

BULETIN DE PERINATOLOGIE

REVISTĂ ȘTIINȚIFICO-PRACTICĂ



UN FĂT FRUMOS
ȘI SĂNĂTOS

Revistă științifico-practică
Fondată în 1998

REPUBLICA MOLDOVA, CHIȘINĂU ISSN 1810-5289

CUPRINS

CONTENTS

ARTICOLE ORIGINALE

ORIGINAL PAPERS

- Galina Leșco, Larisa Chirev.** 5
Studiu de evaluare a necesităților și reprezentărilor despre parentingul responsabil.
- Natalia Zarbailov, Ayşegül Esin, Oxana Ceban, C. Ețco.** 11
CU PRIVIRE LA STATUTUL ADOLESCENȚILOR ÎN SITUAȚIE DE RISC DIN REPUBLICA MOLDOVA.
- Jana Chihai, Eșanu A., Ungureanu Diana.** 16
NIVELUL STIGMATIZĂRII ȘI DISCRIMINĂRII FAȚĂ DE OAMENII CU BOLI MINTALE ÎN RÂNDUL ADOLESCENȚILOR.
- Cătălina Croitoru, Gheorghe Ostrofeț.** 20
MORBIDITATEA ELEVILOR DIN INSTITUȚIILE DE ÎNVĂȚĂMÂNT PREUNIVERSITAR DIN OR. CHIȘINĂU.
- Garaz Gr.** 23
FACTORI IMPLICAȚI ÎN ÎNȚIEREA CONSUMULUI DE ALCOOL LA ADOLESCENȚI ÎN REPUBLICA MOLDOVA.
- Galina Leșco, Larisa Chirev, Corina Iliadi-Tulbure, Irina Sagaidac, Svetlana Tripac.** 27
CARACTERISTICI ÎN DEZVOLTAREA PSIHOSEXUALĂ A ADOLESCENȚELOR.
- Ецко Константин, Чебан Оксана, Зарбаилова Наталья.** 31
ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И ПРОСВЕЩЕНИЯ ПО ОХРАНЕ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ МОЛОДЕЖИ В ПРОЦЕССЕ ПОДГОТОВКИ СПЕЦИАЛИСТОВ.
- M. Rotaru, Maria Manceva, Svetlana Jubârcă.** 35
SARCINA LA ADOLESCENTE ASOCIATĂ CU RETARD DE DEZVOLTAREA INTRAUTERINĂ A FĂȚULUI.
- Tatiana Baciu.** 40
STUDIUL ASUPRA VALORILOR ADOLESCENȚILOR.
- Galina Leșco, Larisa Chirev.** 5
Evaluation of conceptions and needs for responsible parenting skills training.
- Natalia Zarbailov, Ayşegül Esin, Oxana Ceban, C. Ețco.** 11
WHAT ABOUT THE CURRENT STATUS OF MOST AT RISK ADOLESCENTS IN REPUBLIC OF MOLDOVA.
- Jana Chihai, Esanu A., Ungureanu Diana.** 16
LEVEL OF STIGMA AND DISCRIMINATION AGAINST PEOPLE WITH MENTAL ILLNESSES AMONG ADOLESCENTS.
- Cătălina Croitoru, Gheorghe Ostrofeț.** 20
MORBIDITY OF PUPILS FROM THE PRE-UNIVERSITY INSTITUTIONS IN CHIȘINĂU CITY.
- Garaz Gr.** 23
FACTORS IMPLICATED IN INITIATION OF ALCOHOL CONSUMPTION AMONG ADOLESCENTS IN REPUBLIC OF MOLDOVA.
- Galina Leșco, Larisa Chirev, Corina Iliadi-Tulbure, Irina Sagaidac, Svetlana Tripac.** 27
CHARACTERISTICS IN PSYCHO-SEXUAL DEVELOPMENT OF ADOLESCENT GIRLS.
- Ețco Constantin, Oxana Ceban, Natalia Zarbailov.** 31
INTERACTION OF HEALTHCARE AND EDUCATION FOR THE PROTECTION OF REPRODUCTIVE HEALTH OF YOUTH WITHIN SPECIALISTS TRAINING.
- M. Rotaru, Maria Manceva, Svetlana Jubârcă.** 35
THE ADOLESCENTS PREGNANCY ACCOMPANIED BY INTRAUTERINE GROWTH RETARDATION SYNDROME.
- Tatiana Baciu.** 40
THE STUDY OF TEENAGERS VALUES.

CARACTERISTICA MANIFESTĂRILOR DOLORE ÎN SINDROMUL PREMENSTRUAL.	Ina Mazur.	43	Ina Mazur. CHARACTERISTICS OF PAIN SYMPTOMS IN PREMENSTRUAL SYNDROME.
REZULTATELE MATERNE ȘI FETALE ALE EVOLUȚIEI SARCINII ȘI NAȘTERII LA ADOLESCENTE.	Svetlana Jubărcă.	49	Svetlana Jubarca. THE RESULTS OF MATERNAL AND FETAL OUTCOMES AT ADOLESCENTS, PREGNANCY AND DELIVERY.
ÎN AJUTORUL MEDICULUI PRACTICIAN	Dumbrăveanu I.	58	HELPING THE PRACTITIONER DOCTOR
DISFUNCȚIA ERECTILĂ LA TINERI. CUM DEOSEBIM FALSUL DE REAL SAU UNELE PUNCTE DE REPER PENTRU O EDUCAȚIE SEXUALĂ CORECTĂ.			Dumbraveanu I. ERECTILE DYSFUNCTION IN YOUNG PEOPLE. HOW TO DISTINGUISH THE FAKE FROM THE REAL OR SOME GUIDELINES FOR SEXUL EDUCATION.
TEZE	63		THESES
TEZE ALE RAPOARTELOR	75		SUMMARY RAPORTS

Redacția nu poartă răspundere de conținutul și stilistica lucrărilor prezentate



În baza Regulamentului „Cu privire la evaluarea și clasificarea revistelor științifice”, aprobat prin Hotărârea comună a Consiliului Suprem pentru Știință și Dezvoltare Tehnologică al Academiei de Științe a Moldovei și Consiliului Național pentru Acreditare și Atestare nr. 196 din 18.10.12, Consiliul Suprem pentru Știință și Dezvoltare Tehnologică al AȘM și Consiliul Național pentru Acreditare și Atestare **"Buletinul de Perinatologie"** s-a conferit **Categoria B**

EDITORIAL BOARD

Honorary Chairman of the editorial board – prof. **GLADUN Eugen**, doctor habilitate in medical sciences, corresponding member of the Academy of Sciences of Moldova (ASM)
Executive Chairman of the editorial board - prof. **STRATULAT Petru**, doctor habilitate in medical sciences, Director on Research, Innovation and Technological Transfer of the Mother and Child Institute (MCI);
Vice President - **GAȚCAN Ștefan**, M.D., General director of the MCI
Vice President - prof. **REVENCO Ninel**, doctor habilitate in medical sciences, univ. professor, Head of Pediatric Department of the MFU "N. Testemițanu"
Responsible Secretary - **OPALCO Igor**, M.D., Senior Researcher, Scientific laboratory in obstetrics of the MCI

Adresa redacției:

2032, Republica Moldova, Chișinău, str. Burebista, 93, bir. 207
Tel.: 022-52-19-35

MEMBERS PROFESSOR

Gudumac Eva, Cernetchi Olga, Vasilos Liubovi, Boian Gavriil, Moșin Veaceslav, Curteanu Ala, Cojocaru Ala, Sacară Victoria, Paliu Ina, Ciobanu Victor, Carauș Iurie, Babuci Veaceslav, Ețco Ludmila, Paladi Gheorghe, Friptu Valentin, Strătilă Mihai, Serbenco Anatol (Republica Moldova); Suhiih Ghenadie (Russia); Stamin Maria (Romania); Burlea Marin (Romania); Zaporozhan Vladimir (Ukraine); Uvarova Elena (Russia); Gotea Stela (Romania); Stoicescu Silvia (Romania); Dahno Feodor (Ukraine); Carapato RM. (Portugal); Anstaclis Aris (Greece); Jan Carlo di Renzo (Italy); Caganov Boris (Russia); Ivanov Oleg (Russia); Aprodu S.Gabriel (Romania); Șifman Efim (Russia); Valiulis Alghis; Rusnac Tudor (Russia); Gardosi J. (Great Britain); Șunico Elizaveta (Ukraine); Maidanic Victor (Ukraine); Covanova Natalia (Russia); Apostolis Athanasiadis (Greece); Nejele Dvazdiene (Lithuania); Grepe Natalia (Russia).

Вестник перинатологии
Научно-практический журнал
Ответственность за достоверность информации, содержащейся в рекламных материалах, несут рекламодатели

Revista a fost înregistrată la Ministerul de justiție al Republicii Moldova a 03.06. 1998.
Certificat de înregistrare Nr. 48
Redactor V. Batâr/ Redactor tehnic și artistic C.C. Marius
Tiparul a fost executat la Tipografia "Reclama" sub Comanda nr. 304, tiraj 500 ex. Chișinău, str. Alexandru cel Bun 111.

CUVÎNT DE SALUT

I-a Conferința Națională în Sănătatea Adolescenților (cu participare internațională)

Fiecare al șaptelea locuitor al Republicii Moldova este un adolescent sau o adolescentă de 10-19 ani, iar persoanele tinere de 10-24 ani constituie circa a patra parte din populația țării. Spectrul de probleme de sănătate cu care se confruntă adolescenții și tinerii este foarte diversă: utilizarea de substanțe, ITS/HIV/SIDA, sarcina nedorită, sănătatea mentală, violența, traumatismul, stigmatizarea și discriminarea etc. Conform datelor recente, mult de 1/3 din adolescenți au plecat la muncă peste hotare cel puțin un părinte și circa 10% din adolescenți au plecați la muncă peste hotare ambii părinți.

Aceste probleme conduc la micșorarea posibilităților adolescenților/tinerilor pentru o integrare socială eficientă, cu reducerea în timp a potențialului uman și economic al țării și nu în ultimul rând, conduc ulterior, în viața adultă, la mortalitate prematură în 70 % cazuri.

Pentru a rezolva eficient problemele expuse mai sus, Guvernul Republicii Moldova a enunțat ca prioritate sănătatea și dezvoltarea adolescenților și tinerilor într-un sir de documente de politici și strategice așa cum ar fi Politica Națională de Sănătate, Strategia pentru Tineret, Strategia Națională privind sănătatea reproducerii. Este în proces de definitivare și Strategia în Sănătatea și Dezvoltarea Copiilor și Adolescenților. În aceste documente obiectivele de baza la capitolul dat sunt orientate spre sporirea accesului adolescenților și tinerilor la informații și servicii de calitate de sănătate, așa cum sunt serviciile de sănătate prietenoase tinerilor.

Din 2011 Ministerul Sănătății a inițiat, cu suportul Direcției Elvețiene pentru Dezvoltare și Cooperare și agențiilor ONU, procesul de extindere a serviciilor de sănătate prietenoase tinerilor. Ca rezultat, în anul 2014 au fost contractate de către CNAM Centre de Sănătate Prietenoase Tinerilor în toate raioanele și municipiile republicii (37 CSPT în comparație cu 12 CSPT în 2011). Ca rezultat a acestor acțiuni accesul tinerilor de 10-24 ani la servicii de sănătate prietenoase tinerilor a sporit considerabil.


Acest proces este susținut de perfecționarea cadrului normativ în domeniu; de revizuirea curriculei de pregătire a specialiștilor în domeniu; de o serie întregă de instruirii la locul de muncă atât pentru specialiștii de la toate nivelele, de acumularea evidențelor în domeniu și de o serie largă de acțiuni de mobilizare comunitare. Aceste activități vor continua și anii următori pentru a asigura calitatea și eficiența serviciilor de sănătate pentru adolescenți.

Exemplu Republicii Moldova este prezentat ca un exemplu de succes în extinderea SSPT în cadrul Raportului global referitor starea sănătății adolescenților „A doua șansă în a doua decadă”, lansat de către OMS anul acesta.

I Conferință Națională în Sănătatea Adolescenților cu participare internațională este un for, care va asigura trecerea în revistă a realizărilor și problemelor existente în domeniu, analiza experienței internaționale și trasarea intervențiilor bazate pe evidențe pentru perioada următoare.

Permiteți-mi să vă urez succes în desfășurarea acestei prime conferințe dedicate sănătății adolescenților, și să folosiți această oportunitate pentru un schimb cât mai larg de experiență, cunoștințe și stabilirea noilor relații de colaborare. Sper ca astfel de conferințe să devină o tradiție bună pentru viitor în procesul de sporirea a capacităților specialiștilor și a promovării celor mai bune practici din domeniu.

Ministrul Sănătății



Andrei USATÎI



Galina Leșco, Larisa Chirev
**STUDIU DE EVALUARE A NECESITĂȚILOR
ȘI REPREZENTĂRILOR DESPRE PARENTITUDINEA RESPONSABILĂ**

*Centrul de Sănătate Prietenos Tinerilor "Neovita"
IMSP Institutul Mamei și Copilului, Centrul de Sănătate a Reproducerii și Genetică Medicală
Catedra Psihologie, UPSC "I.Creangă"*

SUMMARY

EVALUATION OF CONCEPTIONS AND NEEDS FOR RESPONSIBLE PARENTING SKILLS TRAINING.

Keywords: parenting, life skills, peer education

Actuality. Development of responsible parenting skills is a priority issue, due to remaining high divorce rate among young families, high rate of children born outside of marriage and remained without parental supervision, increased level of reproductive health problems.

Materials and methods. The results of the study conducted in framework of the "Community support services in responsible parenting skills development" supported by the Swiss Agency for Cooperation and Development reflects representations about meaning of parenting of different categories of community members, its components, needs to parenting trainings, and knowledge and behaviors of adolescents in reproductive health and parenting issues.

