolescenți
- Pentru fiecare exemplu formatorul poate prezenta și poze; de fiecare dată înainte de a prezenta o altă ITS îi întreabă pe participanți ce știu despre aceasta
- Apoi se trag concluziile împreună cu participanții despre ce este important de știut / de aplicat pentru fiecare ITS

Rezumat Modul 6
Tabel nr. 1.

Nr. crt.	Activități	Metode de formare	Timp total: 100 min
	ORA 1		**50 min**
	Dezbatere mit-fapt afirmații	Lucru în diade	**20 min**
	Lista STI	Brainstorming	**30 min**
	ORA 2		**50 min**
	Prevalență, incidență, căi de transmitere simptome, tratament	Prezentare + discuții	**20 min**
	Strategie de prevenire / protecție împotriva ITS	Lucru în grupuri mici + discuții	**30 min**

Lista ITS (Cele mai frecvente)

1. **HIV**

1. HPV (infecția cu papiloma virusul uman)
2. Chlamydia
3. Gonoreea
4. Herpes genital
5. Sifilis
6. Boala inflamatorie pelvină (complicație la femei dată de gonoreea și infecția cu chlamydia)
7. Hepatita
8. Vaginoza bacteriană
9. Chancroid
10. Infecții cu citomegalovirus
11. Granulom inguinal (donovanoză)
12. Limfogranulom veneric
13. Molluscum contagiosum
14. Păduchii pubieni
15. Scabie
16. Trichomoniasis
17. Candidoză
18. Ulcerații orale (sexul oral poate duce la ulcerații din cauza gonoreei sau a herpesului)

Vă rugăm faceți deosebirea între mit - fapt

1. Poți contracta o infecție cu transmitere sexuală (ITS) de pe un scaun de toaletă
2. Puteți contracta o infecție cu transmitere sexuală (ITS) chiar dacă ați făcut sex o singură dată.
3. Doar adulții contractează infecții cu transmitere sexuală (ITS)
4. Dacă faceți sex într-o cadă cu hidromasaj sau într-o piscină, clorul sau căldura vor ucide orice ITS pe care ați putea-o contracta.
5. Nu pot lua o infecție cu transmitere sexuală (ITS) dacă fac sex oral.
6. Odată ce ați avut o infecție cu transmitere sexuală (ITS), nu mai există nicio șansă de a o contracta din nou.
7. Dacă partenerul dvs. are o infecție cu transmitere sexuală (ITS), o veți vedea.
8. Poți contracta o infecție cu transmitere sexuală (ITS) chiar dacă folosești prezervativ!

Răspunsuri afirmații despre ITS

1. Poți contracta o infecție cu transmitere sexuală (ITS) de pe un scaun de toaletă

Răspuns corect: Mit. Mai multe informații:

Infecțiile cu transmitere sexuală (ITS) pot fi cauzate de viruși, bacterii și paraziți. Aceste organisme nu pot trăi sau prospera pe suprafețe dure - inclusiv pe scaunele de toaletă. ITS bacteriene nu pot supraviețui în afara membranelor mucoase ale corpului dumneavoastră. Din acest motiv, este aproape imposibil să contractezi o ITS de pe un scaun de toaletă.
Toate ITS pot fi transmise prin diverse forme de activitate sexuală, inclusiv:
- contactul piele pe piele
- contactul genital între organele genitale
- contactul oral-genital

2. Puteți contracta o infecție cu transmitere sexuală (ITS) chiar dacă ați făcut sex o singură dată.

Răspuns corect: Fapt . Mai multe informații:

După un singur episod de sex cu un partener infectat, o femeie are între 60% și 90% șanse de a fi infectată de un bărbat, în timp ce riscul ca un bărbat să fie infectat de o femeie este de numai 20%.

3. Doar adulții contractează infecții cu transmitere sexuală (ITS)

Răspuns corect: Mit. Mai multe informații:

50% dintre noile ITS din fiecare an sunt diagnosticate la persoane cu vârste cuprinse între 15 și 24 de ani.

