



IO1 Training Materials

PREVENIREA BOLILOR CU TRANSMITERE SEXUALĂ

Table of Contents

OBJECTIVES	Error! Bookmark not defined.
1. General description of Sexually Transmitted Diseases	Error! Bookmark not defined.
1.1. Context. Description/definition of topic.....	Error! Bookmark not defined.
1.2. The impact of Sexually Transmitted Diseases on pregnancy /mother/child health proved	Error! Bookmark not defined.
1.3. The root of negative behavior – how behavior starts in general Sexually Transmitted Diseases	Error! Bookmark not defined.
2. Main researches/ studies concerning the Sexually Transmitted Diseases ...	Error! Bookmark not defined.
2.1. Conclusions about negative aspects of future parents’ behaviors concerning Sexually Transmitted Diseases and the impact on children’s health	Error! Bookmark not defined.
2.2. Conclusions about positive behaviors concerning Sexually Transmitted Diseases and the impact on children health	Error! Bookmark not defined.
3. Recommendations (WHO) Examples of evidence-based interventions.....	Error! Bookmark not defined.
4. How behavior can change – the role of professionals	Error! Bookmark not defined.
5. Education for future parents/population for a healthy life style concerning the Sexually Transmitted Diseases and in general – the role of educational programs, the role of community, schools. How information can be spread	Error! Bookmark not defined.
6. Bibliography	Error! Bookmark not defined.



OBIECTIVE

La finalul modulului, participanții vor fi capabili să:

1. Definească și să descrie cele mai frecvent întâlnite boli cu transmitere sexuală;
2. Descrie cele mai importante aspecte legate de comportamentul sexual al adolescenților și tinerilor;
3. Descrie cele mai importante intervenții ce urmăresc să contribuie la schimbarea comportamentului adolescenților și tinerilor cu scopul de a preveni bolile cu transmitere sexuală;
4. Descrie cum se poate schimba comportamentul și rolul profesioniștilor în schimbarea comportamentului.

Abrevieri

Pe parcursul documentului, termenii *Bolile cu transmitere sexuală* (în continuare prescurtat ca BTS) și *Infecțiile cu transmitere sexuală* (în continuare prescurtat ca ITS) sunt folosiți în mod interschimbabil, iar autorii au plecat de la premisa că, pentru scopul acestui material, acești termeni au același sens și aceeași greutate (**semnificație**).



1. Descriere generală a bolilor cu transmitere sexuală

1.1. Context. Descriere/definiție a tematicii

Potrivit OMS, infecțiile cu transmitere sexuală (ITS) în general, și în rândul adolescenților în special, sunt de o importanță majoră pentru toți oamenii care lucrează la îmbunătățirea stării de sănătate a populației. La nivel mondial, cele mai ridicate rate de ITS raportate se găsesc în rândul persoanelor între 15 și 24 de ani; până la 60% din noile infecții și jumătate dintre persoanele infectate cu HIV la nivel global se află în această grupă de vârstă. ITS sunt încă legate pe scară largă de stigmatizare, jenă și negare, atât în rândul lucrătorilor din domeniul sănătății, cât și al pacienților. Sexualitatea și riscurile pentru sănătate asociate acesteia sunt încă un tabu major în multe societăți. Acest lucru este valabil mai ales pentru tineri. Deși drepturile și nevoile lor pot fi recunoscute în teorie, în practică, aceștia încă se confruntă cu multe bariere atunci când vine vorba de obținerea sprijinului practic de care au nevoie pentru a evita problemele. (OMS, 2005)

ITS nu sunt distribuite în mod egal între numeroșii tineri care se angajează în activități sexuale. Sexul, frecvența și tipul actului sexual, numărul și caracteristicile partenerilor sexuali, gradul de utilizare a prezervativului, riscul de violență și epidemiologia ITS la nivel local sunt factori care influențează riscul de ITS. Importanța relativă a fiecăruia dintre acești factori de risc este determinată de contextul sociocultural și economic specific în care trăiesc tinerii. Adolescenții cu cel mai mare risc de ITS tind să fie prostituatele adolescente și clienții lor, băieții adolescenți care fac sex cu bărbați sau alți băieți, copiii străzii și copiii din casele de corecție. În general, ITS sunt probabil mai frecvente în rândul celor care nu merg la școală decât în rândul adolescenților școlari. Cu toate acestea, în regiunile cu prevalență mare de ITS, cum ar fi Africa, Caraibe și, din anii 1990, părți din Europa de Est, majoritatea adolescenților - inclusiv cei din școlile rurale - sunt expuși riscului de a contracta ITS, chiar dacă diferențele rămân. Fetele sunt mai vulnerabile la ITS decât băieții din punct de vedere biologic și, în multe situații, prezintă un risc mai mare, deoarece au parteneri mai în vârstă (Oringanje și colab., 2016).

Intervențiile comunitare pentru promovarea utilizării prezervativului sunt considerate a fi un instrument valoros pentru a reduce transmiterea virusului imunodeficienței umane (HIV) și a altor infecții cu transmitere sexuală (ITS). În particular, s-a pus un accent special pe implementarea unor astfel de intervenții prin schimbări structurale, un concept care implică acțiuni de sănătate publică care vizează îmbunătățirea sănătății societății prin modificări ale contextului în care are loc comportamentul de risc legat de sănătate. Această strategie încearcă să crească utilizarea prezervativului și, în schimb, să scadă transmiterea HIV și a altor ITS. (Moreno și colab., 2014)

Boala cu transmitere sexuală este un termen folosit pentru a descrie mai mult de 20 de infecții diferite care sunt transmise prin schimbul de material seminal, sânge și alte fluide corporale; sau prin contact direct cu zonele corporale afectate ale persoanelor cu ITS. Bolile cu transmitere sexuală se mai numesc și boli venerice.

Unele dintre cele mai frecvente și cu potențial de gravitate mare ITS includ:

- **Chlamydia.** Această ITS este cauzată de bacteria *Chlamydia trachomatis*, un organism microscopic care trăiește ca parazit în interiorul celulelor umane. CDC estimează că aproape trei milioane de cazuri apar anual, deoarece 75% dintre femei și 50% dintre bărbați nu prezintă simptome ale bolii după infecție. Aproximativ 40% dintre femei vor dezvolta boli inflamatorii



pelvine (BIP) ca urmare a infecției cu Chlamydia, o cauză principală de infertilitate. Chlamydia este cea mai frecventă boală cu transmitere sexuală raportabilă în Statele Unite. În 2017, nivelul cazurilor raportate de Chlamydia a fost cel mai ridicat în rândul AYA, reprezentând 62,6% din toate cazurile din Statele Unite. În rândul femeilor, cele mai ridicate cote - specifice vârstei - au fost în rândul celor cu vârste cuprinse între 15 și 19 ani (3266 cazuri la 100.000) și de la 20 la 24 de ani (3986 cazuri la 100.000). Dintre bărbați, valorile incidenței pe grupe de vârstă au fost cele mai mari în rândul tinerilor având între 20 și 24 de ani (1705 cazuri la 100.000). (Sering și colab., 2019)