Results. Piloting a program based on the principles of formative peer education has allowed identifying mechanisms of change in knowledge, attitudes and behaviors of adolescents and confirmation of the need to include in the school curriculum content oriented formation of values that promote health, family, relationships harmonious interpersonal and prepare the younger generation to become an effective parent.

Conclusions. To support adolescent in development of parenting skills, families should represent a model in communication and form them basic life skills. Was identified, that sexuality and personal development education. Was demonstrated, that formative program applied on the principle of peer education was effective in increasing knowledge and strengthening students' attitudes, but to assure they behaviors changes require longer systematic interventions implemented by specialists.

РЕЗИЮМЕ

ИССЛЕДОВАНИЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЙ И НУЖД В ФОРМИРОВАНИИ ОТВЕТСТВЕННОГО РОДИТЕЛЬСТВА

Ключевые слова: ответственное родительство, жизненные навыки, обучение «от равного к равному»

Актуальность. Обучение навыков ответственного родительства является прерогативой современности, так как остается высоким уровень разводов среди молодых семей, количество детей рожденных до брака, и по-прежнему высок уровень проблем репродуктивного здоровья.

Материалы и методы. Результаты исследования, проведенного в рамках Проекта «Развитие ответственного родительства у молодежи», при поддержке Швейцарского Агентства по Сотрудничеству и Развития отражает представления об ответственном родительстве, ее компонентов, необходимость подготовки будущих родителей, также оценка знаний и поведения подростков в области репродуктивного здоровья и отношения к родительству.

Результаты. Пилотирование программы, основанную на принципах образования «от равного к равному» позволило выявить механизмы изменения в уровне знаний, отношений и поведения подростков и подтверждения необходимости включить в школьную программу компонента формирования ценностей, продвижения здорового образа жизни, семьи, гармоничных межличностных отношений и подготовить подрастающее поколение, чтобы стать эффективным родителем.

Выводы. Чтобы подростки стали хорошими родителями, семья в настоящее время должна предлагать модель общения и формировать их жизненные и хозяйственные навыки. Специалисты отметили необходимость полового воспитания и личностного развития подростков. Обучающая программа «от равного к равному» оказалась эффективной в повышении знаний и укрепления отношений школьников, но чтобы изменить поведение, нужны более углубленные систематические программы.

Actualitate. Conform datelor Biroului Național de Statistică al Republicii Moldova, tinerii (15-29 ani) reprezentau 25 la sută din populația stabilă la 1 ianuarie 2014. În anul 2013 s-au încheiat 24,4 mii căsătorii, dintre care 68,7% de către persoane tinere cu vârsta de 16-29 ani. Majoritatea bărbaților (38,6%) care s-au căsătorit în această perioadă aparțin grupei de vârstă 25-29 ani, iar a femeilor (43,5%) – grupei de vârstă 20-24 ani. Vârsta medie la prima căsătorie pentru bărbați este de 26 ani, iar pentru femei - 23 de ani. Numărul divorțurilor pronunțate prin hotărârea judecătorească a fost în 2013 de 10,8 mii, dintre care 22,2% sunt inițiate de bărbați cu vârsta de 16-29 ani [2].

Studiile din domeniu arată că există un șir de factori care măresc riscul divorțului. Printre ei se enumeră: căsătoriile timpurii (sub 20 ani), nașterea copilului până la căsătorie, nivelul jos de studii al soților, situația financiară proastă a familiei etc. În țara noastră, familiile se destramă în special din cauza problemelor financiare, lipsei locuinței, migrației de muncă, infidelității, incompatibilității emoționale etc. [1].

Totodată, în **Legea nr. 138 din 15.06.2012 privind sănătatea reproducerii, capitolul II** (Sănătatea reproducerii), art.6 (Sănătatea sexual-reproductivă a adolescenților), p.2 se menționează: ”Adolescenții au dreptul la educație sexuală adaptată pe vârste pentru asigurarea dezvoltării psihosexuale corecte, prevenirea infecțiilor cu transmitere sexuală și a infecției HIV/SIDA, a sarcinii nedorite și pentru **formarea deprinderilor de parentitudine responsabilă**” [3].

În acest context apare următoarea întrebare: *Cum stau lucrurile la capitolul formarea deprinderilor de parentitudine responsabilă, odată ce se înregistrează căsătorii timpurii, nașterea copiilor până la căsătorie, iar rata divorțurilor printre tineri rămâne a fi una ridicată?*

Unele răspunsuri le-am aflat în urma realizării unui studiu de evaluare a necesităților și reprezentărilor adolescenților, familiilor tinere și specialiștilor despre parentitudinea responsabilă și de evaluare a cunoștințelor, atitudinilor și practicilor adolescenților referitoare la parentitudinea responsabilă. Studiul a fost realizat în cadrul Proiectului ”Servicii comunitare de suport în pregătirea pentru sarcină, naștere și îngrijirea copilului și pentru formarea deprinderilor de parentitudine responsabilă la tineri”, 2008-2010, finanțat de Agenția Elvețiană pentru Dezvoltare și Cooperare (SDC), agenția de implementare fiind Centrul de Sănătate pentru Tineri ”Neovita”.

Materiale și metode de investigație. În cadrul studiului realizat ne-am propus **scopul** de a elabora programe instructive de pregătire a adolescenților și familiilor tinere (în baza componentelor esențiale ale conceptului de parentitudine responsabilă identificate în prima fază a studiului) pentru a acoperi necesitățile lor și a diminua lacunele în cunoștințe, priceperi, deprinderi. **Obiectivele** realizate în cadrul studiului:

- identificarea necesităților și reprezentărilor diferitor grupuri sociale privind parentitudinea responsabilă;
- evaluarea cunoștințelor, atitudinilor și practicilor adolescenților referitoare la parentitudinea responsabilă;
- identificarea subiectelor ce urmează a fi incluse în programele instructive pentru formarea deprinderilor de parentitudine responsabilă la adolescenți și familiile tinere;
- evaluarea eficienței programei de pregătire a adolescenților în parentitudine responsabilă. realizată de către voluntari după principiul „de la egal la egal”.

În cadrul studiului am aplicat metode calitative (anchetă pe bază de chestionar cu întrebări deschise și focus grup) și **cantitative** (anchetă pe bază de chestionar ce a inclus întrebări cu răspunsuri multiple).

Pentru a identifica componentele parentitudinii responsabile a fost administrată ancheta cu întrebări deschise unui eșantion de 237 persoane cu vârsta cuprinsă între 12 - 49 ani, cu diferit gen de ocupație (liceeni, studenți, angajați) și cu diferit statut (copii, adulți fără copii, părinți).

Pentru a determina nevoile în formarea deprinderilor de parentitudine responsabilă au fost organizate 4 focus-grupuri cu 10 tați cu copii de până la 5 ani, 9 gravide, 9 lucrători medicali și 9 pedagogi și psihologi.

Evaluarea cunoștințelor, atitudinilor și practicilor adolescenților referitor la parentitudinea responsabilă și progresul acestora, după realizarea programului formativ, s-a efectuat prin eșantionarea a fost aleatorie – au participat elevi ai claselor a VIII-a (63% fete și 47% băieți) din 4 licee, dintre care 2 licee au constituit grupul experimental, altele 2 – grupul de control. Grupul experimental (care a beneficiat de programul formativ) a inclus 227 de adolescenți din 10 clase de a opta din 2 licee din sec. Râșcani, mun. Chișinău (L.T. „G.Călinescu” și L.T. „I.Creangă”). Grupul de control a fost constituit din 179 adolescenți din 7 clase de a opta din L.T „I.Cuza Vodă” și L.T. „M.Sadoveanu”.

Rezultatele investigațiilor și discutarea lor. În urma prelucrării și analizei datelor obținute la **Ancheta de evaluare a reprezentărilor despre parentitudine** am constatat următoarele:

- în toate grupurile, indiferent de vârstă, ocupație și statut, conceptul de părinte este asociat cu procreația, creșterea și educația copilului;
- pentru toate grupurile dragostea, grija, înțelegerea și responsabilitatea sunt atributele indispensabile unui părinte, există, totuși, diferențe gender ce rezultă din rolurile tradiționale ale femeii și bărbatului, tatălui (control și autoritate) și mamei (afecțiune);
- ideea despre nonviolență și nonagresiune a fost menționată în toate grupurile, fiind diferită doar frecvența (frecvența descrește odată cu vârsta);
- în toate grupurile s-a menționat că un părinte bun este cel cu trăsături de personalitate pozitive, care poate fi un model de urmat pentru copil, posedă cunoștințe și

are unele deprinderi practice de a îngriji copilul, de a comunica eficient, de a educa corect și mai posedă și deprinderi generale de viață;

- în unanimitate a fost susținută necesitatea tinerilor în a fi pregătiți pentru a fi părinți, persoanele indicate pentru a face acest lucru mai frecvent menționate sunt specialiștii în domeniu (medici, psihologi, pedagogi);
- majoritatea respondenților conștientizează faptul că pentru a fi părinți nu este suficient de a avea doar cunoștințe și deprinderi necesare pentru îngrijirea fizică a copilului, dar este foarte important și aspectul spiritual, psihologic al educației;
- în ceea ce privește vârsta de la care poate fi începută pregătirea pentru a fi părinți, opiniile s-au concentrat în jurul a câteva variante: 1) de timpuriu – pentru a forma atitudinile corecte și pentru a avea suficient timp pentru a însuși lucrurile necesare; 2) în pubertate – deoarece apar modificările fiziologice și e perioada în care se experimentează, 3) în adolescență – deoarece își descoperă identitatea personală, își fac planuri pentru viitor și acest subiect prezintă pentru adolescenți interes; 4) cu ceva timp înainte de a deveni părinți – deoarece este timp suficient pentru a cunoaște cele necesare. Remarcăm că pentru a forma atitudinilor este nevoie de a începe pregătirea de timpuriu, iar odată cu vârsta se acumulează treptat cunoștințele și deprinderile necesare;
- rolul tatălui este considerat ca fiind foarte important, de la el se așteaptă suport material, moral și fizic atât în perioada sarcinii, cât și la creșterea și educarea copilului;
- parentitudinea responsabilă este un subiect ce prezintă un interes sporit pentru majoritatea participanților la studiu, interesul fetelor fiind, totuși, mai mare decât al băieților.

În cadrul *focus-grupurilor* am obținut date despre reprezentările subiecților participanți la studiu despre cum stau lucrurile în realitate și ce mai urmează de făcut. Astfel:

- La întrebarea „*Ce face familia în prezent pentru a naște un copil sănătos?*” în toate grupurile au fost menționate idei despre pregătirea pentru sarcină și planificarea acesteia, adoptarea unui nou mod de viață, contribuția la evoluția normală a sarcinii, pregătirea pentru a fi părinți. Și dacă „părinții” (tații și gravidele) consideră că este important și aspectul financiar pentru creșterea și îngrijirea copilului, atunci „specialiștii” sunt mai degrabă alarmați de comportamentele ce pun în pericol sarcina, medicii fiind preocupați, îndeosebi, de tendința viitorilor părinți de a se informa greșit, din surse nu prea demne de încredere, iar psihologii și pedagogii accentuează neîncrederea viitorilor părinți în competența lucrătorilor medicali.
- La întrebarea „*Ce mai poate face familia în prezent pentru a naște un copil sănătos?*”, grupurile cu excepția lucrătorilor medicali, au menționat importanța modificării sistemului de asistență

medicală și necesitatea sporirii calității acestor servicii. Pentru a da naștere unui copil sănătos „părinții” consideră că ar mai avea nevoie de mai multă informare, de o pregătire specială pentru naștere și îngrijirea copilului, de implicare și responsabilitate. La rândul lor specialiștii consideră că ar mai fi nevoie de un climat psihologic favorabil, de comunicare între parteneri și părinți-copil, de susținere din partea celor apropiați. Psihologii și pedagogii menționează importanța educației sexuale, care trebuie făcută încă din școală, iar tații consideră că e nevoie să se implice și statul în crearea condițiilor necesare pentru a naște un copil sănătos.

- La întrebarea „*Ce face familia pentru a crește un copil sănătos (0-7 ani)?*” toate grupurile au menționat că în prezent familiile asigură creșterea și dezvoltarea copiilor. „Părinții” consideră că ei mai contribuie la menținerea sănătății copilului, tații fiind cei care mențin climatul psihologic din familie, iar gravidele – condițiile de mediu. Psihologii și pedagogii, pe lângă experiențele pozitive ale familiei ce țin de informare, au menționat și unele comportamente ale părinților ce au impact negativ asupra copilului (neglijare, violență, crearea dependențelor). La fel, ei au indicat unele determinante sociale ce influențează negativ creșterea și dezvoltarea copilului (acces redus la informații, lipsa banilor, migrația, familii dezorganizate, etc).
- La întrebarea „*Ce mai poate face familia pentru a crește un copil sănătos (0-7 ani)?*”, ideea despre dezvoltarea competențelor părintești a fost menționată de către toate grupurile, printre modalitățile de a realiza acest lucru enumerându-se atât informarea, cât și participarea la diverse traininguri pentru a forma deprinderi de îngrijire și educare. Cu excepția taților, celelalte grupuri au menționat importanța creării unui climat favorabil pentru dezvoltarea copilului și necesitatea implicării ambilor părinți în educație. Tații consideră că un rol important îl are statul prin crearea condițiilor necesare și a unor facilități pentru creșterea copiilor. Medicii mai pun accentul pe activitățile ce țin de planificarea copilului și menținerea sănătății lui.
- La întrebarea „*Ce face familia pentru a pregăti adolescenții pentru a deveni un părinte bun?*” în majoritatea grupurilor s-a menționat că părinții comunică și informează adolescentul, îi formează anumite priceperi și deprinderi, educă și dezvoltă anumite atitudini și valori, îi oferă adolescentului un model de a fi părinte. Răspunsul unora dintre gravide a fost „*nu fac nimic*”. Psihologii și pedagogii au indicat și unele comportamente ale părinților cu caracter negativ (hipercontrol, conflicte).
- La întrebarea „*Ce mai poate face familia pentru a pregăti adolescenții pentru a deveni părinți buni?*” a fost în unanimitate recunoscută importanța stabilirii unor relații de încredere cu adolescentul, dar totodată și prezența controlului, la fel în majoritatea grupurilor s-a menționat despre corectitudinea în raport cu

adolescentul și importanța formării unor valori și montaje corecte față de familie, părinți, partener. Specialiștii consideră că antrenarea adolescentului în diverse activități extracurriculare l-ar ajuta pe acesta să devină un părinte bun în viitor. Și dacă psihologii și pedagogii recunosc necesitatea pregătirii adolescentului pentru viața sexuală, atunci lucrătorii medicali sunt preocupați mai mult de relația școală – familie – și de locul copilului și sănătății lui în ierarhia de priorități ale părinților.