4. Dacă faceți sex într-o cadă cu hidromasaj sau într-o piscină, clorul sau căldura vor ucide orice ITS pe care ați putea-o contracta

Răspuns corect: Mit. Mai multe informații:

Temperatura apei sau clorul sunt susceptibile de a ucide spermatozoizii sau bacteriile.
Clorul și alți dezinfectanți pot ucide unele bacterii, dar nu vă vor face mai greu să vă îmbolnăviți de o ITS prin spălarea a ceva. Dar, pe de altă parte, nu poți lua o ITS întâmplătoare dintr-o piscină pentru că oamenii au făcut sex în ea înaintea ta. Nu poți lua o ITS dintr-o piscină, nu fără a avea relații sexuale în primul rând.

5. Nu pot lua o infecție cu transmitere sexuală (ITS) dacă fac sex oral

Răspuns corect: Mit. Mai multe informații:

Acolo unde există orice fel de sex neprotejat, pot exista ITS. Deși riscul de a contracta majoritatea ITS prin sex oral este mai mic decât în cazul sexului vaginal sau anal, există totuși riscul de transmitere. ITS precum chlamydia, herpesul, gonoreea, sifilisul și HPV pot fi transmise pe cale orală, ceea ce înseamnă că pot trece din gura unei persoane la organele genitale sau la anusul partenerului sau invers.

6. Odată ce ați avut o infecție cu transmitere sexuală (ITS), nu mai există nicio șansă de a o contracta din nou.

Răspuns corect: Mit. Mai multe informații:

Puteți contracta unele ITS mai mult de o singură dată. Unele ITS sunt ale tale pe viață, cum ar fi herpesul și HIV. Altele, cum ar fi chlamydia și gonoreea, pot fi tratate, dar este posibil să vă infectați din nou dacă aveți contact sexual cu cineva care le are.

7. Dacă partenerul / partenera dvs. are o infecție cu transmitere sexuală (ITS), o veți vedea.

Răspuns corect: Mit. Mai multe informații:

Adesea nu există niciun semn că o persoană are o ITS. Chiar și medicii adesea nu își pot da seama, doar uitându-se, dacă oamenii au ITS. Este posibil ca persoanele cu ITS să nu știe că le au: ITS nu provoacă întotdeauna simptome. Dar este posibil să purtați și să răspândiți virusul fără a avea vreodată o epidemie. Infecțiile cu transmitere sexuală netratate se pot adăuga la probleme grave de sănătate, cum ar fi infertilitatea sau boala inflamatorie pelvină (PID).

8. Poți contracta o infecție cu transmitere sexuală (ITS) chiar dacă folosești prezervativ!

Răspuns corect: Fapt. Mai multe informații:

Prezervativul este estimat a fi 98% eficient în protejarea împotriva majorității ITS, dar dacă este folosit în mod corect! Pe de altă parte, ITS care se răspândesc prin contact piele-pe-piele pot fi transmise chiar dacă se folosește prezervativul în timpul actului sexual (sifilis, herpes, HPV).

MODUL 7 PREVENIREA HIV / SIDA
Timp: 100 min (2h)

Obiectivele sesiunii. La sfârșitul sesiunii, participanții vor fi capabili să:
1. Explice consecințele discriminării privind ITS și / sau HIV / SIDA
2. Explice modul de transmitere al HIV și modul de protecție împotriva HIV

ORA 1

1. Spărgător - transmitere HIV / discriminare 30 min

- Formatorul distribuie fiecărui participant un bilețel împăturit și îi roagă pe participanți să nu le deschidă. Pe 5 dintre bilețele este scris HIV celelalte sunt goale. Formatorul îi invită să se plimbe prin sală și să își aleagă un / o colegă cu care se presupune că ar putea să aibă o relație romantică. Când aleg partenerul / partenera, își strâng mâna și își spun numele. După ce fiecare a ales, exercițiul se repetă și aleg din nou un / o parteneră, pot fi aceiași sau alții. La fel a treia oară.
- După cele 3 runde participanții sunt invitați să ia loc și să deschidă bilețelele - cei care au scris HIV pe bilețel sunt rugați să spună. Se notează apoi pe flipchart:

Pe primul rând toți cei care au avut bilețel cu HIV
Pe rândul 2 partenerii lor din primul tur
Pe rândul 3 partenerii tuturor celor de mai sus din turul 2
Pe rândul 4 toți partenerii celor de mai sus din turul 3.
Se numără toți cei scriși și se compară cu numărul total de participanți- probabil numărul de contacți este aproape de numărul total de participanți.
Se face reflectarea: cum se simt cei care au primit bilețel cu HIV și cum se simt ceilalți care au devenit contacții lor.
- Facilitatorul îi întreabă pe participanți dacă ar fi știut de la început că cei 5 au HIV, dacă i-ar mai fi ales. Se discută cu această ocazie despre discriminare - definiție și ce efect are asupra oamenilor care sunt discriminați; se trag apoi concluzii în grup.