- **Papilomavirusul uman (HPV).** HPV provoacă veruci genitale și este cel mai important factor de risc pentru cancerul de col uterin la femei. Există peste 100 de tipuri de HPV, dar doar aproximativ 30 dintre ele pot provoca veruci genitale și se răspândesc prin contact sexual. În unele cazuri, verucile sunt transmise de la mamă la copil în timpul nașterii, ceea ce duce la o afecțiune în care verucile se dezvoltă în gât și care poate pune viața nou-născutului în pericol (papilomatoza laringiană).
- **Herpesul genital.** Herpesul este o infecție virală incurabilă considerată a fi una dintre cele mai frecvente boli cu transmitere sexuală din SUA. Este cauzat de unul dintre cele două tipuri de virusuri herpes simplex: HSV-1 (care frecvent cauzează herpes oral) sau HSV-2 (cauzează, de obicei, herpes genital). CDC estimează că 45 de milioane de americani (unul din cinci indivizi cu vârsta de 12 ani sau peste) sunt infectați cu HSV-2; acest număr a crescut cu 30% din anii 1970. Infecția cu HSV-2 este mai frecventă la femei (una din patru femei) decât la bărbați (unul din cinci bărbați) și la afro-americani (45,9%) decât la caucazieni (17,6%).
- **Gonoreea.** Bacteria *Neisseria gonorrhoeae* este agentul cauzator al gonoreei și poate fi răspândită prin contact vaginal, oral sau anal. CDC raportează că aproximativ 650.000 de persoane sunt infectate cu gonoree în fiecare an în Statele Unite, cu o rată de 132,2 infecții la 100.000 de persoane raportată în 1999. Aproximativ 75% dintre infecțiile cu gonoree din America apar la persoane cu vârsta cuprinsă între 15 și 29 de ani. În 1999, 75% dintre cazurile de gonoree raportate au apărut în rândul afro-americanilor. În 2017, aceste cazuri au fost cel mai frecvent întâlnite în rândul adolescenților și adulților tineri, reprezentând 44,7% din toate cazurile din Statele Unite. În rândul femeilor, cele mai ridicate rate specifice vârstei s-au regăsit în rândul celor cu vârste cuprinse între 15 și 19 ani (557 cazuri la 100.000) și de la 20 la 24 de ani (685 cazuri la 100.000). Dintre bărbați, ratele specifice vârstei au fost cele mai ridicate la cei cu vârste cuprinse între 20 și 24 de ani (705 cazuri la 100.000) (Sieving și colab., 2019)
- **Sifilisul.** Sifilisul este o infecție care poate pune viața în pericol și crește probabilitatea de a dobândi sau de a transmite HIV. În 2018, în SUA, conform CDC, numărul total de cazuri raportate de sifilis (toate etapele combinate: primar și secundar, non-primar non-secundar timpuriu, de durată necunoscută sau tardiv, și congenital) a fost cel mai mare înregistrat din 1991. Numărul total de cazuri raportate de sifilis (toate etapele) a crescut cu 13,3% în perioada 2017-2018 (de la 101.584 cazuri la 115.045 cazuri). Sifilisul congenital cauzează probleme ireversibile de sănătate, sau chiar moartea, la aproximativ 40% dintre toți copiii vii născuți de femei cu sifilis netratat. Spre deosebire de chlamydia și de gonoree, ratele sifilisului primar și secundar sunt substanțial mai mari la bărbați, în SUA, decât la femei (Sieving și colab., 2019).
- **Infecția cu virusul imunodeficienței umane (HIV).** În anul 2000, CDC a raportat că 120.223 de persoane din Statele Unite sunt seropozitive și 426.350 au SIDA. În plus, aproximativ 1.000-2.000 de copii se nasc în fiecare an cu infecție HIV. De asemenea, se estimează că 33



de milioane de adulți și 1,3 milioane de copii din întreaga lume aveau HIV/SIDA începând cu anul 1999, 5,4 milioane fiind nou infectați în acel an. Adolescenții și adulții tineri din SUA reprezintă un număr substanțial printre infectații cu HIV. În anul 2016, rata diagnosticărilor cu HIV a fost de 5,8 la 100.000 în rândul adolescenților cu vârste cuprinse între 13 și 19 ani și de 30,5 la 100.000 în rândul adulților tineri cu vârsta cuprinsă între 20 și 24 de ani. Cele mai multe infecții noi au fost atribuite contactului sexual de la bărbat la bărbat, incluzând 92% în rândul adolescenților de sex masculin și 91% în rândul adulților tineri de sex masculin. Pentru femei, majoritatea infecțiilor noi au fost atribuite contactului heterosexual, incluzând 85% în rândul adolescenților și 88% în rândul adulților tineri. Din 2011 până în 2016, rata infecțiilor diagnosticate a scăzut în rândul adolescenților și a rămas stabilă în rândul tinerilor între 20 și 24 de ani (*Sieving și colab., 2019*).

- **Hepatita B și C.** În rândul adulților, transmiterea hepatitei B are loc în special în rândul adulților nevaccinați cu comportamente de risc pentru transmiterea hepatitei B, ce includ parteneri sexuali multipli și actul sexual cu parteneri sexuali având infecție cronică cu hepatită B. Hepatita B se transmite ușor prin activitatea sexuală. Contactul sexual este cel mai comun mod de răspândire a hepatitei B în SUA. Dintre adulții care solicită tratament în clinicile BTS, între 10% și 40% au dovezi ale infecției cu virusul hepatitei B în trecut sau în momentul actual. Deși nu este o boală des întâlnită, hepatita C poate fi transmisă prin activitatea sexuală. Bolile cu transmitere sexuală deja contractate sau HIV, relațiile sexuale cu mai mulți parteneri sau sexul dur, par să crească riscul unei persoane de a contracta și hepatita C. Studiile de caz-control au raportat o asociere între dobândirea infecției cu hepatita C și expunerea la un contact sexual cu o persoană infectată cu hepatita C sau expunerea la mai mulți parteneri sexuali. Noi cercetări arată că bărbații homosexuali care sunt HIV-pozitivi și care au mai mulți parteneri sexuali își pot crește riscul de a se infecta cu virusul hepatitei C. Nu există vaccin pentru hepatita C. Cel mai bun mod de a preveni hepatita C este evitarea comportamentelor care pot răspândi boala, în special folosirea în comun a acelor sau a altor echipamente pentru injectarea drogurilor. CDC recomandă acum testarea unică a hepatitei C pentru toți adulții (având 18 ani și peste) și pentru toate femeile însărcinate în timpul fiecărei sarcini. CDC continuă să recomande persoanelor cu factori de risc, inclusiv persoanelor care injectează droguri, să fie testate în mod regulat.
- **Tricomoniaza** este o boală cu transmitere sexuală foarte frecventă. Este cauzată de infecția cu un parazit protozoar numit *Trichomonas vaginalis*. Deși simptomele bolii variază, majoritatea persoanelor care au parazitul nu ar putea spune că sunt infectate. Tricomoniaza este cea mai frecventă boală curabilă cu transmitere sexuală. În Statele Unite, se estimează că 3,7 milioane de persoane au infecția. Cu toate acestea, doar aproximativ 30% dezvoltă simptome de tricomoniază. Infecția este mai frecventă la femei decât la bărbați. Femeile în vârstă sunt mai susceptibile decât femeile mai tinere de a fi fost infectate cu tricomoniază.

În anul 2000, Panchaud C și colab. au arătat, într-un studiu efectuat în 14 țări din Europa, în Statele Unite și în Canada, că datele incidenței calculate la 100.000 pentru adolescenți, pentru adulții tineri și pentru populația totală au scăzut, în general, între 1990 și 2000, atât în populația generală, cât și în rândul adolescenților, în ceea ce privește trei boli bacteriene comune cu transmitere sexuală: sifilisul, gonoreea și chlamydia. Datele privind incidența au fost obținute din statistici oficiale, surse naționale publicate sau articole științifice și date guvernamentale nepublicate. Cu toate acestea, studiul a arătat că Federația Rusă face excepție în mod evident: incidența sifilisului a



crescut dramatic în anii '90. Cu excepția Federației Ruse și a României, incidența sifilisului la mijlocul anilor 1990 a fost destul de mică, cu o frecvență de mai puțin de șapte cazuri raportate la 100.000 de adolescenți în majoritatea țărilor dezvoltate. Studiul a arătat, de asemenea, că incidența gonoreei este de multe ori mai mare decât cea a sifilisului din mai multe țări și această boală afectează în mod disproporționat adolescenții și adulții tineri. Cazurile de gonoree în rândul adolescenților pot fi de până la 600 la 100.000 (în Federația Rusă și Statele Unite), deși în multe țări rata raportată în rândul adolescenților este sub 10 la 100.000. În toate țările cu o raportare bună, incidența chlamidiozei este extrem de mare în rândul adolescenților (între 563 și 1.081 de cazuri la 100.000). O explicație a acestor rezultate ar putea consta în faptul că, în cazul chlamidiozei, strategiile de screening se adresează în principal femeilor, astfel încât bărbații au mai puține șanse de a fi depistați sau testați. Incidența raportată a tuturor celor trei BTS este, în general, mai mare în rândul adolescentelor decât în rândul băieților de aceeași vârstă; acest lucru este valabil mai ales pentru Chlamydia. Concluzia studiului a fost că programele de prevenire, strategiile de screening activ și un acces mai bun la serviciile de diagnostic și tratament al BTS, în special pentru adolescenți și adulții tineri, sunt necesare pentru a reduce incidența și greutatea bolilor cu transmitere sexuală în rândul tinerilor.

1.2. Impactul dovedit al bolilor cu transmitere sexuală asupra sarcinii/mamei/copilului

Infecțiile cu transmitere sexuală afectează femeile din întreaga lume la diferite vârste. Cel mai frecvent întâlnit este sifilisul - 6 milioane de cazuri noi în 2012, de exemplu. În același an au fost înregistrate 78 de milioane de cazuri de *Neisseria gonorrhoeae* (NG), 131 milioane de cazuri de *Chlamydia trachomatis* (CT) și 143 milioane de cazuri de infecții cu *Trichomonas vaginalis* (TV)! Cele mai afectate țări din lume au fost în Africa, Asia și America Latină.