Prelucrarea și analiza datelor obținute la ***Chestionarul de evaluare a cunoștințelor, atitudinilor și practicilor adolescenților referitor la parentitudinea responsabilă*** pune în evidență următoarele:

1. **date generale**

- majoritatea (67,5%) elevilor de clasa a VIII-a locuiesc cu ambii părinți, 1/5 locuiesc cu un singur părinte, în 8,4% cazuri elevii locuiesc cu alte persoane. În jur de ¼ dintre elevi au unul sau ambii părinți plecați peste hotare;
- majoritatea respondenților (86,9%) au menționat că au relații bune (44,2%) și foarte bune (42,7%) cu părinții, doar în 4,5% cazuri ele sunt marcate de tensiune și distanțare. De remarcat că aprecierile fetelor diferă semnificativ de cele ale băieților: fetele apreciază mai critic calitatea relațiilor lor cu părinții;
- elevii își împărtășesc mai ușor bucuriile cu prietenii (36,1%), cu ambii părinți (30,4%), numai cu mama (20%), numai cu tata (2,5%), cu nimeni (3%);
- necazurile / preocupările personale le discută cu prietenii (36,1%), doar cu mama (32,4%), cu ambii părinți (13,9%), doar cu tata (3,2%), cu nimeni (7,7%);

2. **sănătate**

- majoritatea respondenților (75,3%) și-au apreciat pozitiv starea lor de sănătate, 12,4% - n-au putut să o aprecieze. Și starea de sănătate este apreciată diferit de către fete și băieți: băieții au mai manifestă tendința de a-și aprecia sănătatea ca fiind excelentă, iar numărul fetelor care-și apreciază sănătatea la un nivel scăzut este net diferit de cel al băieților;
- 1/3 nu au avut probleme de sănătate în decursul ultimului an, cel mai frecvent problemele fiind de ordin general;
- majoritatea elevilor (54,6%) nu au fumat niciodată, 2,5% fumează zilnic, aproape 10% - ocazional;
- doar 8,2% nu au consumat alcool niciodată, majoritatea (72,5%) consumă alcool de sărbători sau cu ocazii speciale, 2,2% consumă mai des de 2 ori pe săptămână;
- 0,2% consumă zilnic droguri, 1% doar au încercat;
- 37,3% sunt dependenți de computer, nu utilizează deloc computerul – 7,7%, tendința de a utiliza computerul este mai evidentă la băieți;
- 13,9% au menționat că au avut deja relații sexuale (băieți – peste ¼, fete – 2,8%), diferențele fiind semnificative;

- dintre comportamentele de risc menționate, cele mai riscante sunt considerate de către elevi consumul de droguri și relațiile sexuale neprotejate, cel mai bine este tolerată utilizarea computerului, aprecierile fetelor și băieților fiind semnificativ diferite: băieții au tendința să dea valori mai mici riscurilor;
- adolescenții discută cu părinții mai frecvent aspectele ce țin de comportamentul addictiv, decât cele legate de dezvoltarea sexuală și sexualitate. Băieții discută cu părinții pe teme legate de sexualitate mai puțin decât fetele;
- circa jumătate dintre respondenți au menționat că nu au discutat în familie subiectele ce țin de sexualitate.

3. **cunoștințe despre contracepție:**

- mai mult de jumătate dintre elevii claselor a VIII-a cunosc riscurile contactului sexual neprotejat;
- majoritatea adolescenților sunt informați despre prezervativ și avantajele lui;
- mulți dintre ei sunt informați despre pastilele contraceptive, dar nu cunosc bine aspectele legate de ele (eficiența, posibilitatea contaminării cu ITS, efecte secundare), în special băieții;
- 13,3% elevi au reprezentări greșite în raport cu evitarea sarcinii, în special băieții;
- cunoștințele referitoare la fiziologia sistemului reproductiv sunt incomplete și parțial greșite, în special la băieți;
- dacă doar 40,1% recunosc necesitatea pregătirii speciale pentru a reuși în relația de cuplu, atunci 64,3% respondenți consideră că e nevoie de o pregătire specială pentru a deveni un părinte bun.

4. **relații interpersonale**

- majoritatea (56,5%) respondenților conștientizează necesitatea de a avea grijă de propria sănătate, 18,3% ar prefera să ignore propria sănătate de dragul prietenilor, iar 14,8% - de dragul celor apropiați. În acest sens mai „altruiste” sunt fetele, iar băieții sunt mai mult orientați spre sine;
- 81,6% sunt conștienți de importanța manifestării grijii față de părinți, acest fapt fiind mai evident la băieți;
- 65,8% sunt conștienți de importanța acceptării celorlalți, recunoscându-le dreptul de a fi ei înșiși, atitudine manifestată de majoritatea fetelor (în jur de 80%), pe când băieții sunt orientați mai mult spre a face judecăți de valoare (aproape 50%);
- mai mult de jumătate dintre respondenți întâmpină dificultăți în a accepta o părere diferită de a lor, dintre ei circa 47% încearcă să-și impună părerea;
- majoritatea respondenților (77%) apreciază modalitatea asertivă de înaintare a solicitării, totuși băieții manifestă mai mult tendința de a fi agresivi;
- mai mult de jumătate au ales varianta de refuz fără a-și justifica alegerea, un sfert au optat pentru varianta agresivă de a refuza;
- 53,2% apreciază varianta asertivă de negociere a situației;

- circa o jumătate din adolescenții ce au participat la studiu tind să se informeze înainte de a lua o decizie, 1/3 sunt susceptibili la părerea persoanelor cunoscute, mai puțin de 1/5 preferă mai degrabă să experimenteze decât să ia o decizie informată.

Programul formativ a fost constituit din 6 ședințe a câte 45 de minute și a inclus activități interactive la următoarele subiecte: schimbările fiziologice ce au loc în adolescență și sănătatea reproductivă, comunicarea asertivă, relații interpersonale. Acest program a fost pus în aplicare de către voluntarii CSPT "Neovita" care au fost instruiți în prealabil. Ședințele s-au realizat în cele 10 clase de a opta din grupul experimental (L.T. „G.Călinescu” și L.T. „I.Creangă”) o dată pe săptămână la orele de dirigiență cu acordul administrației liceelor.

Analiza comparativă a datelor posttest obținute în grupul experimental și cel de control pune în evidență următoarele:

1. La nivel de comportament

- a crescut numărul elevilor ce fumează zilnic (în grupul experimental cu 1,8%, în cel de control cu 3,4%). Menționăm că în grupul experimental a crescut numărul elevilor ce au fumat, dar au renunțat (de la 6,7% la 9,1%);
- în ceea ce privește experiența referitoare la consumul de băuturi alcoolice situația a rămas aceeași în ambele grupuri;
- numărul elevilor din ambele grupuri ce utilizează calculatorul mai mult de 3 ore zilnic s-a redus cu 3-7%;
- datele ce țin de experiența referitoare la relațiile sexuale au rămas relativ aceleași în ambele grupuri.

2. La nivel de atitudini

- a crescut numărul elevilor din ambele grupuri care au scorat dauna fumatului cu valori înalte (8-10): în grupul experimental cu 11%, în cel de control cu 2,7%;
- majoritatea continuă să considere foarte dăunător consumul abuziv de alcool, numărul acestora a rămas relativ constant;
- majoritatea elevilor (în jur de 92%) din ambele grupuri au apreciat consumul de droguri ca fiind foarte riscant;
- atitudinea față de utilizarea excesivă a calculatorului s-a schimbat la elevii din grupul experimental: a crescut numărul celor care au scorat cu 8-10 (de la 26% la 31%) și s-a redus numărul elevilor ce au dat note mici 1-3 (de la 25% la 19,6%). situația este inversă în grupul experimental;
- s-a modificat atitudinea elevilor din grupul experimental față de riscurile unei relații sexuale timpurii, a crescut numărul celor ce le consideră nu foarte riscante, în schimb a crescut numărul elevilor ce consideră că riscul relațiilor sexuale neprotejate este maxim.

3. Discuții cu părinții

- a rămas constant numărul elevilor (în jur de 1/3) din cele 2 grupuri ce nu au discutat cu nici unul dintre

părinți despre schimbările din organism din timpul adolescenței, totuși, în grupul experimental a crescut numărul celor ce au discutat subiectul dat cu ambii părinți (de la 5,8% la 9,1%);

- și dacă în ambele grupuri a crescut cu 4-5% numărul celor ce au discutat cu părinții despre cum apare sarcina, doar în grupul experimental a fost constată o creștere cu aproape 3% a numărului celor care au discutat cu părinții despre cum poate fi prevenită sarcina (de la 8,1% la 10,9%) și infecția cu transmitere sexuală (de la 18,8% la 22,3%);
 - în ambele grupuri au devenit mai frecvente și discuțiile cu părinții despre cum poți să devii un părinte bun, despre dauna alcoolului și drogurilor și despre efectele nocive ale utilizării excesive a computerului.
4. La nivel de cunoștințe în domeniul sănătății reproducerii, am constatat un progres semnificativ mai mare în grupul experimental spre deosebire de grupul de control. De menționat că în grupul de control a crescut numărul elevilor ce consideră că doar fata e responsabilă de sarcină și doar băiatul este responsabil de ITS, totodată în grupul de control a crescut numărul elevilor ce consideră că sunt false aceste 2 afirmații, fapt ce presupune conștientizarea responsabilității ambilor parteneri sexuali pentru consecințe.
5. În ambele grupuri a crescut numărul fetelor ce consideră că e necesar să ai o pregătire specială pentru a avea o relație fericită și pentru a deveni un părinte bun, băieții încă rămân în continuare nedeterminați în aceste privințe.
6. În ceea ce privește relațiile interpersonale, în grupul de control a crescut grija pentru sănătatea proprie și receptivitatea la rugămintea părintelui, iar în grupul de control acestea au scăzut. În ambele grupuri este mai manifestă tendința de a găsi aspectele pozitive ale diversității, dar și tendința agresivă în a înainta o cerință și a refuza. Fetele manifestă mai evident tendința de a negocia asertiv, în timp ce la băieți am constatat o creștere a frecvenței de a impune condiții.

Concluzii:

- Parentitudinea responsabilă este un imperativ al timpurilor, necesitatea acesteia fiind recunoscută de către participanții de orice vârstă, cu orice statut social și oricare experiență de viață, majoritatea dintre ei (în jur de 80%) au manifestat un interes major față de acest subiect.
- A fi părinte este rostul vieții, și acest lucru presupune nu doar a da naștere unui copil, dar și a contribui la creșterea și dezvoltarea lui.
- Rolul tatălui este enorm de important, el fiind cel care oferă suport moral, fizic, material.
- Părinte bun este acela care are deprinderi de viață necesare, cunoștințe în diverse domenii (să aibă cunoștințe medicale, să cunoască psihologia copilului, să știe cum să educe corect), poate fi iubitor și

- înțelegător, are o personalitate armonioasă, se respectă pe sine și pe cei din jur, poate servi drept model pentru copiii lui, are un comportament nonviolent.
- Pentru a deveni un părinte bun nu este suficient de a prelua convingerile, stilul de comunicare, atitudinile din familie, ci e nevoie și de o pregătire specială în acest sens.
 - Pregătirea tinerilor pentru a fi buni părinți poate începe din fragedă copilărie, iar specialiștii se pot implica în procesul de pregătire începând cu vârsta adolescenței. Această pregătire poate fi realizată în instituții specializate, printre specialiștii care ar putea contribui la această pregătire au fost menționați preponderent medicii, psihologii, pedagogii.
 - În prezent familia întreprinde un șir de acțiuni pentru a da naștere unui copil sănătos, totuși familia contemporană necesită mai multă informare (pentru a fi lichidate lacunele din cunoștințele viitorilor părinți) și formarea unor deprinderi de îngrijire a copilului.
 - În prezent familia asigură creșterea și dezvoltarea unui copil sănătos, tinde să se informeze despre cum poate face acest lucru mai bine, totuși se întâlnesc și unele comportamente negative ale părinților (printre care neglijarea și violența). Părerea participanților la studiu este că părinții au nevoie permanentă de sporirea competenței părintești, precum și de implicarea ambilor părinți în creșterea și educarea copilului.
 - Tații sunt cei care consideră că statul trebuie să se includă mai mult în creșterea tinerei generații, oferind condiții și facilități.
 - Pentru ca adolescenții să devină părinți buni, familia în prezent comunică și informează, le formează deprinderi necesare în gospodărie, le oferă un model, totuși este menționată de către specialiști necesitatea educației sexual a adolescenților și antrenarea lor în diverse activități care ar contribui la dezvoltarea lor personal.
 - Adolescenții contemporani, de 13-14 ani, au experimentat deja unele comportamente de risc, majoritatea dintre ei nu au discutat cu părinții despre

daunele acestora.