2. Calea de transmitere HIV 20 min

- Facilitatorul invită fiecare participant să tragă un bilețel / post-it pe care este imprimată o cale de contact sau de transmitere pentru HIV. Împarte o coală de flipchart în 2 coloane:
- coloana 1: cum se transmite HIV, iar coloana 2:

cum NU se transmite HIV. Conținutul bilețelelor este în mapa participanților, se mai pot adăuga itemi ca fiecare participant să primească un bilet. Roagă participanții să lipească bilețelul primit în coloana 1 sau 2; bilețele sunt evident amestecate și numerotate de la 1-18.

- Discută cu participanții rezultatele obținute, corectează dacă este cazul și roagă participanții să comenteze. Le distribuie la sfârșit lista cu căile de transmitere. Se trag concluzii în grup mare.

ORA 2

3. Prevalență incidență căi de transmitere simptome tratament HIV / SIDA- prezentare și discuții 40 min

- Facilitatorul face o prezentare din Ghid și cu principalele elemente care caracterizează HIV / SIDA, statistica este importantă, mai ales în ce privește HIV la adolescenți
- Apoi se trag concluziile împreună cu participanții despre ce este important de știut despre HIV / SIDA și cum se pot proteja tinerii împotriva infecției HIV (în plus față de ITS-urile celelalte)

4. Evaluarea de etapă- discuție în grup / tur circular 10 min

- Facilitatorul face o trecere în revistă a ultimelor 2 module
- Roagă fiecare participant să-și spună succint părerea, mai ales un element pe care l-a reținut / sau care l-a impresionat.
- Facilitatorul anunță participanții că vor continua în Modulul următor cu prevenirea HIV-SIDA

Rezumat Modul 7
Tabel nr. 1.

Nr. crt.	Activități	Metode de formare	Timp total: 100 min
	ORA 1		**50 min**
	Spărgător - transmitere HIV discriminare	Lucru în grup mare	**30 min**
	Calea de transmitere HIV	Puzzle	**20 min**
	ORA 2		**50 min**
	Prevalență, incidență căi de transmitere simptome tratament HIV / SIDA	Prezentare + discuții	**40 min**
	Evaluarea zilei	Tur circular	**10 min**

MODUL 7
MATERIALE PENTRU PARTICIPANȚI

Bilețele pentru calea de transmitere

1. Alăptare dacă mama are HIV
2. Atingere sau îmbrățișare
3. Băut din același pahar
4. Folosirea aceluiași prosop
5. Înțepătură cu ace nesterile (seringă, stomatologie etc)
6. Mâncat din aceeași farfurie
7. Mușcături de țânțar care a mușcat și o persoană HIV
8. Naștere dacă mama are HIV
9. Sărut (dacă nu există răni ale mucoasei bucale)
10. Sex anal
11. Sex oral
12. Sex vaginal
13. Spălarea unei persoane cu HIV
14. Strângerea mâinilor
15. Tăieturi cu instrumente nesterile (manichiură, pedichiură, piercing, tatuaj)
16. Transfuzie cu sânge infectat
17. Utilizarea unei toalete comune cu o persoană infectată HIV
18. Vizitarea unei persoane HIV pozitive și comunicarea cu ea de aproape

Bilețele pentru calea de transmitere

HIV se transmite prin:

1. Sex vaginal
2. Sex anal
3. Sex oral

4. Transfuzie cu sânge infectat
5. Înțepătură cu ace nesterile (seringă, stomatologie etc)
6. Tăieturi cu instrumente nesterile (manichiură, pedichiură, piercing, tatuaj)
7. Naștere dacă mama are HIV
8. Alăptare dacă mama are HIV

HIV nu se transmite prin:

1. Strângerea mâinilor
2. Sărut (dacă nu există răni ale mucoasei bucale)
3. Atingere sau îmbrățișare
4. Vizitarea unei persoane HIV pozitive și comunicarea cu ea de aproape
5. Mâncat din aceeași farfurie
6. Spălarea unei persoane cu HIV
7. Utilizarea unei toalete comune cu o persoană infectată HIV
8. Folosirea aceluiași prosop
9. Băut din același pahar
10. Mușcături de țânțar care a mușcat și o persoană HIV

MODUL 8 PREVENIREA VIOLENȚEI
Timp: 100 min (2h)

Obiectivele sesiunii.
La sfârșitul sesiunii, participanții vor fi capabili să:
1. Explice ce este un stereotip de gen și ce efecte poate avea asupra vieții unei adolescente
2. Decidă conduita de urmat într-o situație de violență de gen

ORA 1

1. Studii de caz violență / stereotipuri de gen 50 min

- Facilitatorul invită participanții să se grupeze în 4 grupe și le distribuie fiecăruia câte 1 caz, fiecare grup are 15 minute să răspundă la întrebări
- Facilitatorul invită fiecare grup să explice cum au lucrat și ce concluzii au tras și comentează împreună și cu celelalte grupuri situație respective -10 min / caz
- Se trag concluziile privind existența violenței de gen și a stereotipurilor care se însoțesc de violență

ORA 2

1. Violența împotriva adolescentelor - prezentare legislație și discuție în plen 20 min

- Formatorul face o prezentare din Ghid și cu principalele elemente care caracterizează violența de gen în special împotriva adolescentelor și tinerelor

2. Strategia de urmat în cazul violenței împotriva adolescentelor - măsuri concrete privind cazurile prezentate 30 min

- Se discută în grup mare măsurile de urmat-exemplificat pe cele 4 cazuri.
- Se trag concluziile privind prevenirea violenței împotriva adolescenților

Rezumat Modul 8
Tabel nr. 1.

Nr. crt.	Activități	Metode de formare	Timp total: 100 min
	ORA 1		**50 min**
	Studii de caz violență / stereotipuri de gen	Studii de caz în grupuri mici	**50 min**
	ORA 2		**50 min**
	Violența împotriva adolescentelor -legislație	Prezentare + discuții	**20 min**
	Strategia de urmat	Discuții în grup mare	**30 min**

MODUL 8
MATERIALE PENTRU PARTICIPANȚI

Cazul 1

Elena s-a împrietenit cu Bogdan; ea are 15 ani iar el, 19. De 2 luni au început relațiile sexuale iar el a început să fie din ce în ce mai posesiv, a obligat-o să nu spună nimic familiei despre relația lor. Familia Elenei are o condiție socială modestă așa încât nu iau atitudine când Bogdan o duce și o aduce pe Elena de la școală cu mașina sau când o aduce foarte târziu seara acasă. De fapt el nu dorește ca ea să stea prea mult cu colegii sau familia, o obligă chiar să absenteze ca să stea mai mult cu el.
Cum comentați situația Elenei? Dar atitudinea lui Bogdan? Ce ar putea face Elena?

Cazul 2

George o iubește mult pe Maria, cel puțin așa afirmă. Ea are 14 ani și George, 21. Ea este încă la școală, iar el afirmă că are un serviciu. Cu toate acestea, stă foarte mult pe telefon cu Maria, îi dă mesaje tot timpul cât este la școală; când se întâlnesc îi verifică telefonul; i-a pus el toate parolele de la contul de e-mail și social media. Maria e puțin jenată de situație dar e impresionată de faptul că i se dă atâta atenție.
Cum comentați situație Mariei? Dar atitudinea lui George? Ce ar putea face Maria?

Cazul 3

Irina este adolescentă și s-a împrietenit cu Ștefan, cu un an mai mare ca ea. El afirmă că o iubește și de multe ori o sărută în public, dar s-a întâmplat și să țipe la ea, tot în public, iar atunci când credea că nu îl vede nimeni, i-a dat o palmă. Îi reproșează că alți băieți se uită la ea și o admonestează verbal acuzând-o că îi este infidelă.
Cum comentați participanția Irinei? Dar atitudinea lui Ștefan? Ce ar putea face Irina?