Statisticile arată că ITS vindecabile sunt asociate cu diferite efecte adverse în sarcină și perioada neonatală: morbiditate maternă, naștere prematură, greutate scăzută la naștere sau naștere de feți morți. Prematuritatea cauzează diferite complicații, care duc la morbiditate și mortalitate infantilă. Aproximativ 50% din infecțiile TG și CT materne netratate sunt transmise copilului, în timpul procesului nașterii, provocând infecții ale ochilor și ale tractului respirator inferior. Gonoreea în timpul sarcinii poate fi asociată la mamă cu bartholinită postpartum (infecția și inflamația glandelor vestibulare majore numite și glandele Bartholin), peri-hepatită, artrită, endocardită și endometrită, precum și cu febră în timpul perioadei puerperale. Pentru copil există un risc mai mare de prematuritate, ruptura prematură a membranelor, pierderi fetale și întârzierea creșterii intrauterine. Infecția oculară gonococică poate produce leziuni ale corneei și orbire dacă nu este tratată, iar infecția cu *Chlamydia* la sugari ar putea produce pneumonie interstițială atipică, bronșită și otită medie. Aproximativ 25% dintre femeile cu gonoree sau *Chlamydia* devin infertile.

Principala cauză a incidenței bolilor cu transmitere sexuală la femeile gravide la nivel global este lipsa testelor prenatale de rutină pentru infecțiile cu CT, NG și TV.

Sifilisul în timpul sarcinii poate duce la avort, prematuritate, moarte neonatală sau dezvoltarea bolii la nou-născut (sifilis congenital precoce și tardiv). Severitatea sifilisului congenital se datorează faptului că infecția transplacentară este masivă.

Deși testarea sifilisului prenatal este recomandată de OMS și disponibilă în majoritatea țărilor, există încă provocări legate de aplicarea acestor recomandări.



Pentru herpesul genital, există cazuri în care infecția primară maternă poate duce la avort, microcefalie, întârzierea creșterii intra-uterine, herpes congenital, herpes neonatal și deces fetal. În cazul în care apare transmiterea transplacentară (1: 3500 sarcini), studiile au arătat că, la nașteri naturale, 50% din infecțiile nou-născuților apar atunci când există o leziune vaginală activă. Contaminarea fetală este produsă mai frecvent prin canalul de naștere, ducând la herpes neonatal, o boală cu morbiditate și mortalitate ridicată.

1.3. Sursa comportamentului negativ. Cum ia naștere comportamentul în general

În acest capitol, accentul va fi pus pe comportamentul adolescenților și adulților tineri și ITS. Deși există un concept remarcabil de unitar referitor la adolescență în multe țări de astăzi în ceea ce privește markerii biologici, cum ar fi grupa de vârstă și gradul de maturizare, semnificația termenului de adolescent trebuie să țină seama de diferențele socio-economice și de diferențierea rural-urban. Urbanizarea a jucat un rol important în declanșarea adolescenței. Circumstanțele în care trăiesc tinerii din zonele rurale pot fi caracterizate prin lipsa lor de acces la educație adecvată, angajare oficială, venituri în numerar sau timp liber. În contrast, exodul tinerilor către zonele urbane, în principal din cauza sărăciei, a adăugat elemente noi, precum angajarea fără carte de muncă și traiul fără adăpost. Numărul mare de copii ai străzii și adolescenți angajați neoficial, inclusiv cei angajați în rețeaua de prostituție în centrele urbane, aproape prin definiție nu frecventează vreo școală. Copiii și tinerii care lucrează în orașe sunt adesea obligați să accepte condiții de muncă în care sunt prost plătiți sau neplătiți, condiții care pot fi chiar periculoase pentru sănătatea lor. Oficiul Internațional al Muncii și UNICEF au publicat descrieri ale exploatarei economice, cum ar fi constrângerea pentru muncă forțată și exploatarea sexuală comercială, în special a fetelor (GTZ, 1997).

Astfel, de exemplu, în orașele indiene New Delhi, Mumbai și Calcutta, în jur de 100.000 de copii fac fie slujbe „neoficiale”, cum ar fi spălarea mașinilor, împingerea manuală a căruțelor, curățarea jgheburilor, fie supraviețuiesc cerșind sau colectând produse alimentare din gropile de gunoi (MOW, PNUD, UNICEF, OMS și NACO, 1996). În Thailanda, se estimează că 800.000 de fete sub vârsta de 20 de ani își câștigă existența ca prostituate (International Clearinghouse on Adolescent Fertility, 1991). În multe dintre țările din Europa de Est, se crede că zeci de mii de tineri nu frecventează școala sau nu sunt angajați oficial. În schimb, aceștia sunt implicați în traficul (și consumul) de droguri, prostituție sau o serie de activități infracționale care sunt asociate cu un risc crescut de ITS și HIV (UNICEF, 1999). În Africa, mulți adolescenți sunt afectați de război, mișcări civile și migrație forțată, băieții sunt ademiniți sau forțați să intre în armată și fetele sunt supuse violenței și abuzurilor sexuale (UNICEF, 1996; OMS, 2005).

Apariția unui stil de viață distinct al adolescenților a fost în mod constant asociată cu descompunerea treptată a vieții tradiționale de familie, cu rolul în scădere al părinților și al unității familiei lărgite și cu o influență din ce în ce mai mare a colegilor. Familia devine mult mai puțin importantă în dezvoltarea individuală a tinerilor, în timp ce colegii și mass-media au devenit mai influenți. „Părinților le este din ce în ce mai greu să își îndeplinească rolul de a oferi sfaturi și de a-i cultiva pe tineri în societate.” (Mkandawire, 1994)

Străzile și adăposturile temporare au devenit „acasă” pentru aproximativ 100 până la 200 de milioane de copii și adolescenți din întreaga lume, mulți dintre aceștia fiind separați de părinți și de familiile lor extinse (OMS, 2000). Lăsați să se bazeze pe propriile resurse, acești tineri își



dezvoltă propriile mijloace de supraviețuire, valori, rețele și structuri, adesea ca reacție la amenințarea violenței (GTZ, 1997).

Sexualitatea adolescenților de astăzi este privită cu multă ambiguitate în multe zone din lume. În țările dezvoltate, sociologia și psihologia situează adesea sexualitatea adolescentină într-un cadru de comportament deviant, iar discuțiile publice despre sexualitatea și fertilitatea adolescenților descriu, drept urmare, adolescența ca fiind încărcată de probleme (*McCauley și colab., 1995*).

Deși atingerea maturității se produce mai târziu în majoritatea părților lumii, vârsta primului contact sexual continuă să fie precoce. În anumite părți ale lumii, de exemplu în țările musulmane din Africa de Nord și în unele părți ale Asiei, cea mai mare parte a activității sexuale raportate chiar în urmă cu un deceniu în rândul tinerilor a avut loc încă în cadrul căsătoriei (Singh și Wulf, 1990). Cu toate acestea, în general, vârsta la căsătorie pare să fi crescut mai rapid decât vârsta primei experiențe sexuale, crescând astfel semnificativ numărul tinerilor care fac sex înainte de căsătorie. În doar patru din cele 27 de țări studiate în toate regiunile, diferența dintre proporția femeilor active sexual și cele căsătorite până la vârsta de 18 ani a scăzut (Blanc și Way, 1998).

De exemplu, printre fetele din anumite părți din Africa și Asia de Sud, prima experiență sexuală are loc de obicei la vârsta de 15-16 ani. În Africa de Sud, dintr-un eșantion mare de fete din KwaZulu Natal, aproape jumătate au avut deja primul raport sexual la vârsta de 16 ani (Manzini, 2001). În mod similar, într-un studiu mai restrâns realizat în Maputo, în Mozambic, vârsta medie la primul contact sexual pentru fetele cu nivel socio-economic atât scăzut cât și mediu a fost de 15 ani (Machel, 2001). În anumite subgrupuri de populație, de exemplu tineri din zonele periurbane din Zambia (CARE International, 1997) sau Zimbabwe (UNAIDS, 1999), primul act sexual, atât pentru băieți cât și pentru fete, poate să aibă loc încă de la vârsta de nouă ani. În contrast, în alte părți ale Africii (de exemplu, Rwanda și Burundi) și în America Latină, parțial datorită influenței Bisericii Romano-Catolice, vârsta medie la primul contact sexual pentru fete este mai mare, adică 18-20 de ani.