- Cunoștințele adolescenților despre particularitățile dezvoltării fiziologice, contracepție și riscurile comportamentale sunt incomplete și parțial greșite.
- Atitudinea adolescenților de 13-14 ani față de daunele comportamentelor de risc este diversă, majoritatea, totuși, au o atitudine realistă față de acestea.
- Jumătate dintre adolescenți au o atitudine responsabilă față de propria sănătate.
- Majoritatea adolescenților conștientizează necesitatea manifestării grijii față de părinți, dar totodată sunt destul de critici în raport cu semenii.
- Chiar dacă majoritatea adolescenților conștientizează importanța comunicării asertive, mulți dintre ei manifestă agresivitate în comportament.
- Doar jumătate dintre adolescenți simt nevoia de a se informa înainte de a lua o decizie.
- Programul formativ aplicat după principiul educației de la egal la egal s-a dovedit a fi eficient în sporirea cunoștințelor elevilor și în consolidarea atitudinilor, iar pentru a modifica comportamentele adolescenților este nevoie de intervenții sistematice și de durată mai mare.

Bibliografie

- 1) Alexandru Lebedev. Moldova ocupă locul 3 în Europa după rata divorțurilor . În: <http://diez.md/2013/07/15/moldova-locul-3-in-europa-dupa-rata-divorturilor/>, actualizat la 15.07.2013, 11:15
- 2) Biroul Național de Statistică al Republicii Moldova. Tinerii în Republica Moldova în anul 2013. În: <http://www.statistica.md/newsview.php?l=ro&id=168&id=4480>
- 3) **LEGEA** nr. 138 din 15.06.2012 **privind sănătatea reproducerii**, publicat: 28.09.2012 în Monitorul Oficial nr. 205-207, art nr: 673, data intrării în vigoare: 28.10.2012
- 4) Sănătatea și dezvoltarea tinerilor. Studiul de evaluare a cunoștințelor, atitudinilor și practicilor tinerilor. Chișinău, 2005

Natalia Zarbailov, Ayşegül Esin, Oxana Ceban, Constantin Etcu
**WHAT ABOUT THE CURRENT STATUS OF MOST AT RISK ADOLESCENTS IN REPUBLIC OF
MOLDOVA**

*Department of Economy, Management and Psychopedagogy in Medicine, State University of Medicine and Pharmacy
"Nicolae Testemitanu", Chisinau, Republic of Moldova.
Reproductive Health and Rights Officer, International Children Center, Ankara, Turkey.*

SUMMARY

Adolescence is one of the most fascinating and difficult stages of life. It is a period when adolescents take their responsibilities and taste independence for the first time. It is a chance to possibilities, but sometimes they can be in danger because of risk taking behaviours. Behaviours that put adolescents at greater risk of HIV infection include: multiple unprotected sexual partners; unprotected anal sex with multiple partners; injecting drugs with non-sterile equipment.

The purpose of this study is to identify what information is available about status of most at risk adolescents (MARA) living in Republic of Moldova on official websites (UNICEF, WHO, UNFPA).

General view confirm HIV epidemy between adolescents, less is known about adolescents who use drugs, men who have sex with men, comercial sex-wokers. The risky behavior is supported by smoking, drinking alcohol starting with childhood ages and untimely unprotected sexual activity. Different reports sometimes contains contradictive pictures, what could be related with some spontaneous activities with focus on MARA provided in the country.

The situation of most at risk adolescents in Moldova is still hidden, most of the data reflecting HIV epidemy. To highlight the situation new research as well as creation of the system for evaluation of MARA health needs is crucial.

Key words: adolescents, most at risk, Republic of Moldova

REZUMAT

**CU PRIVIRE LA STATUTUL ADOLESCENȚILOR ÎN SITUAȚIE DE RISC
DIN REPUBLICA MOLDOVA**

Adolescenta este una dintre etapele cele mai fascinante și dificile ale vieții. Este o perioadă în care tinerii iau responsabilitățile care le revin și cunosc gustul independenței, pentru prima dată. Este un moment de posibilități, dar, de asemenea, de pericol. Tinerii cei mai vulnerabili cel mai puțin probabil cunosc riscurile sau cum să le evite. Comportamente care expun oamenii riscului mai mare de infectare cu HIV includ: multiple parteneriate sexuale neprotejate; sex anal neprotejat cu mai mulți parteneri; injectarea drogurilor cu echipament nesteril.

Scopul acestui studiu este de a identifica ce informații sunt disponibile cu privire la starea adolescenței în situație de risc sporit (ASRS) din Republica Moldova pe site-urile oficiale (UNICEF, OMS, UNFPA).

Există o serie de publicații despre ASRS în Moldova. Privirea de ansamblu confirmă HIV epidemie între adolescenți, mai puțin se știe despre adolescenți utilizatori de droguri, bărbații ce au relații sexuale cu alți bărbați, lucrătorii sexului comercial. Comportamentul riscant este susținut de fumat, de consumul de alcool începând cu vârsta de copilărie și cu începutul precoce al activității sexuale neprotejate. Diferite rapoarte conțin uneori descrieri contradictorii, ceea ce ar putea fi legat de unele activități spontane realizate în țară cu accent pe ASRS.

Poziția adolescenților în situație de risc sporit în Republica Moldova este încă ascunsă, cea mai mare parte a datelor reflectă epidemia HIV. Pentru a evidenția situația este crucială cercetarea nouă, precum și crearea sistemului de evaluare a nevoilor de sănătate ASRS.

Background

Investments in adolescents, a vital economic and social building block in most societies, are crucial in the developing world, where a rising proportion of the population is under the age of 24 (1). A focus on adolescence is central to the success of many public health agendas. The past 10 years have seen unprecedented commitments to global health and development, beginning in 2000 with the commitments in the United Nations Mil-

lennium Declaration that became known as the Millennium Development Goals (MDG) with their corresponding set of time-bound targets (2).

MDG aim to reduce child and maternal mortality and HIV/AIDS, and the more recent emphases on mental health, injuries, and non-communicable diseases. Greater attention to adolescence is needed within each of these public health domains if global health targets are to be met (3). *Reforms must aim to expand and grant equitable*

access to services for all, including adolescents engaging in risk behaviours who are currently excluded (4).

In 2013, there were an estimated 5 million people aged 10–24 years were living with HIV, and young people aged 15–24 years accounted for an estimated 35% of all new infections worldwide in people over 15 years of age (5). More than 2 million adolescents between the ages of 10 and 19 years are living with HIV, and many do not receive the care and support that they need to stay in good health and prevent transmission. Between 2005 and 2012, HIV-related deaths among adolescents increased by 50%, while the global number of HIV-related deaths fell by 30% (6).

Until recently, research on the links between most-at-risk adolescents and the spread of HIV in the region was limited. As a result of this, there was a little or no strong evidence to counter prejudice or guide policymakers on the outreach strategies for adolescents. Many vulnerable adolescents were ‘social ghosts’ on the fringes of society – neglected by policymakers and barely noted in HIV prevention schemes.

The most vulnerable adolescents are the least likely to know the health risks and how to avoid them, the least likely to have access to health services and the least likely to be adequately protected by policies and laws. These are annoying realities in the region where drug abuse and sex work were uncommon among adolescents and HIV was not epidemic just one generation ago. Very often, the response from policymakers, health services and the general public has been to exclude, blame and punish those at highest risk of HIV, instead of providing humane care and support (7).

Adolescence is one of the most fascinating and difficult stages of life. It is a period when young people take their responsibilities and taste independence for the first time. It is a time of possibilities, but also of danger. It is also at this crucial age when youth are extremely vulnerable that they might threaten their future by committing terrible mistakes (8).

Unfortunately, in the Republic of Moldova’s economic situation and the migration of many parents do not allow adolescents to grow up as they should. Many of them, left without parental care, must work hard and often get responsibility for taking care of the household and younger brothers and sisters. The majority of young people confront enormous emotional problems. Not having someone to talk to about the things that happen and not knowing who to turn to for good advice, many of them take the wrong path. Their vulnerability makes them a target for various dangers, for example HIV infection, substance and alcohol abuse, and conflict with the law (15, 16).

Material and methods

The purpose of this study is to identify the current status of most at risk adolescents (MARA) living in Republic of Moldova by searching some International agencies data and publications. The official websites of bellow men-

tioned organizations for the last 10 years – World Health Organisation (WHO), United Nations Children’s Fund (UNICEF), United Nations Population Fund (UNFPA) were searched by authors. Searching strategy included phrases “most at risk”, „most at risk adolescents”, „Republic of Moldova”, „most at risk adolescents and Moldova”. More then 25 papers found and studied.

Results and discussions

Almost one fifth (19%) of the population of the Republic of Moldova are teenagers (9), and children and young people comprising 28% or more than a quarter (9, 10). Official statistics and recent studies underline a complex range of problems that affect the general health and developmental potential of teenagers in the society.

HIV infection is spread most commonly among young people, with teenagers (11–19 years) constituting 6.5% of the number of HIV-infected people (10, 11).

Addictive behaviours of young people (psychoactive substance use, smoking, alcohol misuse) constitute a medico-social problem of increasing importance. Recent data indicate that half of young people started smoking before the age of 10 years. More than half of Moldovan adolescents (13–15-year-olds) have tried to smoke, and one seventh of them have remained smokers. These data show that the high rate of tobacco use among young people has not changed in recent years (10, 12, 13).

According to a National Scientific Applied Centre of Preventive Medicine survey, 30.1% of schoolchildren between 10 and 18 years consume alcohol (33.5% of boys and 27.3% of girls), including 3.3% who consume alcohol several times a week or daily, which means systematically (14).

An evaluation study of young people’s knowledge, attitudes and practices with regard to their health and development showed that 22.8% of young people (age range 10–24 years) indicated that they had had sexual relationships, with the average age of first contact at 16 years. (15). At the same time, only 8.3% of young people answered correctly all questions about ways of transmitting and preventing sexually transmitted infections and HIV (16).

There is very limited use of protection methods among young people: only one third of young people who had sexual relations used a condom at each sexual activity (10, 16). As a result, young people face serious problems such as sexually transmitted infections and unwanted pregnancies (10).

Behaviours that put young people at greater risk of HIV infection include: multiple unprotected sexual partnerships; unprotected anal sex with multiple partners; injecting drugs with non-sterile equipment (17).

The number of people infected with the HIV virus continues to rise in Moldova, and half of them are young people. This is because adolescents do not enough knowledge about prevention methods or even the transmission ways of STIs including HIV. They have limited access to youth-friendly services, to counselling and

voluntary testing, because of undeveloped outreach services. The situation is aggravated by the fact that Moldova lacks a culture of going to the doctor regularly for check-ups (18).

The HIV epidemic has grown rapidly in the Central and Eastern Europe/ Commonwealth of Independent States region, with the number of people living with HIV tripling between 2000 and 2009. HIV infection rates in many countries of the region are among the fastest growing in the world (19).

In these countries, the HIV epidemic is being driven by injecting drug use and risky sexual behaviour, and, increasingly, it is affecting most-at-risk and other vulnerable adolescents – those already excluded from society because of their poverty, ethnicity or family breakdown.

Authors found that in 2006 UNICEF launched ‘HIV Prevention among Most-at-Risk Adolescents in CEE/CIS’ initiative, in 2006. The goal of the program was to ensure the inclusion of these adolescents in their countries’ AIDS strategies and ensure their access to adequate prevention, health and social services. This strategy included 7 countries: Albania, Bosnia and Herzegovina (BiH), Moldova, Montenegro, Romania, Serbia, and Ukraine (20, 21, 22).

According to UNICEF publication in December 2008 in Moldova, the official number of people registered as infected with the HIV virus was 4,996. The real number of those infected is much higher. Half of the cases are young people between the ages of 20 and 29 years old. In 2012 the number of adults and children living with HIV in Republic of Moldova risen to 19.000 people (25).

Although there are signs of spread through heterosexual transmission into general population of the HIV epidemic in Moldova with growing number of females affected, the HIV epidemic is still concentrated among most-at-risk populations (MARPs), including, most significantly drug users, sex workers, men who have sex with men, and prisoners, and their sexual partner. As of the end of year 2008, IDU mode of HIV transmission accounted for 50% of cumulative cases, heterosexual mode for 47.3%, and vertical transmission for 1.3% and undetermined mode for 1.3% (26).

In recent years, the number of drug users has grown significantly and the users are growing younger each year. At the same time, programs that would prevent drug use among young people are utterly lacking, as are

alternatives for spending their free time (18).

According to the results of the HIV prevalence survey in 2007, an increase of the HIV prevalence was registered among most at risk population that are clients of harm reduction and prevention services (see graphic 1) (27), Graphic 1: The HIV prevalence among MARPs in 2007.

* IUD – Intravenous use of drugs

** FSWs - Female sex workers

*** MSM - Men who have sex with men

The HIV prevalence has shown different dynamics depending on the harm reduction project. Older harm reduction projects have shown a fluctuating HIV prevalence among their clients of 29.3% in 2001, 22.0% in 2004, and 24.8% in 2007, while newer projects have shown a steady dynamic of 17.9% in 2004 and 17.2% in 2007 (28, 29).

With every year that passes, more and more young people are being affected by HIV and AIDS, and they know very little about the disease. A study done by UNICEF among young people showed that only one person in eight knows how to protect from HIV, and can name ways of transmission of the infection and methods of protection (30).