Cazul 4

Elisabeta are 16 ani și l-a întâlnit pe Marius la un club. S-a îndrăgostit de el și au făcut dragoste. Fiindcă Marius este destul de autoritar cu ea Elisabeta a decis să ia oarecare distanță de el și nu a mai vrut să aibă relații sexuale cu el. Cu toate acestea a acceptat să meargă la o petrecere împreună și acolo el a forțat-o să întrețină relații sexuale cu el, împotriva voinței ei.
Cum comentați participanția Elisabetei? Dar atitudinea lui Marius? Ce ar putea face Elisabeta?

Exemplu de stereotipuri

Cazul 1: Ea nu poate avea o altă relație decât cu el.
Cazul 2: El are dreptul să îi controleze comunicarea cu ceilalți
Cazul 3: Se enervează și devine agresiv când altcineva îi dă atenție fiindcă este gelos.
Cazul 4: Pentru că a acceptat să aibă odată contact sexual, el consideră că acceptul ei este pentru totdeauna.
Un stereotip de gen este o viziune generalizată sau o preconcepție despre atributele sau caracteristicile, sau despre rolurile pe care le au sau ar trebui să le aibă sau să le îndeplinească femeile și bărbații.
Stereotipurile sunt dăunătoare atunci când au ca rezultat o încălcare sau încălcări ale drepturilor omului și ale libertăților fundamentale, atunci când limitează capacitatea femeilor și a bărbaților de a-și dezvolta abilitățile personale, de a-și continua cariera profesională și de a face alegeri cu privire la viața și planurile lor de viață.

MODUL 9: PLAN DE ACȚIUNE. ÎNCHIDEREA ATELIERULUI
Timp: 100 min (2h)

Obiectivele sesiunii. La sfârșitul sesiunii, participanții vor fi capabili să:

1. Identifice principalele acțiuni pe care adolescenții le pot întreprinde pentru a-și menține sănătatea sexuală și reproductivă și a preveni sarcinile nedorite, infecțiile cu transmitere sexuală, violența de gen
2. Evalueze progresul realizat la sfârșitul atelierului, activitățile desfășurate și gradul de îndeplinire a așteptărilor lor

ORA 1

1. Rememorarea activităților atelierului 10 min

- Facilitatorul face o scurtă recapitulare a principalelor activități. Rememorarea se poate face interactiv, împreună cu grupul de adolescenți

2. Plan de acțiune individual privind menținerea SSR 40 min

- Invită participanții să se grupeze câte 3 și să elaboreze un plan de acțiune individual (pe care îl vor aborda în grup) privind menținerea sănătății sexuale și a reproducerii și prevenirea sarcinilor nedorite, ITS, HIV / SIDA și a violenței de gen
- Facilitatorul precizează că planul trebuie să fie simplu, și le dă ca schemă cuvintele lui Rudyard Kipling „I keep six honest serving men (they taught me all I knew); Theirs names are What and Why and When And How And Where and Who. " „Am șase servitori cinstiți (ei m-au învățat tot ce știam); Numele lor sunt Ce și De ce și Când și Cum și Unde și Cine." (Materiale participanți)
- Participanții au la dispoziție 30 min. să elaboreze un plan, la care vor continua să lucreze ora viitoare.
- Se subliniază cele mai importante concluzii privind prevenția și menținerea SSR

ORA 2

1. Prezentare plan de acțiune individual privind menținerea SSR 20 min

- Participanții prezintă planul la care au lucrat ora precedentă
- Se trag concluziile importante privind rolul adolescenților în menținerea sănătății sexuale și reproductive și prevenirii sarcinilor nedorite, ITS, HIV / SIDA; violenței, etc.

4. Evaluarea finală a atelierului 30 min

- Facilitatorul întreabă grupul despre gradul de îndeplinire al așteptărilor și facilitează răspunsurile de la toți participanții
- Facilitatorul le distribuie Post-testul și îl pot face cu toții în plen, apreciind dacă există diferențe între răspunsurile de la începutul sesiunii și cele de acum. Se apreciază progresul efectuat și formatorul felicită participanții
- Facilitatorul distribuie chestionarul de evaluare finală a atelierului și își ia rămas bun de la participanți

Rezumat Modul 9
Tabel nr. 1.