Cu toate acestea, anumite segmente ale populației tinere pot fi active sexual și la vârste mai mici. De exemplu, într-un eșantion mic de tineri din Chile, 32% au făcut deja sex până la vârsta de 15 ani (UNAIDS, 1999). În mod similar, în multe țări asiatice, de exemplu în Indonezia, Filipine și Thailanda, deși vârsta medie la primul contact sexual în rândul femeilor tinere era de 20 de ani, o minoritate substanțială începea să aibă relații sexuale mult mai devreme, inclusiv un număr mare de adolescenți care se prostituau (*McCauley și Salter, 1995*). Într-un studiu realizat în rândul tinerilor necăsătoriți cu vârsta cuprinsă între 15 și 22 de ani în Shanghai, China, 31% dintre fete și 44% dintre băieți erau activi sexual, cu o vârstă medie de debut al vieții sexuale de sub 20 de ani pentru băieți și puțin sub 19 ani pentru fete, cea mai precoce vârstă fiind de 12 ani (*Cui N și colab., 2001*). În anumite țări africane, cum ar fi Liberia și Botswana, mai mult de 60% dintre adolescentele necăsătorite declară că au făcut sex, în timp ce în majoritatea țărilor din America Latină, această proporție a fost mult mai mică, sub 10%, iar în Filipine a fost mai mică de 1% (*McCauley și Salter, 1995*). Un alt set de sondaje părea să sugereze că aceste proporții erau mai mari, cu între 10 și 20 de procente dintre fetele adolescente necăsătorite din America Centrală și proporții chiar mai mari în Brazilia și Caraibe (de exemplu, 59% în Jamaica) (Morris, 1995).

Se știe foarte puțin despre frecvența actului sexual în rândul adolescenților activi sexual, despre numărul de parteneri sexuali pe care i-au avut sau despre practicile lor sexuale, inclusiv dacă au



relații sexuale protejate prin utilizarea prezervativului. Modelele de activitate sexuală par să varieze în funcție de:

- religie,
- clasa socială,
- școlarizare,
- grup etnic,
- situație familială
- circumstanțe individuale.

Există unele dovezi că tinerii din zonele urbane sunt mai activi sexual decât cei din zonele rurale. Câteva studii calitative și cantitative par să sugereze că fetele care nu frecventează școala pot fi mai active sexual, pot face sex mai frecvent și cu un număr mai mare de parteneri decât fetele care merg la școală.

2. Principalele cercetări/studii cu privire la bolile cu transmitere sexuală

2.1. Concluzii despre aspecte negative ale comportamentelor privind bolile cu transmitere sexuală și impactul asupra sănătății copiilor

Comportamentele sexuale riscante (CSR), cum ar fi relațiile sexuale neprotejate și partenerii multipli, sunt mai frecvente în rândul adolescenților și adulților tineri (între 15 și 24 de ani). Factorii asociați cu admiterea la universitate pot crește apariția CSR, deoarece implică o serie de schimbări sociale în viața individului. CSR pot duce la ITS și sarcină neplanificată. ITS sunt printre cele mai răspândite afecțiuni acute din lume, cu aproximativ un milion de cazuri noi pe zi. Un studiu efectuat în Brazilia în anul 2020 a arătat că țara a experimentat o reapariție a ITS, în special a virusului imunodeficienței umane (HIV) și a sifilisului, cu o creștere semnificativă în rândul tinerilor cu vârste cuprinse între 15 și 29 de ani. Principalele consecințe ale ITS sunt infertilitatea, sarcina ectopică, nașterea de feți morți, bolile inflamatorii pelvine și implicații neurologice și cardiovasculare la adulți. Pe de altă parte, sarcina neplanificată este deosebit de problematică la grupele de vârstă mai mici, deoarece compromise finalizarea studiilor școlare și academice, pe lângă creșterea riscului de complicații legate de sarcina însăși. În Brazilia, evaluarea unui eșantion reprezentativ de elevi de liceu a indicat faptul că 32% dintre elevi nu au folosit prezervative în relațiile sexuale care au avut loc în luna dinaintea sondajului. Dintre studenții de la Facultate, neutilizarea prezervativului în ultimul act sexual a variat de la 85,7% la 38,6%. Procentajul de studenți care au avut între unul și trei parteneri sexuali în termen de trei luni înainte de sondaj a fost de 95% la femei și 89% la bărbați. Aproximativ 15% dintre studenții brazilieni au utilizat substanțe psihoactive înainte de ultimul act sexual. În municipalitatea Pelotas, un sondaj realizat cu adolescenți între 15 și 18 ani a indicat că 10,7% au ingerat băuturi alcoolice înainte de ultimul act sexual și doar 56% dintre adolescenți au folosit prezervative în ultimele trei relații sexuale. Neutilizarea prezervativelor atât de către elevii de liceu, cât și de către studenți, a fost asociată mai frecvent cu sexul masculin, cu consumul de alcool și cu practicarea raporturilor sexuale cu parteneri multipli iar gradul de utilizare a prezervativului crește proporțional cu vârsta individului și cu nivelul socio-economic. Studiile de evaluare a comportamentului sexual riscant în Brazilia au vizat predominant grupa adolescenților școlari și au avut o abordare descriptivă axată pe evaluarea rezultatelor legate de comportamentul sexual, cum ar fi nivelul de cunoștințe cu privire la ITS. Mai mult, impactul caracteristicilor psihosociale ale studenților de la Universitate, cum ar



fi orientarea sexuală și identitatea de gen, variabilitatea dintre domeniile cunoașterii și rolul tehnologiei asupra comportamentelor sexuale a fost puțin abordată. Studiul a identificat principalele caracteristici ale comportamentului sexual al studenților universitari în funcție de sex și a verificat prevalența comportamentului sexual riscant, precum și principalii factori socio-demografici și comportamentali asociați, într-un recensământ al studenților de anul întâi al Universității Federale din Pelotas (UFPel) din sudul Braziliei (*Gräf DD și colab., 2020*).

Studiile din Statele Unite au arătat că 48% dintre studenții de la Universitate au folosit prezervative în ultimul act sexual, iar prevalența comportamentului sexual riscant a fost de 14%, luând în considerare pe cei care au raportat că nu au folosit prezervative în cursul ultimului act sexual și care au avut mai mult de un partener în ultimele 12 luni anterioare sondajului. Un studiu realizat în 31 de instituții de învățământ superior din SUA a indicat că 44% dintre studenți au avut mai mult de un partener în interval de trei luni înainte de sondaj și 16% au folosit substanțe psihoactive (alcool sau droguri ilicite) înainte de ultimul act sexual.

2.2. Concluzii cu privire la comportamentele pozitive legate de bolile cu transmitere sexuală și impactul asupra sănătății copiilor

3. Recomandări (OMS). Exemple de intervenții bazate pe dovezi.

Tinerii accesează informații despre sănătatea sexuală dintr-o mare varietate de surse, ce includ furnizori de servicii medicale, părinți, școli, organizații comunitare și mass-media digitală. Părinții au o influență semnificativă asupra valorilor și credințelor sexuale ale adolescenților și ale adulților tineri. Cercetările arată că o comunicare de calitate dintre părinți și tineri despre sănătatea sexuală poate duce la practici sexuale mai sigure în rândul tinerilor (*Widman L și colab., 2016*). Cu toate acestea, aproape un sfert dintre tineri raportează că nu discută subiecte sexuale cu un părinte (*Widman L și colab., 2016*). În contextul furnizării de servicii confidențiale, clinicienii pot facilita comunicarea părinți-tineri despre sănătatea sexuală. De exemplu, clinicienii își pot ajuta adolescenții și pacienții tineri să vadă potențialele avantaje ale comunicării cu părinții lor și să se ofere să înceapă discuțiile părinte-tânăr în moduri care să sprijine tânărul. Clinicienii pot oferi, de asemenea, părinților orientări generale anticipative cu privire la comunicarea părinți-tineri și subiecte de sănătate sexuală a tinerilor, fără a dezvălui în mod specific informații confidențiale de la pacienții lor adolescenți și adulți tineri (*Ford CA și colab., 2011*).