Infractions committed by minors represent ten percent of the total number of infringements documented in Moldova. The majority of law violations are economic in nature. Most of the adolescents who break the law are boys who are 16-17 years old. Before being placed in detention, most have already abandoned school, been left without shelter, or run away from home. Many of them are also victims of abuse, parental neglect, or have simply been abandoned (18).

The key behavioral indicators have shown mixed results: in 2007, 97.3% IDUs used a clean syringe at last injection, compared to 91.3% in year 2004. Only 11 percent of adolescents who inject drugs said that they obtained sterile needles from harm reduction services, compared with 33 percent of older users in Moldova in 2008 according to UNICEF report (31). In the same time, condom use with casual sex partners has decreased from 92.7% in year 2004 to 83.7% in year 2007. In FSWs the condom use with commercial sex partners has increased from 86.5% in year 2004 to 94.3% in year 2007. Condom use by MSMs represented 48.1% in year 2007 compared to 59.0% in year 2004 (32).

Table 2. Condom usage according to sex partners (2004-2007)

Year of Survey	Condom use		
	Casual sex partners (%)	FSWs *(%)	MSM **(%)
2004	92.7	86.5	48.1
2007	83.7	94.3	59

* FSWs - Female sex workers

** MSM - Men who have sex with men

At the same time, while significant successes in changing injecting sharing behaviors have been registered among adult MARPs, the situation with most-at-

risk adolescents (MARA) is very different. In 2008 a baseline study on MARA knowledge and engagement in risky behaviors has been conducted. Only half of the

respondents stated always using sterile syringes during the last month. All respondents in the 12 – 14 age groups reported an indirect sharing of the injection equipment during the last month before the interview. IDUs aged 12 to 14 years reported extremely poor access to services, which makes them even more vulnerable to HIV. None of the respondents from this age group resorted to Harm Reduction Programmes for sterile syringes during the last 12 months. A very small number of MARA was reached by outreach services.

Obviously, there are legal and ethical obstacles in providing syringe exchange to age younger than 18 years old, but at the same time, they are engaging in higher risk behaviors compared to their older peers (33).

Conclusions

The situation of most at risk adolescents in Moldova is still hidden, most of the data reflecting HIV epidemic, sometimes reports contains contradictive pictures with decline of indicators in time. To highlight the situation new research as well as creation of the monitoring system for evaluation of MARA health is crucial in country level.

The policymakers should be taken responsibility of rapid increase HIV among most at risk young people in Moldova. Action plan must be prepared with different stakeholders and the government of Moldova should be leader in this urgent plan.

References:

1. "The Adolescent Experience In-Depth: Using Data to Identify and Reach the Most Vulnerable Young People: Moldova 2005." New York: Population Council, 2009. <http://www.popcouncil.org/>
2. WHO (2011), Global health sector strategy on HIV/AIDS 2011-2015. http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241501651_eng.pdf
3. Sawyer SM, Afifi RA, Bearinger LH, Blakemore SJ, Dick B, Ezechi AC, Patton GC. (2012) Adolescence: a foundation for future health. *The Lancet*. 2012 Apr 28;379(9826):1630-40. doi: 10.1016/S0140-6736(12)60072
4. <http://www.cominit.com/revelados/content/experiences-field-hiv-prevention-among-most-risk-adolescents-central-and-eastern-europe->
5. UNAIDS (2014) Global Report, UNAIDS report on global AIDS epidemic, 2013: HIV AND YOUNG PEOPLE WHO SELL SEX. http://issuu.com/unaid/docs/unaid_global_report_2013_en
6. Policy Brief, HIV and adolescents: hiv testing and counselling, treatment and care for adolescents living with hiv summary of key features and recommendations november 2013. <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2013/hiv-adolescents-20131125/en/>.
7. UNICEF Partnership profile, [http://www.unicef.org/partners/Partnership_profile_2012_HIV_CEECIS\(2\).pdf](http://www.unicef.org/partners/Partnership_profile_2012_HIV_CEECIS(2).pdf)
8. http://www.unicef.org/moldova/children_532.html
9. Sănătatea publică în Moldova, anul 2006 [Public Health in the Republic of Moldova, 2006 year]. Chisinau, Ministerul Sănătății, Centrul Științific co-Practic Sănătate Publică și Management Sanitar [Ministry of Health, National Centre of Public Health and Management], 2007:9.
10. Social cohesion for mental well-being among adolescents World Health Organization 2008 <http://www.euro.who.int/en/countries/republic-of-moldova/publications2/social-cohesion-for-mental-well-being-among-adolescents2>
11. *Statistical data of AIDS Centre*. Chisinau, Ministry of Health of the Republic of Moldova, 2007. Unpublished data.
12. Statistical Data of the National Narcological Centre. Chisinau, Ministry of Health of the Republic of Moldova, 2001-2007. Unpublished data.
13. Calmîc V. *Global Youth Tobacco Survey (GYTS), national report*. Chisinau, Ministry of Health of the Republic of Moldova, National Scientific and Applied Center for Preventive Medicine, 2004:19.
14. Calmîc V. *Optimizarea activităților de educație pentru sănătate și promovarea modului sănătos de viață în condiții socio-economice noi* [Improving activities for health education and a healthy lifestyle in new socioeconomic conditions]. Chisinau, National Centre of Public Health and Management, 2007:79.
15. Youth health and development. Chisinau, UNICEF, 2005:63.
16. Youth health and development. Chisinau, UNICEF, 2005:67.
17. UNAIDS, UNICEF, WHO, United States Agency for International Development, Centre for Diseases Control, Measure evaluation and Family Health International (2007). A framework for monitoring and evaluating HIV prevention programmes for most-at-risk populations. UNAIDS, Geneva. UNAIDS/07.15E/JC1338E
18. http://www.unicef.org/moldova/hiv_aids_12839.html
19. UNAIDS, 'Regional Case Study: Eastern Europe and Central Asia', Conference Room Paper, 30th Meeting of the UNAIDS Programme Coordinating Board, Geneva, 5–7 June 2012.
20. <http://www.cominit.com/revelados/content/experiences-field-hiv-prevention-among-most-risk-adolescents-central-and-eastern-europe->
21. Adapted from Blame and Banishment: The underground HIV epidemic affecting children in Eastern Europe and Central Asia, UNICEF, 2010.
22. Teltschik, A., et al., Adolescent Female Sex Workers in Ukraine: Discriminated against and excluded – Evidence-based service provision and empowerment, paper presented at the UNICEF/New School for Social Research Conference on the Adolescent Girl, New York, 26–28 April 2010.

23. Douthwaite, Megan, and Joanna Busza, Injecting Drug Users Aged 15–24 Years in Albania, Moldova, Romania and Serbia: Characteristics and risk behaviours, London School of Hygiene and Tropical Medicine, paper submitted for publication, 2010.
24. Busza J et al. Street-based adolescents at high risk HIV in Ukraine. *J Epidemiol Community Health* 2010. doi: 10.1136/jech.2009.097469
25. [http://hivinsite.ucsf.edu/global?page=cr03-md-00&post=19&cid=MD#General HIV/AIDS](http://hivinsite.ucsf.edu/global?page=cr03-md-00&post=19&cid=MD#General%20HIV/AIDS)
26. National AIDS Center. Data calculated based on Informational Bulletins for years 1987-2008.
27. Scutelnicuic O., Bivol S., “Behavioral and Sentinel HIV Surveillance Moldova 2007”. Chisinau, 2008. In print.
28. The sampling method of blood samples has changed to drawing blood from the respondent of the behavioral component in BSS 2007 compared to testing blood from used syringes in years 2001 and 2004, therefore comparisons should be done with reservations.
29. Scutelnicuic O., Bivol S., “Behavioral and Sentinel HIV Surveillance Moldova 2007”. Chisinau, 2008. In print.
30. http://www.unicef.org/moldova/hiv_aids_12842.html
31. **Scutelnicuic O, Illinschi E. Assessment of risks of HIV infection among young injecting drug users, men having sex with men, commercial sex workers and juveniles in detention. Draft study report. UNICEF, 2008.**
32. Smolskaya T., Yakovleva A., Kasumov V., Gheorgitsa S., “HIV Sentinel Surveillance in high-risk groups in Azerbaidjan, Republic of Moldova and in the Russian Federation”. WHO, 2004.
33. Scutelnicuic O., Illinschi E., “Surveillance of Risk Behavior associated to HIV. Assessment of Risks to HIV infection among young Injecting Drug Users, Men having Sex with Men, Commercial Sex Workers and Juveniles in Detention.” Chisinau, 2010. In print.

Jana Chihai, Esanu A., Ungureanu Diana

LEVEL OF STIGMA AND DISCRIMINATION AGAINST PEOPLE WITH MENTAL ILLNESSES AMONG ADOLESCENTS

Department of Psychiatry, Narcology and Medical Psychology, Public Institute State University of Medicine and Pharmacy „Nicolae Testemițanu”

(Head of department – prof. Anatoly Nacu)

SUMMARY

Keywords: Stigma, Discrimination, Mental Health.

Abstract: World Health Organization (WHO) emphasize on bringing the mental health services to the community and to facilitate the inclusion of people with mental disabilities in the society; one of the major obstacles which makes this process difficult is the high stigma and discrimination against them.

Purpose and objectives: To evaluate stigma and discrimination of people with mental health problems among adolescents.

Materials and methods: The study included a total of 100 adolescents. The Attribution Questionnaire for children (AQ-8-C) test, developed by Corrigan (2007), was administered in order to evaluate stigma among adolescents, before and after training. Results: The AQ-8-C Items for segregation and avoidance show the highest average (6,77 and 6,99 of a maximum of 9), which indicates that adolescents in our society don't want to study together with persons with mental health problems, and tend to avoid those, considering them dangerous (average 5,15).

Conclusion: The results of our study indicate that the level of stigma and discrimination against people with mental health problems are very high. In this way it is very important to find methods to eradicate this phenomenon.

REZUMAT

NIVELUL STIGMATIZĂRII ȘI DISCRIMINĂRII FAȚĂ DE OAMENII CU BOLI MENTALE ÎN RÂNDUL ADOLESCENȚILOR.

Întroducere: Organizația Mondială a Sănătății (OMS) accentuează necesitatea de a aduce serviciile de Sănătate Mintală mai aproape de comunitate și de a facilita integrarea persoanelor cu dizabilități mintale în societate; un obstacol important în acest sens este nivelul înalt de stigmatizare și discriminare față de aceste persoane, ceea ce face ca procesul de integrare să fie dificil.

Scopul și obiectivele: De a evalua nivelul de stigmatizare și discriminare a persoanelor cu probleme de sănătate mintală în rândul adolescenților în Republica Moldova. De a compara nivelul de stigmatizare în rândul adolescenților, între România și Republica Moldova.

Materiale și metode: Studiul a inclus în total 100 de adolescenți. Pentru a evalua nivelul stigmatizării în rândul adolescenților a fost administrat testul AQ-8-C, dezvoltat de către Corrigan (2007).

Rezultate: Itemii pentru segregare și evitare din testul AQ-8-C au obținut cea mai mare medie (6,77 și 6,99 din 9 maxim), ceea ce ne arată că adolescenții în societatea noastră nu doresc să învețe împreună cu persoanele cu probleme de sănătate mintală, și tind să-i evite, considerându-i periculoși (media 5,15).

Concluzii: Rezultatele studiului ne arată că nivelul stigmatizării și discriminării față de persoanele cu probleme de sănătate mintală este foarte înalt. În acest sens este foarte important de a găsi metode pentru eradicarea fenomenului.

Cuvinte Cheie: Stigmatizare, Discriminare, Sănătate Mintală, Adolescenți.

Introduction: One of the aspects of the mental illnesses is stigma (Sartorius & Schulze, 2005). In regards to stigma, the adolescent population is very important. Around 12% of adolescents are affected by mental health issues, but only 4% seek help (Potts, Gillies, & Wood, 2001). Previous studies have shown that adolescents have more pronounced negative attitudes towards mental illnesses than adults (Stuart & Arboleda-Florez, 2001).

Situational Analysis of Mental Health in the Republic of Moldova on the analysis of mental morbidity and behavior in Moldova shows that: at the end of 2013

in Moldova are 99223 registered patients with mental and behavioral disorders. Of the total number of sick children is 17%. There were 13,950 new cases of mental and behavior disorders in 2013. Of all these new cases, 4,317 were children, i.e. 30.9% of the total number of new cases.

In the Republic of Moldova is little studied phenomenon of stigmatization and discrimination against people with mental disabilities in society. The objectives of the present study is to evaluate the level of stigmatization in adolescents towards people with mental health issues.

The phenomenon of stigma towards people with mental health problems persist in our society in various categories and groups of people, from children to the elderly. Knowledge of issues related to the phenomenon of stigma and discrimination among different categories of people, including adolescents, can help in planning activities directed to its eradication.

Conceptual basis of the work is the research data on mental health, in particular to the phenomenon of stigma and discrimination conducted by scientists Corrigan PW, Watson A., Otey E, Westbrook A., Gardner A., Lamb T., & Fenton W. 2007.

Scientific novelty of the results obtained: For the first time in Moldova was carried Review of literature on the phenomenon of stigma and discrimination against patients with mental disabilities in adolescents, which allowed concepts of mental health, stigma, discrimination, mental health.

Theoretical importance and value of the work: Selection of scientific research methods for discrimination and stigmatization of patients with mental disabilities between adolescents will allow to evaluate the level of stigmatization by physicians, psychologists, social workers and contribute to the development of programs and specific actions to reduce the phenomenon of stigma and discrimination of people with mental health problems in adolescents.

Material and Methods: The object of our research pertains to adolescents enrolled in high school.

Purpose: The objectives of the present study is to evaluate the level of stigmatization in adolescents towards people with mental health issues.