Nr. crt.	Activități	Metode de formare	Timp total: 100 min
	ORA 1		**50 min**
	Rememorarea activităților atelierului	Discuție în grup mare	**10 min**
	Plan de acțiune menținere SSR	Lucru în grupuri mici și discuție în grup mare	**40 min**
	ORA 2		**50 min**
	Prezentare plan de acțiune	Prezentare grupuri; discuție grup mare	**20 min**
	Evaluarea finală a atelierului	Discuții în grup mare, post-test, chestionar de evaluare finală a atelierului	**30 min**

EVALUAREA FINALĂ A ATELIERULUI

Formator: Loc:

Data:

A. Aspecte educaționale

Tabel nr. 1.

1. Vă rugăm să evaluați fiecare dintre aspectele următoare ale programului de formare încercuind un număr din scala prezentată mai jos:

Aspectele evaluate	*Exce-lent*	*F. bine*	*Bine*	*Potrivit*	*Nesatisfăcător*
1. Îndeplinirea așteptărilor mele	*5*	*4*	*3*	*2*	*1*
2. Eficiența formării pentru cunoaștere	*5*	*4*	*3*	*2*	*1*
3. Metodologie și tehnici	*5*	*4*	*3*	*2*	*1*
4. Utilitatea materialelor din program	*5*	*4*	*3*	*2*	*1*
5. Climatul învățării	*5*	*4*	*3*	*2*	*1*

2. Ce ați aflat nou?
3. Asupra cărui aspect ați fi dorit să se insiste mai mult?
4. Sugestii, propuneri

Bibliografie Manual

1. Adolescent and Youth-Friendly Health Services, Modular Training, Facilitator Manual, Elisabeth Glaser Paediatric AIDS Foundation and Ministry of Health Lesotho, USAID (2017)
2. Center for Sex Education, Principles For Sex Education, Streetwise to Sexwise, First Edition (1993)
3. Crandal, R. (1973). The measurement of self-esteem and related constructs, Pp. 80-82 în J. P. Robinson & P. R. Shaver (Eds), Measures of social psychological attitudes. Revised edition. Ann Arbor: ISR.
4. Friedland, Linda, Raising Competent Teenagers: ... în an age of porn, drugs and tattoos; Rockpool Publishing, Australia(2013)
5. Future of Sex Education Initiative. (2020). National Sex Education Standards: Core Content and Skills, K-12 (Second Edition).
6. J. Card, Tabitha Benner. Adolescent sexual health education: an activity sourcebook, Springer Publishing Company, LLC (2008)
7. Lelord F., & Andre C.,; Cum să te iubești pe tine pentru a te înțelelge mai bine cu ceilalți; Editura TREI (2000)
8. Lynn E. Ponton, Guidelines for Teens: Thinking About Sexuality and Sexual Activity (2000)
9. Miller, Shirley, Christian Family Life Education: A Guide for Teaching about Adolescent Sexuality and Reproductive Health Margaret Sanger Center International, Planned Parenhood (2001)
10. Moore, Susan; Rosenthal, Doreen Sexuality în adolescence: current trends; Routledge (2006)
11. Our Future. Preparing to teach sexuality and life-skills. An awareness training manual for teachers and community workers. International HIV / AIDS Alliance, 2008
12. PATH Foundation Philippines, Youth Sexuality, Reproductive Health And Environmental Education; Peer Educators' Training; Training Manual; David and Lucile Packard Foundation (2003)
13. PATH. Life Planning Skills: A Curriculum for Young People în Africa, Tanzania; Version. Facilitator's Manual. Washington, D. C.: PATH (2004)
14. Rosenberg, M. (1965). Society and the adolescent self-image . Princeton, NJ: Princeton University Press.
15. Shatkin, Jess P., Born to be wild: why teens and tweens take risks, and how we can help keep them safe; New York, NY: TarcherPerigee, (2017)
16. Training Manual For Adolescent Sexuality, Medical Women's International Association (2013)
17. WHO recommendations on adolescent sexual and reproductive health and rights (2018)
18. Wylie, R. C. (1974). The self-concept. Revised edition. Lincoln, Nebraska: University of Nebraska Press.