Constatările din mai mult de 3 decenii de evaluare a programelor de educație sexuală într-o varietate de medii școlare și comunitare sunt remarcabil de consistente. Studii multiple indică faptul că participarea la educația sexuală completă este legată de scăderea comportamentelor de risc ale ITS, inclusiv amânarea momentului primului contact sexual, reducerea numărului de parteneri sexuali și scăderea frecvenței actelor sexuale neprotejate. (*Chin și colab., 2012*)

Programele de educație sexuală inteligentă subliniază abținerea ca fiind cel mai sigur comportament și promovează, de asemenea, utilizarea prezervativelor și a altor forme de contracepție de către tinerii care fac sex. Un număr apreciabil de dovezi demonstrează, de asemenea, că educația sexuală orientată numai către abținere nu este asociată cu prevenirea comportamentului de risc al ITS. Sondajele privind practica educației pentru sănătate din SUA arată o scădere, în ultimul timp, a receptivității adolescenților pentru o educație sexuală formală (*Lindberg și colab., 2016*).



Tehnologia digitală, inclusiv Internetul și rețelele sociale, reprezintă un nou spațiu important pentru educația sexuală. Deținerea de smartphone-uri a devenit aproape universală pentru tineri, 95% dintre adolescenții din SUA raportând accesul ușor la un smartphone. Anonimatul oferit de tehnologia digitală în căutarea subiectelor sensibile o transformă într-o sursă atractivă de informații despre sănătatea sexuală și reproductivă. Deși resursele sexuale și reproductive online sunt adesea inexacte, site-uri precum Bedsider.org, StayTeen.org și Scarleteen.com oferă informații complete, corecte din punct de vedere medical, despre sănătatea sexuală, adaptate publicului format din adolescenți și adulți tineri.

În cele din urmă, abordările extinse, integrate, pe mai multe niveluri sunt justificate pentru a inversa creșterile recente ale frecvenței bolilor cu transmitere sexuală și pentru a îmbunătăți efectele educației pentru sănătate sexuală și reproductivă ce se adresează adolescenților și adulților tineri din Statele Unite. Astfel de abordări trebuie să depășească clinicile și sălile de clasă școlare; să valorifice tehnologiile de vârf, considerate prietenoase de către tineri; și să schimbe contextele sociale în moduri care încurajează luarea deciziilor sexuale sănătoase de către tineri.

Există dovezi din ce în ce mai mari că reducerea incidenței HIV în unele țări poate fi legată de modificările comportamentale care sunt rezultatul programelor de intervenție comportamentală (UNAIDS 2001b; Darbes 2009). Există multe teorii și modele despre modul în care apare schimbarea comportamentală. Cele mai comune modele și teorii pe care sunt construite intervențiile comportamentale includ modelul Informații-Motivație-Abilități comportamentale (IMA) (Fisher 2009), Teoria cognitivă socială (Bandura 2001) și Teoria acțiunii motivate (Ajzen 2007). Chiar dacă detaliile teoriilor sunt diferite, ele au idei similare. Scopul lor este de a schimba factorii despre care se crede că sunt predictorii ai comportamentului, precum credințele asupra sănătății (riscul de a contracta HIV este neglijabil), cognițiile (HIV nu este un risc important pentru mine), atitudinile (nimic în neregulă cu mai mulți parteneri), normele sociale (fără sex înainte de căsătorie) sau abilitățile (negociere pentru sex protejat). Aceasta implică transmiterea informațiilor către grupurile țintă prin educație, instruire și consiliere care ar putea fi realizate la nivel individual sau de grup. În același sens, intervențiile comportamentale pentru prevenirea HIV vizează schimbarea acestor factori pentru a reduce comportamentul sexual riscant. În plus, pe baza teoriei economice, stimulente precum stimulii monetari sau nemonetari pot fi folosiți pentru a influența comportamentul, cum ar fi prezervativele gratuite. În 2011, a fost efectuată o revizuire a comportamentelor sexuale riscante, cum ar fi sexul neprotejat cu un partener cu statut necunoscut, partenerii sexuali multipli, consumul de alcool înainte de a face sex și sexul cu persoane care o fac comercial, pentru bani. (ILO 2002). Această revizuire s-a axat pe intervenții comportamentale pentru a reduce comportamentul sexual riscant al lucrătorilor pentru a reduce transmiterea heterosexuale a infecției cu HIV. Una dintre concluzii a fost faptul că au existat indicii slabe că intervențiile educaționale, atunci când se bazează pe modelul IMB, au redus bolile cu transmitere sexuală, sexul neprotejat și sexul cu lucrătorii sexuali comerciali, dar nu a existat o scădere semnificativă a sexului cu mai mulți parteneri sexuali și nici în utilizarea de alcool înainte de sex (Ojo *O.*, și *colab.*, 2011).

Într-o altă analiză efectuată de *Morenoi și colab.* în anul 2014, autorii au evaluat nouă studii, care au implicat 75.891 de participanți cu o durată cuprinsă între unu și nouă ani. Șapte dintre aceste studii au fost efectuate în Africa Subsahariană, unul în Peru și unul într-o locație incluzând mai multe țări. Promovarea prezervativului a fost implementată în toate studiile. Rezultatele nu au furnizat dovezi clare că promovarea prezervativului în aceste contexte specifice a dus la o scădere a transmiterii HIV și a altor ITS. Cu toate acestea, cunoștințele despre HIV și alte ITS au crescut, precum și utilizarea raportată a prezervativului. Un motiv probabil pentru rezultatele negative din



această analiză este faptul că sunt dificil de schimbat comportamentele sexuale. Studiul nu a constatat nicio diferență privitoare la numărul de parteneri sexuali în locațiile în care intervenția a fost implementată. De asemenea, dacă nu există utilizare consistentă a prezervativului, riscul de transmitere rămâne pentru HIV și alte ITS. Calitatea dovezilor a fost considerată a fi moderată. Aceste descoperiri ar trebui interpretate cu precauție, deoarece majoritatea studiilor din analiză au fost efectuate în Africa Subsahariană, o regiune cu o diversitate foarte mare și ale cărei caracteristici sociale și culturale sunt diferite de cele din alte țări dezvoltate.

Mason-Jones și colab., (2016) au evaluat efectele programelor școlare de sănătate sexuală și reproductivă asupra infecțiilor cu transmitere sexuală (cum ar fi HIV, virusul Herpes simplex și sifilisul) și asupra sarcinii în rândul adolescenților. Au fost incluse opt grupuri RCT care au înscris 55.157 de participanți. Cinci studii au fost efectuate în Africa subsahariană (Malawi, Africa de Sud, Tanzania, Zimbabwe și Kenya), unul în America Latină (Chile) și două în Europa (Anglia și Scoția). Autorii au concluzionat că în prezent există puține dovezi că programele educaționale singure sunt eficiente în reducerea ITS sau a sarcinii în adolescență. Intervențiile bazate pe stimulente care se concentrează pe menținerea tinerilor, în special a fetelor, în gimnaziu pot reduce frecvența sarcinilor la adolescente, dar sunt necesare alte studii de înaltă calitate pentru a confirma acest lucru.

4. Cum se poate schimba comportamentul – rolul profesioniștilor

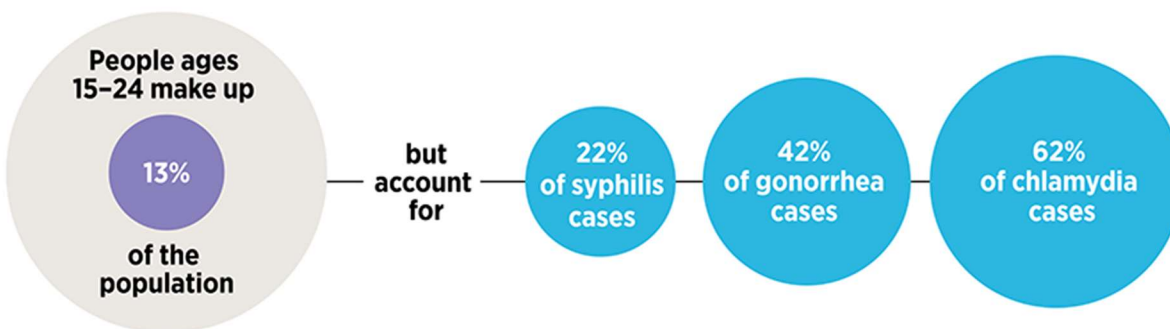
Adolescența este un concept destul de nou din punct de vedere istoric, care cuprinde o perioadă lungă de tranziție de la copilărie la maturitate, asociată cu o conștientizare din ce în ce mai mare a sexualității și o dorință specifică vârstei de a experimenta sexul. (OMS, 2005).

Adolescența este frecvent asociată cu modificări fiziologice care apar odată cu evoluția de la apariția caracteristicilor sexuale secundare (pubertate) la maturitatea sexuală și reproductivă (OMS, 1995).