Objectives:

1. Evaluation of stigma and discrimination against people with mental disabilities between adolescents.
2. Determining the causes and conditions that makes to appear phenomena of stigma and discrimination against people suffering from mental disorders among adolescents
3. Finding phenomenal impact of stigma and discrimination against people with mental disabilities;

The experiment represents a study in four high schools in three different locations: The study consists of conducting trainings on mental health among adolescents with before and after training assessment of their attitudes.

Target group: 25 students from each school in total 100 high school students.

Questionnaire to assess the level of stigma against people with mental disabilities in adolescents (developed by Corrigan, PW, Watson, A., Otey, E., Westbrook, A., Gardner, A., Lamb, T., & Fenton W.2007)

This questionnaire contains 8 items version was developed for adolescents. Each item corresponds to one of the stereotypes often present in society for persons with mental disabilities.

Each item is rated from 1 to 9, with the higher the

score the greater the level of stigma towards people with mental health problems, except for items 1 and 7, where we talk about compassion and helping those with impaired mental health, and the higher the score on these two items, the more the student wishes to help a person with a mental disability, thus contributing to the inclusion in the community.

Item 1: Pity - the higher the score on this item more this student feel pities towards people with mental disabilities, showing compassion and care to those who suffer.

Item 2: Dangerousness - the higher the score the more the student believes people with mental health problem are dangerous.

Item 3: Fear - This item indicates the student's level of fear towards those with mental disorders.

Item 4: Blame - the higher the score on this item more the student believes that the mentally ill are responsible and guilty that they are sick.

Item 5: Segregation - This item indicates how much the student believes that the persons with mental health issues needs to stay away from community in specialized institutions.

Item 6: Anger - score on this item indicates the degree of irritation or annoyance student have toward people with mental disorders.

Item 7: Help - this item shows how much the student is ready to help a person with mental disabilities in situations where it is more difficult them to handle by themselves.

Item 8: Avoidance - score on this item indicates how many students are struggling to avoid people with mental disorders.

Every training was attended by five students from different classes of the same school, so at every training attended 25 students . The ratio between boys and girls was 1:1, so the trainings were attended by 50 boys and 50 girls.

Results:

Analyzing The study it gives following results in the level of Stigma against people with mental health disabilities among adolescents:

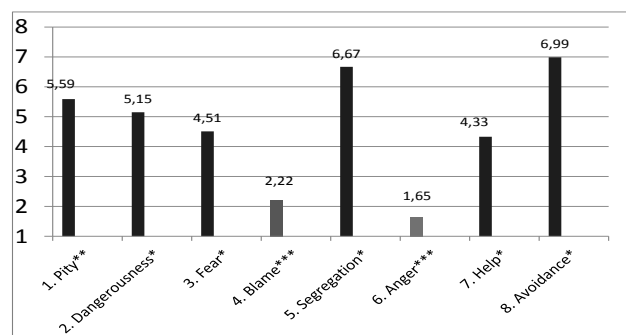


Fig.1 Level of Stigma in different Items, according to AQ-8-C Itmes

On the basis of Fig.1 We make the following affirmation: Averaged in descending order is: - 6.99 – Avoidance; - 6.67 – Segregation;- 5.59 – Pity;- 5.15 – Dangerous-

ness;- 4.51 – Fear;- 4.33 – Help;- 2.22 – Blame;- 1.65 – Anger.

Thus we can conclude that the stigmatization of people with mental health problem is very high and adolescents tend to avoid - 6.69 these people and additionally believes that people should be isolated in specialized schools (Segregation - 6.67), because they are considered dangerous - 5.15. The best results were obtained for items referring to Blame - and Anger 2.22 - 1.65, which means that adolescents in our society are not irritated by the mentally ill, and do not think that these people are responsible for disease.

Also if comparing items Pity and Help 5.59 and - 4.33, we notice that although the Pity towards mentally ill people among adolescents is high, though adolescents have less desire to help mentally ill people. This is because they do not know how they could do this and in addition because they consider the sick to be dangerous.

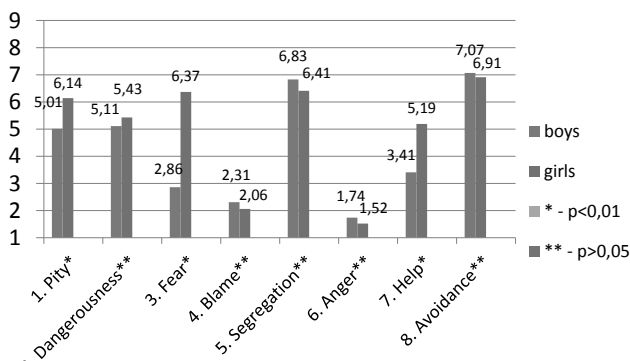


Fig. 2 Comparison between results from girls and boys included in the study

Based on Fig. 2 we can conclude that the statistically significant difference ($p < 0.01$) between boys and girls took only 3 items - Pity (boys - 5.01 girls- 6.14), Fear (boys - 2.86, girls - 6.37) and Help (boys - 3.41 girls - 5.19). Thus it is understood that girls feel more Pity and more compassion for suffering people while having much more Fear than boys. However the girls have a much greater tendency to somehow Help people with mental health problems, unlike boys.

Discussions:

In the attempt to describe the extent to which adolescents stigmatize people with mental illnesses, in one study from Romania some rather interesting findings were obtained - 26.3% of the participating adolescents declare they have interacted at school with a classmate suffering from a mental illness (vs. 50%), 9.1% declare they have a friend of the family suffering from a mental illness (vs. 28%), 12.9% declare they have a relative suffering from a mental illness (vs. 29%), and 2.6% declare they live with a person with a mental illness (vs. 7%) (Corrigan, Lurie, Goldman et al., 2005). We presume that those who suffer from a mental illness (i.e., classmates, friends, relatives, cohabitants) do not disclose their diagnoses in order to avoid possible repercussions

and that the lack of proper knowledge keeps adolescents from recognizing those individuals. Intimate exposure to individuals suffering from mental illnesses is of great importance given the fact that the higher the level of familiarity, the less likely it is to stigmatize (Corrigan, Green, Lundin et al., 2001).

Similar to the assessment of familiarity with mental illnesses, adolescents have a low level of mental health literacy, with trends more or less consistent with those in the literature. Adolescents encounter difficulties in correctly recognizing schizophrenia (17.7% vs. 42.7%), and often misidentify schizophrenia as depression (24.1% vs. 42.5%) (Farrer, Leach, Griffiths et al., 2008). Also, most participants considered the described problem to be psychological in nature, and very few adolescents considered the described problem to be medical in nature. In correspondence to the perceived causes, the majority of participants declared that of help can be a psychologist. However, they also closely reported that of help can be a psychiatrist. We posit that the contrasting results regarding not perceiving the described problem as a medical problem, but believing that a psychiatrist could help, can be explained by the conceptual confusion amongst adolescents in what being a psychiatrist entails. Adolescents are aware of the existing stereotypes and believe that most people stigmatize individuals with mental illnesses.

If compare adolescents from Romania and Republic of Moldova we can assess that the stigmatization of people with mental health problem is very high and adolescents tend to avoid these people- 6.69 Moldova, and 6.54 in Romania and additionally think that they are dangerous - 5.15 Moldova and 5.32 Romania. In Moldova item Pity gives result 5.59, in Romania 5.87. The best results were obtained for items referring to Blame - 2.22 Moldova, and 2.14 Romania, and anger - 1.65 Moldova and 1.53 Romania, which means that adolescents in our society are not irritated by the mentally ill, and do not think that these people are responsible for disease.

Difference in results between study in Romania compare to Moldova has shown the item about segregation, adolescents in Moldova believes that people should be isolated in specialized schools (Segregation – 6.67 Moldova), when in Romania this item is much lower (Segregation – 2.63 Romania), in this way we can conclude that integration into society is on a higher level in Romania than in Moldova. One more item that has shown different results in 2 countries is Help item – 4.33 in Moldova and 2.74 in Romania which shows us that willingness to help is higher in Moldova.

During the study we faced following limitations: Although in this group were included 100 adolescents from different schools, though this study can not be representative because we still need to research different regions of the country and to conduct this study in South and North of the country. However taking in consideration results from this study gives us an indications to continue and to make broader our study.

In Moldova there are a few minorities – Ukrainians, Russians, Gagauzians in this situation we need to conduct this study including this minorities, to analyze and to compare to see similarities and differences.

Conclusions

- Levels of stigmatization of people with mental health problems among adolescents is very high in both countries Romania and Moldova.
- Among the items analyzed in this study the greatest results gave items with the reference to „avoidance” the tendency of „segregation” - in other words, adolescents tend to marginalize and exclude from society those who are suffering from mental health, in Romania the item about segregation is lower and tendency to marginalize is lower.
- Phenomena of stigma and discrimination are major obstacles currently in the process of social integration of people with mental health problems.

Recommendations:

- Selection of scientific research methods for discrimination and stigma against patients with mental disabilities among adolescents to enable assessment of the level of stigmatization by physicians, psychologists, social workers
- Develop programs and specific actions to mitigate the phenomenon of stigma and discrimination against people with mental health problems among adolescents.

Bibliography:

1. Angermeyer, M.C. and H. Matschinger, The stigma of mental illness in Germany: a trend analysis. *Int J Soc Psychiatry*, 2005. 51(3): p. 276-84.
2. Braunholtz, S., et al., Well? What do you think? : The third national Scottish survey of public attitudes to mental health, mental wellbeing and mental health problems, Scottish Government Social Research: Edinburgh, 2007
3. Corrigan, Green, Lundin, Kubiak, & Penn, Evaluating Stigma of mentally ill people, 2001
4. Crawford and Brown, History of Stigma in Psychiatry, 2002
5. Gonzalez-Torres, M.A., et al., Stigma and discrimination towards people with schizophrenia and their family members. A qualitative study with focus groups. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 2007. 42(1): p. 14-23.)
6. Johnstone, Stigma and Discrimination of people with mental disabilities, 2001
7. Jonatan Hill, Barbara Maughan, Mental disorders in childhood and adolescence, University Press, Cambridge, 2003
8. Lauber, C., Stigma and discrimination against people with mental illness: a critical appraisal. *Epidemiol Psychiatr Soc*, 2008. 17(1): p. 10-3.)
9. Alina Zlati, Jennifer Oh, Adriana Baban, Mental Illness stigma among romanian adolescents, Psychology Department, Babes-Bolyai University, Romania

Cătălina Croitoru, Gheorghe Ostrofeț
MORBIDITATEA ELEVILOR DIN INSTITUȚIILE DE ÎNVĂȚĂMÂNT PREUNIVERSITAR DIN OR. CHIȘINĂU

Catedra Igiena generală, USMF „Nicolae Testemițanu”,
Laboratorul științific socio-igienic, Centrul Național de Sănătate Publică,
(Șef catedră - Ostrofeț Gheorghe)

SUMMARY

MORBIDITY OF PUPILS FROM THE PRE-UNIVERSITY INSTITUTIONS IN CHIȘINĂU CITY

Key-words: morbidity, prevalence, incidence, pupils, computer.

Actuality. Computer activity of children has resulted in beneficial outcomes such as accumulation of knowledge and increased personal performances, but it has also negative effects on children's health. Negative consequences could affect the eyes, especially by „Computer Vision Syndrome”, upper limb with the development of „Carpal Tunnel Syndrome”, as well as the psycho-emotional tension, static effort, hyperkinesia are expressed, and the positive energy balance can lead to increased prevalence of obesity and cardiovascular risk factors.

Material and methods. The prevalence and incidence of five classes of specific diseases at pupils were calculated and their trends were analyzed. The period of analysis is 13 years (2000-2012).

Results. For 13 years the study recorded the lowest increase in the prevalence of eye diseases and their appendages, which amounted to 0,3 ‰, while the incidence of this disease registers the highest increase – 2,7 ‰. During these years, the prevalence of the nervous system diseases has recorded the highest growth, constituting 17,4 ‰, but the incidence has increased by 1,9 ‰. Diseases of the osteoarticular system in 2012 has showed an increase in prevalence at 8,6 ‰, and morbidity at 1,2 ‰ as compared to 2000. Prevalence of endocrine, nutritional and metabolic diseases has increased by 5,0 ‰, and the lowest increase is in incidence – 0,7 ‰. Prevalence of diseases of the skin and subcutaneous tissue has increased by 1,7 ‰, but the incidence – by 1,1 ‰.

Conclusions. During 2000-2012 in Chisinau from five nosologic forms that may depend on the activity with computer, the highest prevalence and incidence were recorded for the diseases of eye and their appendages and diseases of nervous system.

РЕЗЮМЕ

ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ УЧАЩИХСЯ СРЕДНИХ ШКОЛ Г. КИШИНЕВА

Ключевые слова: распространенность, заболеваемость, учащиеся, компьютер.

Актуальность. Деятельность детей на компьютере сопровождается положительными результатами, такими как накопление знаний и рост личных успехов, но также может оказывать и негативное воздействие на здоровье детей. Отрицательные последствия сказываются на органе зрения в виде «синдрома компьютерного зрения», на верхних конечностях – «кистевой туннельный синдром»; кроме того, становятся выраженными психоэмоциональное напряжение, статическое напряжение, гипокинезия, положительный баланс энергии, который может привести к увеличению распространенности ожирения и сердечно-сосудистых факторов риска.

Материал и методы. Были рассчитаны распространенность и заболеваемость учащихся по пяти классам специфических заболеваний и проанализированы их тенденции. Расчеты проведены за 13 лет (2000-2012 гг.).

Результаты. В течение 13 лет исследования зарегистрировано самое низкое увеличение распространенности болезней глаза и их придатков, которое составило 0,3 ‰, в то время как заболеваемость этими болезнями регистрирует наибольшее увеличение – 2,7 ‰. За эти годы отмечен самый высокий рост распространенности заболеваниями нервной системы, что составило 17,4 ‰, а заболеваемость выросла на 1,9 ‰. Болезни костно-суставной системы в 2012 году показали увеличение распространенности на 8,6 ‰, а заболеваемости на 1,2 ‰ по сравнению с 2000 г. Распространенность эндокринных заболеваний увеличилась на 5,0 ‰, в то время как заболеваемость имеет самый низкий уровень – 0,7 ‰. Распространенность заболеваний кожи и подкожной клетчатки увеличилась на 1,7 ‰, а заболеваемость – на 1,1 ‰.

Выводы. В 2000-2012 гг. в г. Кишиневе из пяти нозологическим форм, которые могут зависеть от работы учащихся на компьютере, самая высокая распространенность и заболеваемость зарегистрирована для болезней глаза и их придатков, а также болезней нервной системы.

Introducere. Activitatea încercată și nesupravegheată a copiilor la computer poate fi factor de risc sau chiar cauza unor maladii ale ochilor, dereglărilor de ținută, devierilor sistemului nervos, poate fi factor declanșator al unor maladii endocrine.

Numeroase studii de specialitate indică înrăutățirea majorității indicatorilor stării de sănătate a copiilor [1, 2, 3, 4]. Conform literaturii de specialitate, la 1/3 din elevi, îndeosebi din clasele superioare, se înregistrează maladii cronice de lungă durată, iar la 2/3 din cei sănătoși sunt prezente devieri morfologice și funcționale [1, 3, 4, 5]. Printre elevii cu capacități scăzute la învățatură pondere mare dețin elevii cu boli cronice, cu devieri și patologii ale sistemului nervos central [4, 6].

În structura patologiei școlare, miopiei îi revine un loc aparte, ea se deosebește printr-o răspândire largă și ocupă locul doi printre cauzele invalidității. 1/5 din elevi, din cauza miopiei, au rezerve în alegerea profesiei [7].

După părerea experților OMS, utilizarea display-urilor de calitate joasă poate determina dezvoltarea miopiei cu viteza de 1 dioptrie anual. Aprecierea stării funcționale la copiii cu miopie denotă că, lucrul neîntrerupt la computer cu o durată de 30 min. provoacă modificare semnificativă a acomodăției. În caz de miopie, coeficientul de oboseală a aparatului de acomodare a ochiului constituie $9,1 \pm 0,7$, iar la refracția normală coeficientul este mai mic de 4 ori ($2,4 \pm 1,0$). La copiii cu hipermetropie, de asemenea este mai mare ca la refracția normală, însă diferența este statistic nesemnificativă. Productivitatea muncii vizuale după efortul computerizat la elevii cu miopie este veridic mai mică ca la cei cu hipermetropie sau emetropie [8, 9, 10].

Datele literaturii relevă că activitatea la computer poate fi unul din factorii predispozanți pentru așa maladii ca: maladiile ochiului și anexelor sale, maladiile sistemului osteoarticular, maladiile sistemului nervos, maladiile endocrine, de nutriție și metabolice, maladiile pielii și țesutului celular [11, 12, 13, 14, 15]. În acest context, am recurs la analiza acestor 5 clase de patologii, din cele 21 de denumiri adoptate de OMS prin Clasificarea Internațională a Maladiilor (CIM, revizia a X-a OMS).

Material și metode. Nivelul morbidității elevilor din instituțiile preuniversitare din or. Chișinău în dinamica multianuală a fost analizat în baza informației din Dările de seamă: Anexa 2 a Ordinului MS și MÎ nr. 01/07 din 03.01.02 „Notă informativă despre starea sănătății elevilor”. Prin metoda retrospectivă s-a studiat răspândirea maladiilor pe o perioadă de 13 ani (2000-2013). Indicatorii de bază cercetați sunt incidența și prevalența maladiilor ochiului și anexelor sale (H00–H59), sistemului osteoarticular (M00–M99), sistemului

nervos (G00–G99), maladiilor endocrine, de nutriție și metabolice (E00–E90), maladiilor pielii și țesutului celular (L00–L59). Au fost calculate prevalența și incidența maladiilor specificate și analizate tendințele de evoluție a maladiilor.

Rezultate. Din cele cinci nosologii cercetate cea mai înaltă **prevalență** a fost

înregistrată pentru **maladiile ochiului și anexelor sale**, cu valoarea medie de $76,9 \pm 3,8$ cazuri la 1000 de elevi, care a crescut cu 0,3% în a. 2012 față de a. 2000 sau cu 0,4%. Cea mai joasă prevalență pentru aceste maladii s-a înregistrat în a. 2007 (68,1%) și cea mai înaltă – în a. 2003 (85,3%) (figura 1).

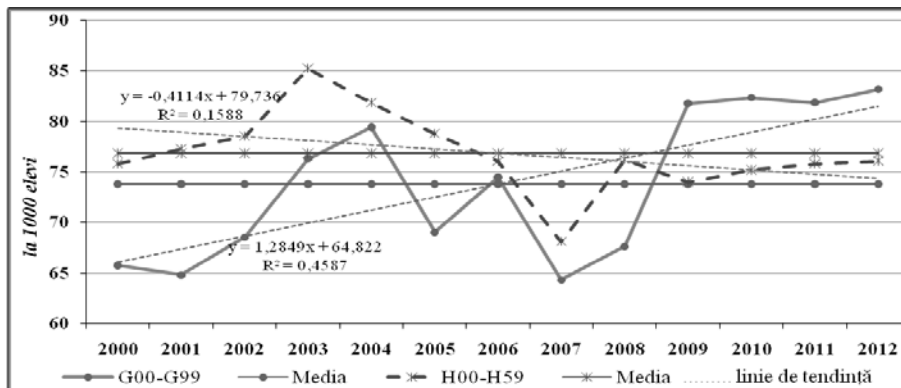


Fig. 1. Dinamica prevalenței prin maladiile ochiului și anexelor sale (H00-H59) și maladiile sistemului nervos (G00-G99) înregistrate la elevi.

Incidența prin maladiile ochiului și anexelor sale înregistrează tendință de creștere cu 0,25 cazuri noi la 1000 de elevi anual (figura 2). Incidența medie pe treisprezece ani studiați a constituit $11,3 \pm 1,3\%$, în anul 2012 a crescut cu 2,7% față de anul 2000.

O **prevalență** aproximativ la același nivel se înregistrează pentru **maladiile sistemului nervos**, constituind în medie $73,8 \pm 2,9$ cazuri la 1000 elevi, cu variații în limitele de 64,3% (2007) și 83,2% (2012).

În a. 2012 prevalența a crescut cu 17,4% față de a. 2000, ce constituie 26,5% și timpul prevalenței crește anual cu 1,28 cazuri la fiecare 1000 de elevi (figura 1).

Incidența prin maladiile sistemului nervos relevă o creștere în dinamică aproximativ constantă, constituind $11,3 \pm 1,2\%$. În perioada de referință incidența prin aceste maladii a avut tendință de creștere cu 1,9% (sau 18,3%), variind între 10,0% (în a. 2008) și 12,3% (în a. 2012) cu o tendință anuală de creștere de 0,08 cazuri la fiecare 1000 de elevi (figura 3).

Maladiile sistemului osteoarticular prezintă o **prevalență** intermediară pe de o parte între maladiile ochiului și anexelor sale și sistemului nervos și, pe de altă parte, între maladiile pielii și țesutului celular și maladiile endocrine, de nutriție și metabolice, cu valoarea medie de $43,6 \pm 2,6$ cazuri la 1000 de elevi. Prevalența cea mai mare a fost înregistrată în a. 2006 – 50,9% și

cea mai mică în a. 2003 – 41,8%. Creșterea prevalenței maladiilor sistemului osteoarticular în a. 2012 față de a. 2000 a constituit 8,6 ‰ (21,0%). Tendința de manifestare a prevalenței prin această clasă de maladii indică creștere cu 0,35 cazuri la 1000 de elevi anual (figura 4).

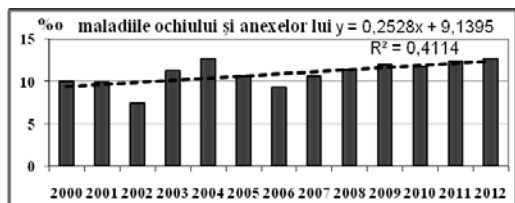


Fig. 4. Dinamica prevalenței prin maladiile sistemului osteoarticular (M00-M99) înregistrate la elevi.

Incidența medie pentru zece ani este de $9,5 \pm 1,9\%$. Tendința de manifestare a incidenței prezintă o creștere de 0,26 cazuri la fiecare 1000 de elevi anual. În a. 2012 incidența a fost în creștere cu 1,2‰ sau 13,0% față de a. 2000 (figura 5).

Prevalență joasă înregistrează **maladiile endocrine, de nutriție și metabolice** în comparație cu cele descrise anterior. Valoarea medie pe treisprezece ani a constituit $8,6 \pm 0,3$ cazuri la 1000 elevi cu variații între 5,3‰ (2000) și 11,1‰ (2004). În a. 2012 prevalența prin această clasă de maladii a crescut cu 5,0‰ (sau 95,1%) față de a. 2000, tendința de creștere anuală constituind 0,04 cazuri la fiecare 1000 elevi (figura 6).

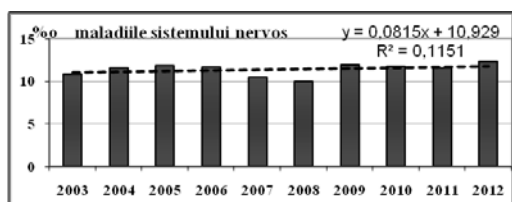


Fig. 6. Dinamica prevalenței prin maladiile endocrine, de nutriție și metabolice (E00-E90) și maladiile pielii și țesutului celular (L00-L08) înregistrate la elevi.

Incidența de asemenea, relevă o tendință de creștere, de la 0,9‰ (în a. 2000) la 1,9‰ (în aa. 2007, 2008), urmată de o ușoară scădere până la 1,6‰ (în a. 2012). Tendința de creștere anuală constituie 0,01 cazuri la fiecare 1000 elevi (figura 7).

Din cele cinci clase de maladii studiate, cel mai jos nivel a fost înregistrat la **maladiile pielii și țesutului celular** – $3,4 \pm 0,11$ cazuri la 1000 elevi, cu nivel minim de 1,6‰ (2001) și maxim de 3,7‰ (2012). **Prevalența** relevă o creștere cu 1,7‰ (81,0%) în a. 2012 față de a. 2000 și cu tendința anuală de creștere de 0,33 cazuri la 1000 elevi (figura 6).

Incidența minimă a fost de 0,1‰ (în a. 2001) și maximă de 2,3‰ (în a. 2004), cu o medie de $1,1 \pm 0,03$ cazuri noi la 1000 elevi și o tendință de creștere anuală cu 0,06 cazuri la fiecare 1000 de elevi (figura 8).

Concluzii. În dinamica multianuală se înregistrează creșterea atât a prevalenței cât și a incidenței maladiilor în special a celor ce pot fi influențate direct de activitatea incorectă la computer.

Bibliografie.

1. Cazacu-Stratu A. Estimarea igienică a condițiilor de instruire și habituale ale elevilor claselor primare cu afecțiuni cronice respiratorii. Teză de dr. în medicină. Chișinău, 2011. 162 p.
2. Crăciun D. Efortul fizic la copii și juniori. Teză de dr. în medicină. Cluj-Napoca, 2009. 128 p.
3. Pantea V. ș. a. Sănătatea în relație cu mediul. Monitorizarea stării de sănătate în relație cu factorii exogeni de mediu (ediția a II-a). Chișinău: Tipografia Sirius, 2010. p. 34-36; 39-42.
4. Сердюковская Г. Н. Здоровье школьников в современных условиях обучения и гигиенические проблемы применения компьютеров в школе. Сборник научных трудов. Москва, 1998. с. 5-13.
5. Friptuleac Gr. ș. a. Sănătatea copiilor în relație cu mediul. Children's health and environment. National Report. Raport Național al Min. Sănătății și Min. Ecologiei. Chișinău, 2004. p. 51.
6. Toulouse G., et al. Étude de la prévalence des troubles musculo-squelettiques et psychologiques, des facteurs physiques et psychosociaux chez les préposés des centres d'urgence Etudes et recherches. Monreal, Quebec, 2006. 75 p.
7. Денисова Д. В. Воздействие новых информационных технологий на здоровье студентов. Автореф. дис. канд. мед. наук. СПб., 2001. 19 с.
8. Bali J., et al. Computer vision syndrome: a study of the knowledge, attitudes and practices in Indian ophthalmologists. Indian J. Ophthalmol, 2007, no. 4, p. 289-294.
9. Sheedy J. What's in a name: "computer vision syndrome"? Optometry, 2002, 73 (7), p. 399-402.
10. Гумнер П. И. и др. Гигиенические вопросы использования компьютеров школьниками с нарушениями рефракции. Гигиена и санитария, 1996, N4, с. 19-22.
11. Badinand H., Bureau M., Hirsch E. Epilepsies and video games: Results of a multicentric study. Electroencephalography and Clinical Neurophysiology, 1998, no. 3, p. 422-427.
12. Delise A., et. al. Trouble musculo-squelettiques et bureautique. Suive de l'impact des modifications du mobilier de bureau sur la posture et la sollicitation musculaire du membre superior. Etudes et recherches. Monreal, Quebec, 2008, 85 p.
13. Izquierdo J., et. al. Factors leading to the computer vision syndrome: an issue at the contemporary workplace. Bol Asoc Med PR, 2007, no. 99 (1), p. 21-28.
14. L'ordinateur est-il dangereux pour la sante de nos enfants? BMC Pediatrics, 2007, vol. 44, no. 32 (3), p. 78-86.
15. Subrahmanyam K., et al. The Impact of Home Computer Use on Children's Activities and Development. In: Children and Computer Technology, 2000, vol. 10, nr. 2, pp. 123-144.