Adolescenții sunt vulnerabili la ITS; Centrele pentru controlul și prevenirea bolilor (CDC) din SUA au arătat că, în 2018, persoanele cu vârste cuprinse între 15 și 24 de ani au reprezentat o proporție substanțială din numărul celor infectați cu Chlamidia (62%), gonoree (43%) și sifilis (22%).



② Young people are disproportionately burdened by STIs



Sources: Centers for Disease Control and Prevention and U.S. Census Bureau.

www.guttmacher.org

Principalele direcții pe care profesioniștii le pot aborda pentru a preveni ITS și pentru a reduce incidența infecțiilor în rândul tinerilor sunt:

- Furnizarea de informații despre sănătatea sexuală, pe de o parte, prin programe care oferă informații exacte despre prevenirea, transmiterea, simptomele principale și tratamentul ITS și, pe de altă parte, prin promovarea unui comportament sănătos și a unor relații sănătoase, concentrându-se pe autonomia sexuală a adolescenților, consimțământ informat și capacitatea de a pleda pentru utilizarea prezervativului;
- Adaptarea programelor de educație sexuală pentru a fi adecvate vârstei, respectuoase cu diferite medii culturale și specificități și răspunzând nevoilor educaționale reale ale tinerilor. Concentrarea doar pe programe de abținere nu oferă o soluție adolescenților care vor deveni activi sexual indiferent de aceste programe;
- Asigurarea consilierii în școli sau în servicii speciale pentru adolescenți pentru a-i ajuta să facă cea mai sănătoasă și mai sigură alegere în ceea ce privește comportamentele lor sexuale;
- Punerea la dispoziție, și la prețuri accesibile, a unor teste și tratamente pentru ITS, adaptate școlii sau programului de lucru al tinerilor, inclusiv tinerilor marginalizați care au abandonat școala, cu respectarea confidențialității și fără discriminare;
- Oferirea de servicii de prevenție prin prevenirea ITS și a răspândirii acesteia. Profesioniștii din domeniul sănătății din școli, în cooperare cu personalul din educație, ar trebui să promoveze utilizarea prezervativului și tratamentul partenerilor

Pentru a înțelege cum se schimbă comportamentul adolescenților în raport cu ITS, trebuie să înțelegem ce este important din perspectiva comportamentului uman, și anume ce este condiționarea clasică și condiționarea operantă.

Condiționarea clasică a fost explicată mai întâi de Ivan Pavlov, care a studiat salivarea la câini ca parte a proiectului său de cercetare legat de digestie.



Condiționarea clasică este eficientă atunci când un stimul condiționat precede stimulul necondiționat. În studiile lui Pavlov, de exemplu, un clopot sau un buzzer era un semnal că venea carnea și că salivația câinelui era pregătită pentru digestia alimentelor. Începând cu experimentele lui Pavlov, John B. Watson a fost cel care a crezut că întreaga gamă de emoții și comportamente umane ar putea fi explicată prin principii de condiționare. Se pare că, potrivit lui Watson, condiționarea clasică ne afectează preferințele, emoțiile, comportamentul și joacă un rol important în răspunsurile noastre emoționale la obiecte, simboluri, evenimente și locuri. Condiționarea clasică poate explica emoțiile pozitive și negative. Am învățat emoțiile pozitive sau negative deoarece, în trecut, unele obiecte, evenimente, situații au fost asociate cu sentimente pozitive sau negative (*Tavris C și colab., 2001*).

Teoria condiționării operante explică faptul că un comportament devine mai mult sau mai puțin probabil, în funcție de consecințele sale. În condiționarea operantă, răspunsul organismului operează sau produce efectele asupra mediului, efecte care, la rândul lor, influențează decizia dacă răspunsul va apărea din nou.

Modificarea comportamentului reprezintă utilizarea unor tehnici operante pentru a ajuta oamenii să schimbe obiceiurile nedorite, periculoase sau auto-sabotante în condițiile din lumea reală.

Câteva dintre succesele atribuite modificării comportamentului includ:

- Instruirea părinților să-și învețe copiii să fie curați
- Instruirea cadrelor didactice să fie „agenți de schimbare comportamentală”
- Pregătirea adulților cu tulburări și deficiențe mentale pentru a comunica, a se îmbrăca singuri, a se amesteca social cu ceilalți și a-și câștiga existența
- Instruirea pacienților cu creierul afectat să-și controleze comportamentul inadecvat, să-și concentreze atenția și să-și îmbunătățească abilitățile lingvistice
- Ajutarea oamenilor să elimine obiceiurile nedorite, cum ar fi fumatul și rosul unghiilor, sau să le dobândească pe cele dorite, cum ar fi practicarea pianului sau studiul.

Un profesionist comportamental instruit ar trebui să înceapă prin studierea sistematică a comportamentului adolescentului și a factorilor care par să-l mențină, cum ar fi atenția sau stimularea senzorială. De asemenea, este important să se ia în considerare tehnicile de întărire și de pedepsire care pot fi pozitive și negative, de ex. în întărirea pozitivă, ceva plăcut urmează unui răspuns; în întărirea negativă, se îndepărtează ceva neplăcut. În pedeapsa pozitivă, răspunsul este urmat de ceva neplăcut; în pedeapsa negativă, se îndepărtează ceva plăcut (*Tavris C și colab., 2001*).

Condiționarea este orice eveniment care amplifică sau întărește comportamentul căruia îi urmează. Există două tipuri de factori ce consolidează comportamentul. În ambele cazuri, comportamentul se amplifică.

1. **Întăritorii pozitivi** sunt evenimente sau rezultate favorabile care sunt prezentate după comportament. În situațiile de întărire pozitivă, un răspuns sau un comportament este întărit prin adăugarea de laude sau o recompensă directă. Dacă faci o treabă bună la locul de muncă și managerul tău îți oferă un bonus, bonusul respectiv este un întăritor pozitiv.
2. **Întăritorii negativi** implică îndepărtarea evenimentelor sau rezultatelor nefavorabile după afișarea unui comportament. În aceste situații, un răspuns este întărit prin eliminarea a ceva considerat neplăcut. De exemplu, dacă copilul dvs. începe să țipe în mijlocul unui



restaurant, dar se oprește de îndată ce i-ați dat o delicatose, acțiunea dvs. a dus la eliminarea stării neplăcute, întărindu-vă dvs negativ comportamentul (nu pe cel al copilului dvs).

În **condiționarea operantă**, programele de întărire sunt o componentă importantă a procesului de învățare. Când și cât de des întărim un comportament poate avea un impact dramatic asupra puterii și frecvenței răspunsului.

Un program de întărire este, în esență, o regulă care stabilește ce instanțe de comportament vor fi întărite. În unele cazuri, un comportament poate fi întărit de fiecare dată când apare. Uneori, un comportament ar putea să nu fie deloc întărit.

Fie o întărire pozitivă, fie o întărire negativă poate fi utilizată ca parte a condiționării operante. În ambele cazuri, scopul întăririi este de a consolida un comportament, astfel încât acesta să apară, cel mai probabil, din nou.

Programele de întărire au loc atât în condiții de învățare naturale, cât și în situații de instruire mai structurate. În condițiile lumii reale, comportamentele probabil nu vor fi întărite de fiecare dată când apar. În situațiile în care încercați în mod intenționat să consolidați o acțiune specifică (cum ar fi la școală, sport sau în dresajul animalelor), ar trebui să urmați un program specific de întărire.

Unele programe sunt mai potrivite anumitor tipuri de situații de antrenament. În unele cazuri, antrenamentul ar putea necesita un program și apoi să se treacă la altul odată ce comportamentul dorit a fost învățat.

Cele două forme fundamentale ale programelor de întărire sunt cunoscute sub denumirea de întărire continuă și întărire parțială.

Întărirea continuă. În întărirea continuă, comportamentul dorit este întărit de fiecare dată când apare. Acest program este cel mai bine să fie utilizat în etapele inițiale ale învățării pentru a crea o asociere puternică între comportament și răspuns.

Imaginați-vă, de exemplu, că încercați să învățați un câine să vă dea mâna. În timpul etapelor inițiale de învățare, v-ați ține de un program continuu de întărire pentru a preda și a stabili comportamentul. Acest lucru ar putea implica apucarea labei câinelui, scuturarea acesteia, rostirea comenzii „Scutură!” și apoi oferirea unei recompense de fiecare dată când efectuați acești pași. În cele din urmă, câinele va începe să efectueze singur acțiunea.

Programele de întărire continuă sunt cele mai eficiente atunci când se încearcă predarea unui nou comportament. Denotă un model la care fiecare răspuns bine definit este urmat de o consecință bine definită.

Întărirea parțială. Odată ce răspunsul este ferm stabilizat, un program de întărire continuă este de obicei schimbat cu un program de întărire parțială. În întărirea parțială (sau intermitentă), răspunsul este întărit doar o parte din timp. Comportamentele învățate sunt dobândite mai lent prin metoda întăririi parțiale, dar răspunsul rezistă mai mult înainte de dispariție.
(<https://www.verywellmind.com/what-is-a-schedule-of-reinforcement>)

Pedeapsa, atunci când este utilizată corespunzător, poate fi eficace în descurajarea comportamentelor nedorite, dar este adesea utilizată în mod greșit și de aceea are consecințe



neintenționate și poate produce frică și furie. Extincția comportamentului nedorit, combinată cu întărirea comportamentului dorit, este în general preferabilă utilizării pedepsei (*Tavris C și colab., 2001*).

Pedeapsa în condiționarea operantă

Pedeapsa este prezentarea unui eveniment sau rezultat advers care determină o diminuare a comportamentului căruia îi urmează. Există două tipuri de pedepse. În ambele cazuri, comportamentul se reduce.

1. **Pedeapsa pozitivă**, denumită uneori pedeapsă prin aplicare, presupune manifestarea unui eveniment sau a unui rezultat nefavorabil pentru a slăbi răspunsul căruia îi urmează. Plesnitul la fund pentru un comportament greșit este un exemplu de pedeapsă prin aplicare.
2. **Pedeapsa negativă**, cunoscută și sub numele de pedeapsă prin îndepărtare, apare atunci când un eveniment sau un rezultat favorabil este eliminat după manifestarea unui comportament. Eliminarea jocului video al unui copil în urma unui comportament necorespunzător este un exemplu de pedeapsă negativă.

În concluzie, condiționarea operantă se bazează pe o premisă destul de simplă: acțiunile care sunt urmate de întărire vor fi consolidate și mai susceptibile să apară din nou în viitor. Dacă spunei o poveste amuzantă în clasă și toată lumea râde, este foarte probabil că veți spune din nou aceea poveste în viitor.

Dacă ridici mâna pentru a pune o întrebare și profesorul tău laudă comportamentul tău politicos, probabil că vei fi mai tentat să ridici mâna data viitoare când ai o întrebare sau un comentariu. Deoarece comportamentul a fost urmat de întărire sau de un rezultat dezirabil, acțiunea precedentă este întărită.

3. În schimb, acțiunile care duc la pedeapsă sau consecințe nedorite vor fi slăbite și este mai puțin probabil să se repete în viitor. Dacă povestiți din nou aceeași poveste în altă clasă, dar nimeni nu râde de data aceasta, va fi mai puțin probabil să repetați povestea din nou în viitor. Dacă strigi un răspuns în clasă și profesorul tău te ceartă, atunci este mai puțin probabil să întrerupi din nou cursul. (<https://www.verywellmind.com/operant-conditioning>)

Pentru prevenire

În anul 2011, a fost efectuată o evaluare sistematică pentru a determina gradul de conștientizare și cunoaștere al adolescenților școlari de sex masculin și feminin din Europa cu privire la ITS și, pe cât posibil, modul în care își percep propriul risc de a contracta o ITS. Un total de 15 studii au fost incluse în analiză. Toate au fost sondaje transversale efectuate în rândul adolescenților cu vârste cuprinse între 13 și 20 de ani, care frecventează o școală. În general, conștientizarea și cunoștințele au variat în rândul adolescenților, în funcție de sex. Studiile incluse în revizuire s-au concentrat asupra a șase BTS, conștientizarea și cunoștințele fiind evaluate în profunzime în principal pentru HIV/SIDA și HPV și, într-o oarecare măsură, pentru Chlamydia. Pentru sifilis, gonoree și herpes a fost evaluată doar conștientizarea. Conștientizarea a fost în general ridicată pentru HIV/SIDA (peste 90%) și scăzută pentru HPV (intervalul 5,4% -66%). Deși știu că utilizarea prezervativelor ajută la protejarea împotriva contractării unei boli cu transmitere sexuală, unii adolescenți încă mai consideră prezervativele în primul rând ca o metodă intermediară de contracepție înainte de a utiliza pilula. În general, studiile au raportat niveluri scăzute de conștientizare și cunoaștere a



bolilor cu transmitere sexuală, cu excepția HIV/SIDA. Deși, așa cum se arată în unele dintre constatările privind utilizarea prezervativului, cunoștințele nu se traduc întotdeauna în schimbarea comportamentului, educația sexuală a adolescenților este importantă pentru prevenirea BTS, iar mediul școlar joacă un rol important. Dincolo de HIV/SIDA, trebuie acordată atenție infecțiilor precum infecția cu Chlamydia, gonoreea și sifilisul. (*Samkange-Zeeb și colab., 2011*)

5. Educație pentru viitorii părinți/populație pentru un stil de viață sănătos cu privire la bolile cu transmitere sexuală și în general – rolul programelor educaționale, rolul comunității, al școlii. Cum poate fi răspândită informația.

Adolescenții învață despre sex, reproducere, contracepție și ITS dintr-o serie de surse: părinți, frați, colegi, radio, televiziune, presa scrisă, bârfe și din observarea altora. În multe medii și culturi, părinții și alte rude adulte, de ex. mătușile sau unchii, nu vorbesc despre astfel de probleme copiilor lor și mulți nu se simt destul de informați sau confortabili cu privire la a da sfaturi (Görge 1994). Hughes și McCauley (1998) indică sondaje care arată că atât părinții, cât și tinerii preferă adesea ca părinții să fie principala sursă de informații pentru adolescenți despre sexualitate și sănătate reproductivă (*Castillo, 1993; Hawkins și Ojaka, 1992; Kumah și colab., 1992*). Aceste studii au arătat că părinții se simt prea jenați, confuzi sau prost informați cu privire la aceste subiecte pentru a fi o sursă eficientă de informații și sprijin (*Kumah și colab., 1992, UNFPA, 1993*).

Colegii și, în unele cazuri, mass-media par să fi devenit principalele surse de informații despre ITS pentru majoritatea adolescenților, de ex. în Burkina Faso (Consiliul Populației, 1998). În mod similar, în Zimbabwe și Tanzania, tinerii au primit majoritatea informațiilor despre ITS de la colegi și/sau mass-media (CRHCS, nedatată a, b). În Tanzania, tinerii ar fi preferat totuși să primească mai multe informații de la părinți decât din mass-media (CRHCS, nedatată b).

Profesorii, alți angajați ai școlii și furnizorii de servicii medicale au potențialul de a deveni o sursă majoră de informații despre ITS. În Nairobi, Kenya, mass-media a fost principala sursă de informații despre ITS cum ar fi gonoreea și sifilisul, urmată de profesori, prieteni și rude (Lema și Hassan, 1994). În Columbia, profesorii de școală au fost cea mai comună sursă de informații despre ITS, iar fetele își menționează deseori mamele; serviciile de sănătate au fost descrise ca o sursă importantă de informații doar de 5% dintre tineri (Profamilia, 1996). În Africa de Sud, prietenii erau considerați o sursă valoroasă de informații, dar aproape trei sferturi dintre tineri au indicat că preferă să vorbească cu un adult despre sexualitate. Clinicile ar fi fost sursa lor preferată de informații, servicii și produse legate de sănătatea reproducerii, dar, din păcate, majoritatea clinicilor nu aveau un mediu în care tinerii să se simtă confortabil să caute sfaturile și serviciile pe care le doreau și de care aveau nevoie (Transgrud, 1998).

Adolescenții se confruntă adesea cu sentimente de vinovăție și rușine atunci când își dau seama că au contractat o ITS și mulți ar putea să nu fi dobândit abilitățile necesare pentru a spune cuiva că au o problemă de sănătate sexuală (Brabin, 1998).

În cazul adolescentelor care contractează o ITS, această boală este uneori asociată cu prostituția (CRHCS, nedatată b). Ca urmare, chiar dacă au o secreție neobișnuită sau o durere, este posibil să nu spună nimănui că există o problemă. Când adolescenții se prezintă la o clinică, rapoartele lor sunt adesea vagi, mai ales dacă sunt implicate sexul cu forța sau abuzuri sexuale.



Factori care împiedică adolescenții cu ITS să primească un tratament eficient (adaptat din Brabin 1998)

Natura ITS și a metodelor de diagnostic

- Infecția adesea asimptomatică
- Lipsa testelor accesibile de screening
- Evaluări de risc inexacte

Cunoștințele, atitudinile și abilitățile adolescenților legate de ITS și de căutarea îngrijirii

- Lipsa cunoașterii simptomelor
- Tratamentul ITS – o prioritate scăzută
- Nu știu unde să se ducă pentru tratament
- Nu au abilitățile necesare pentru a exprima o problemă de sănătate sexuală
- Teama de examinare
- Teama de a nu afla părinții și alți adulți

Accesul la servicii

- Distanțe mari până la clinici sau lipsa modalităților sau a banilor pentru transport
- Program de lucru neconvenabil pentru adolescenți (de exemplu, clinica închisă după școală)
- Restricții legale/politice (de exemplu, necesitatea pentru consimțământul părinților, necesitatea de a aduce partenerul)
- Furnizori neprietenoși/moralști
- Cost ridicat al tratamentului

Mangement slab al cazurilor

- Lipsa medicamentelor
- Medicamente ineficiente sau administrarea unor doze insuficiente
- Eșecul furnizorilor de informație de a educa, promova și oferi prezervative și de a înștiința partenerii

Cele mai bune recomandări pentru prevenirea ITS la adolescenți și adulții tineri includ:

- utilizarea corectă și consecventă a prezervativului;
- terapia de urgență a partenerilor pentru gonoree și chlamydia;
- profilaxia pre-expunere pentru prevenirea HIV;
- abordări de prevenire în mediul comunitar bazate pe dovezi
- intervenții scurte de consiliere folosind planuri personalizate de reducere a riscurilor.

Peterman TA a menționat în editorialul său publicat în 2016 că intervențiile pentru ITS includ atât abordări tradiționale, cât și intervenții mai ample. Abordările tradiționale includ: notificarea partenerilor și programe de screening în medii clinice, școli și medii de informare, în timp ce intervențiile mai extinse includ marketing social, consilierea comportamentală, legături și trimitere către îngrijire și intervenții politice.



Programele de screening funcționează uimitor de bine dacă sunt realizate automat, cum ar fi, spre exemplu, screening-ul de rutină al sifilisului (MSM) la cei infectați cu HIV, cărora li se ia sânge pentru dozare de CD4 sau pentru determinarea încărcăturii virale. Convingerea furnizorilor să implementeze astfel de schimbări sistematice ar fi probabil o intervenție cu un cost redus și extrem de eficient pentru prevenirea sifilisului.

Înștiințarea partenerului rămâne o metodă eficientă de a găsi cazuri importante, dar costul este ridicat și adesea nu este cea mai eficientă metodă de găsim a persoanelor infectate. O provocare pentru serviciile oferite partenerilor este cum să ne asigurăm că partenerii persoanelor cu gonoree sau chlamydia sunt tratați la un cost rezonabil. S-a dovedit că administrarea de medicamente pacienților pentru a le aduce partenerilor lor contribuie la reducerea ratelor de reinfecție. Abordările mai noi, cum ar fi utilizarea mesageriei text, au un potențial mare, dar nu sunt pe deplin evaluate.

Schimbările de politici pot avea un impact pe termen lung, dar schimbarea unei politici nu schimbă imediat practica. Legile care permit pacienților să aducă medicamente partenerilor lor sunt un pas important în tratamentul partenerului, dar oprirea în diferite stadii a cascadei de tratament demonstrează că este nevoie de mai multă muncă la diferite niveluri.

Consilierea comportamentală succintă funcționează adesea, în special pentru bărbații și femeile heterosexuale tinere, cu risc moderat. S-a dovedit a fi eficientă atât în clinicile BTS, cât și în afara acestora, dar necesită trecerea dincolo de instrucțiunile didactice.

Acordarea de îngrijire persoanelor cu ITS se extinde dincolo de tratarea celor 35 de tipuri de infecții cu transmitere sexuală și include abordarea altor afecțiuni care sunt frecvent întâlnite în rândul persoanelor cu ITS, ținând cont că trimiterea pasivă a pacienților cu ITS la servicii medicale sau sociale este puțin probabil să fie eficientă. (Peterman T.A., 2016).



6. Bibliography

1. Chin HB, Sipe TA, Elder R, The effectiveness of group-based comprehensive risk-reduction and abstinence education interventions to prevent or reduce the risk of adolescent pregnancy, human immunodeficiency virus, and sexually transmitted infections: two systematic reviews for the guide to community preventive services. *Am J Prev Med* 2012;42(3):272–94.
2. Dehne, K. L. Sexually transmitted infections among adolescents: the need for adequate health services / Karl L. Dehne, Gabriele Riedner; edited by Marge Berer. ISBN 92 4 156288 9 (NLM classification: WA 330), WHO 2005.
3. Ford CA, Davenport AF, Meier A, Partnerships between parents and health care professionals to improve adolescent health. *J Adolesc Health* 2011;49(1): 53–7.
4. Gräf DD, Mesenburg MA, Fassa AG. Risky sexual behavior and associated factors in undergraduate students in a city in Southern Brazil. *Rev Saude Publica*. 2020 Apr 17;54:41. doi: 10.11606/s1518-8787.2020054001709. PMID: 32321057; PMCID: PMC7135094.
5. Kamb ML, Fishbein M, Douglas, Jr JM, et al. Efficacy of Risk-Reduction Counseling to Prevent Human Immunodeficiency Virus and Sexually Transmitted Diseases: A Randomized Controlled Trial. *JAMA*. 1998;280(13):1161–1167. doi:10.1001/jama.280.13.1161.
6. Lindberg LD, Maddow-Zimet I, Boonstra H. Changes in adolescents' receipt of sex education, 2006–2013. *J Adolesc Health* 2016;58(6):621–7.
7. Mason-Jones_AJ, Sinclair_D, Mathews_C, Kagee_A, Hillman_A, Lombard_C. School-based interventions for preventing HIV, sexually transmitted infections, and pregnancy in adolescents. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2016, Issue 11. Art. No.: CD006417. DOI: 10.1002/14651858.CD006417.pub3.
8. Moreno_R, Nababan_HY, Ota_E, Wariki_WMV, Ezoe_S, Gilmour_S, Shibuya_K. Structural and community-level interventions for increasing condom use to prevent the transmission of HIV and other sexually transmitted infections. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2014, Issue 7. Art. No.: CD003363. DOI: 10.1002/14651858.CD003363.pub3.
9. Ojo_O, Verbeek_JH, Rasanen_K, Heikkinen_J, Isotalo_LK, Mngoma_N, Ruotsalainen_E. Interventions to reduce risky sexual behaviour for preventing HIV infection in workers in occupational settings. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2011, Issue 12. Art. No.: CD005274. DOI: 10.1002/14651858.CD005274.pub3.
10. Oringanje C, Meremikwu MM, Eko H, Esu E, Meremikwu A, Ehiri JE. Interventions for preventing unintended pregnancies among adolescents. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2016, Issue 2. Art. No.: CD005215. DOI:10.1002/14651858.CD005215.pub3.
11. Peterman T.A., Effective Interventions to Reduce Sexually Transmitted Disease: Introduction to the Special Issue Sexually Transmitted Diseases, Volume 43, Supplement 1, February 2016.
12. Samkange-Zeeb FN, Spallek L, Zeeb H. Awareness and knowledge of sexually transmitted diseases (STDs) among school-going adolescents in Europe: a systematic review of



- published literature. BMC Public Health. 2011 Sep 25;11:727. doi: 10.1186/1471-2458-11-727. PMID: 21943100; PMCID: PMC3189891.
13. Travis C, Wade C. Psychology in Perspective. Third Edition. Prentice-Hall. 2001
 14. Widman L, Choukas-Bradley S, Noar SM, Parent-adolescent sexual communication and adolescent safer sex behavior: a meta-analysis. JAMA Pediatr 2016; 170(1):52–61.
 15. Wynn, Adriane PhD, MPP; Bristow, Claire C. PhD, MPH, MSc; Cristillo, Anthony D. PhD, et al, Sexually Transmitted Infections in Pregnancy and Reproductive Health: Proceedings of the STAR Sexually Transmitted Infection Clinical Trial Group Programmatic Meeting Sexually Transmitted Diseases: January 2020 - Volume 47 - Issue 1 - p 5-11
 16. Panchaud C, Singh S, Feivelson D and Darroch J.E. Family Sexually Transmitted Diseases Among Adolescents in Developed Countries. Family Planning Perspectives, Volume 32, Number 1, January/February 2000.