G. Garaz
**FACTORI IMPLICAȚI ÎN INIȚIEREA CONSUMULUI DE ALCOOL LA ADOLESCENȚI
ÎN REPUBLICA MOLDOVA**

*Catedra Psihiatrie, narcologie și psihologie medicală
(Șef catedră - prof. univ. A.Nacu)*

SUMMARY

FACTORS IMPLICATED IN INITIATION OF ALCOHOL CONSUMPTION AMONG ADOLESCENTS IN REPUBLIC OF MOLDOVA.

Background: Underage drinking contributes to the 3 leading causes of death (homicide, suicide and unintentional injury) among persons aged 12 to 20 years. Most adverse health effects from underage drinking are from acute intoxication resulting from binge drinking. The study aim was to obtain data about factors that could influence the alcohol consumption and binge drinking in teenagers. [5]

Methods: We analyzed data that was generated by pupil and students aged 14-19, through an anonymous questionnaire. The questionnaire was a standard one, ESPAD, adapted to Republic of Moldova, but originally created in The European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs. It was used the Crosstab function with the Chi square criteria to see if it is possible to calculate a valid Spearman rho correlation coefficient, which was necessary for appreciating the degree of correlation.

Results: we found low degree of correlation ($\pm 0,09$ to $\pm 0,3$, with $p < 0.05$) between the frequency of drinking in the past 30 days, and some parameters as: frequency of playing at PC, frequency of reading with pleasure a book, the level of pleasure, friendship, relaxation, happiness that will be felt after alcohol consumption. Other parameters that showed correlation with the frequency of drinking in the past 30 days and binge drinking were: capability to forget all the problems, a low degree of awareness of harm effect of alcohol, smoking by the responder or from the close surroundings, a low degree of implication by the parents in the free time, and establishment of rules.

Conclusions: was obtained some data that generated some hypothesis for future pro-spective studies: the age of initiation of alcohol consumption as possible protective factor, increasing the awareness of harm from alcohol could be a factor of protection, a healthy psychological family environment (with rules, and implication in free time) as protective factor, creating factors that could influence the attitude towards the alcohol consumption and smoking among peers as factor of protection. Playing on PC as a negative factor that correlates with alcohol consumption and binge drinking.

Key words: binge drinking, alcohol, factors, abuse, descriptive study

REZUMAT:

**FACTORI IMPLICAȚI ÎN INIȚIEREA CONSUMULUI DE ALCOOL LA ADOLESCENȚI
ÎN REPUBLICA MOLDOVA**

Actualitatea: Consumul de alcool printre minori contribuie la cele 3 cauze top de deces (leziuni accidentale, omucidere, sinucidere) printre persoanele cu vârsta între 12 și 20 ani. Majoritatea efectelor adverse ce afectează sănătatea minorilor ce abuzează de alcool sunt de la intoxicația acută rezultată prin consum excesiv într-o perioadă scurtă de timp. [5]

Material și metode: Am analizat datele generate de adolescenți în vârstă de 14-19 ani, printr-un chestionar anonim. Chestionarul era unul standard, ESPAD, adaptat pentru Republica Moldova, dar creat original în European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs. Am folosit funcția Crosstab și criteriul Chi pătrat ca să vedem dacă e posibil de calculate un coeficient rho Spearman valid, care este necesar pentru aprecierea nivelului de corelație.

Rezultate: am găsit un nivel slab de corelare ($\pm 0,09$ la $\pm 0,3$, cu $p < 0.05$) între frecvența consumului de alcool în ultimele 30 zile, și așa parametri ca: frecvența jocului la calculator, frecvența citirii unei cărți, nivelul de relaxare, prietenie, plăcere și bucurie resimțit după consum de alcool. Alți parametri care au corelat cu frecvența consumului de alcool în ultimele 30 zile precum și utilizarea unimomentan a mai mult de 5 unități de alcool au fost: capacitatea de a uita de probleme, un nivel scăzut de conștientizare a pericolului alcoolului, fumatul de către respondent cât și colegi de vârstă, uitarea tuturor problemelor, un nivel scăzut de implicare a părinților în timpul liber și în stabilirea regulilor.

Concluzii: au fost obținute date care au generat câteva ipoteze pentru studiile viitoare: vârsta de inițiere a consumului de alcool ca factor de protecție, creșterea nivelului de conștientizare a daunelor alcoolului ca factor de protecție, un mediu psihologic familial sănătos (cu reguli și implicare în timpul liber) ca factor de protecție, crearea de factori ce ar influența atitudinea vis-a-vis de consumul de alcool și fumat printre colegi de aceeași vârstă – ca factor de protecție. Joaca la calculatorul de masă ca factor negativ ce corelează cu consumul de alcool și abuzul de alcool.

Cuvinte cheie: adolescent, alcool, abuz de alcool, factori, studiu descriptiv

Introducere

Alcoolul este un drog de preferință printre tineri. Mulți tineri retrăiesc consecințele consumului exagerat de alcool, la o vârstă mult prea timpurie. Ca rezultat, consumul de alcool printre minori este o problemă de vârf a sănătății publice în SUA și, în special, în Republica Moldova.

În SUA, aproximativ 5000 de tineri sub vârsta de 21 ani decedează ca rezultat al consumului de alcool; aceștia includ 1900 decese din accidente rutiere, 1600 omucideri, 300 de suicide, precum și sute din diferite leziuni ca catatraume, combustii sau înec. [1]

În Republica Moldova, situația nu este mai luminoasă, în 2012 fiind prevalența 18 pacienți la 100 mii locuitori, iar în 2013, 16 pacienți la 100 mii cu dereglări narcologice prin psihoză alcoolică. [6]

Consumul de alcool printre minori contribuie la cele 3 cauze top de deces (leziuni accidentale, omucidere, sinucidere) printre persoanele cu vârsta cuprinsă între 12 și 20 ani. Majoritatea efectelor adverse ce afectează sănătatea minorilor ce abuzează de alcool sunt de la intoxicația acută rezultată prin consum excesiv într-o perioadă scurtă de timp. Consumul abuziv tipic este definit ca un consum de 5 sau mai multe unități de alcool la o ocazie. Aceasta este un pattern de comportament obișnuit printre tineri, totodată puține studii populaționale s-au focusat în special pe caracteristica consumului abuziv de alcool printre adolescenți. [5]

Materiale și metode de investigație

Au fost chestionați elevi și studenți din școli și colegii profesionale privind consumul de alcool și alte substanțe psihoactive, utilizând un chestionar standard ESPAD adaptat pentru Republica Moldova, care a fost elaborat în baza unui studiu internațional The European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs. Datele obținute au fost analizate ulterior cu ajutorul programului de prelucrare statistică SPSS Statistics ver. 20, pentru a determina corelațiile posibile dintre frecvența consumului de alcool, abuzul de alcool și alte date socio-demografice. A fost folosită funcția Crosstab pentru a crea tabelul și a aprecia conform criteriului Chi patrat dacă este posibil de calculat valid coeficientul Spearman rho. Ultimul a fost calculat pentru aprecierea gradului de corelare și a direcției acesteia (negativă, fie pozitivă).

Rezultatele investigațiilor

Au participat 2658 elevi și studenți, dintre care 1118 din Chișinău, 671 din Cahul și 869 din Bălți. Lotul a fost format din persoane cu vârsta cuprinsă între 14 și 19 ani. Respondenții au utilizat chestionare în limba română (57,4%) și rusă (42,6%). Repartiția pe sexe a fost de 44,4% sex feminin și 55,1% sex masculin (0,5% - 13 respondenți nu au specificat sexul în anchetă). Școlile, liceele au fost alese aleator, la fel și clasele în care s-au oferit chestionarele. Pentru a putea avea acces la respondenți a fost interpellat Ministerul Învățământului care a permis anchetarea anonimă în instituțiile de învățământ, selectate.

În urma analizei datelor au fost cercetați următorii doi parametri din chestionare pentru a decela corelații pozitive sau negative cu factorii socio-determinanți colectați prin anchetă: frecvența consumului de alcool în ultimele 30 de zile, și frecvența consumului a 5 și mai multe doze de alcool unimomentan în ultimele 30 zile. Au fost alese anume aceste două criterii datorită fenomenului de „binge drinking” – abuz excesiv de alcool într-un timp foarte scurt – fenomen des cercetat și regăsit în literatura de peste hotare, fiind un factor nefavorabil pentru instalarea ulterioară de abuz cronic de alcool, și un fenomen des observat la tineri adulți și adolescenți.

A fost calculat anume coeficientul Spearman rho de corelație, datorită modului de înregistrare a datelor (variabilele fiind categoriale). Coeficienții de corelație pentru acești doi parametri nu au fost foarte puternici, variind de la $\pm 0,09$ la $\pm 0,3$, deci fiind cuprinși între limitele unei corelații slabe (0,1) până la limita inferioară a corelațiilor moderate (0,4).

Astfel, s-a obținut, pentru primul parametru: un coeficient de corelație 0,13 ($n=2517$, $p < 0,01$) între valoarea frecvenței consumului de alcool în ultimele 30 de zile și frecvența jocului la calculator. În baza acestui rezultat se poate formula următoarea ipoteză: cu cât mai des persoana consumă alcool cu atât mai mult timp oferă jocurilor la calculator. La fel, s-a obținut un coeficient de corelație - 0,2 ($n=2479$, $p < 0,05$) între valoarea frecvenței consumului de alcool în ultimele 30 de zile și frecvența cu care citesc din plăcere o carte în afara programului școlar. Datele sugerează ipoteza: cu cât mai des tinerii consumă alcool cu atât mai mică este frecvența citirii unei cărți.

Un coeficient de corelație de 0,26 a fost calculat ($n=2492$, $p < 0,05$) între valoarea frecvenței consumului de alcool în ultimele 30 de zile și frecvența distrării în oraș seara sau la petreceri cu prietenii. Cu alte cuvinte: cu cât mai des menționează consumul de alcool cu atât mai des se distrează în oraș seara sau la petreceri cu prietenii.

S-a obținut un coeficient de corelație - 0,17 ($n=2390$, $p < 0,05$) între valoarea frecvenței consumului de alcool în ultimele 30 de zile și probabilitatea resimțirii senzației de relaxare post-consum. Putem formula ipoteza: cu cât mai des tinerii consumă alcool cu atât mai probabil resimt senzația de relaxare postconsum și vor fi determinați să repete comportamentul dat. La fel, s-a obținut un coeficient de corelație - 0,19 ($n=2354$, $p < 0,05$) între valoarea frecvenței consumului de alcool în ultimele 30 de zile și probabilitatea resimțirii senzației de bucurie post-consum. Deci: cu cât mai des e consumul de alcool cu atât mai probabil resimt senzația de bucurie postconsum, favorizând astfel repetarea consumului.

Un coeficient de corelație - 0,11 ($n=2343$, $p < 0,05$) a existat între valoarea frecvenței consumului în ultimele 30 de zile și probabilitatea uitării problemelor proprii post-consum. Putem formula ipoteza: cu cât mai des afirmă că consumă alcool cu atât mai probabil că vor

uita problemele proprii postconsum, favorizând astfel repetarea consumului.

S-a calculat un coeficient de corelație - 0,17 (n=2344, $p < 0,05$) între valoarea frecvenței consumului de alcool în ultimele 30 de zile și probabilitatea resimțirii senzației de bunăvoință și prietenie postconsum. Ipoteza: cu cât mai des afirmă că consumă alcool cu atât mai probabil resimt senzația de bunăvoință și prietenie, favorizând astfel repetarea consumului.

Un coeficient de corelație - 0,23 (n=2360, $p < 0,05$) a fost apreciat între valoarea frecvenței consumului de alcool în ultimele 30 de zile și probabilitatea că se va veseli pe cînste postconsum. Ipoteza: cu cât mai des afirmă că consumă alcool cu atât mai probabil se va veseli pe cînste postconsum, favorizând astfel repetarea consumului.

S-a obținut un coeficient de corelație 0,14 (n=2368, $p < 0,05$) între valoarea frecvenței consumului de alcool în ultimele 30 de zile și probabilitatea că se va simți rău în general după consum. Putem formula ipoteza: cu cât mai des afirmă că consumă alcool cu atât mai probabil adolescentul nu crede că se va simți rău în general postconsum, favorizând astfel repetarea consumului (se reconfirmă datele precum că reacția organismului tânăr la consum este diferită de cea a adultului).

S-a obținut un coeficient de corelație 0,28 (n=2506, $p < 0,05$) între valoarea frecvenței consumului în ultimele 30 de zile și numărul de prieteni care fumează. Ipoteza: cu cât mai des afirmă că consumă alcool cu atât mai probabil că în anturajul său există persoane care fumează, favorizând astfel repetarea consumului atât al alcoolului cât și al țigărilor.

S-a calculat un coeficient de corelație 0,36 (n=2501, $p < 0,05$) între valoarea frecvenței consumului de alcool în ultimele 30 de zile și numărul de prieteni care consumă alcool. Ipoteza: cu cât mai des tânărul consumă alcool cu atât mai probabil că în anturajul său există persoane care consumă alcool, favorizând astfel repetarea consumului acestui drog.

Un coeficient de corelație 0,1 (n=2497, $p < 0,05$) a existat și între valoarea frecvenței consumului de alcool în ultimele 30 de zile și nivelul de risc de apariție a problemelor în familie ca rezultat al consumului de alcool. Se poate formula ipoteza: cu cât mai des afirmă că consumă alcool cu atât mai probabil că tinerii NU percep drept cauză a problemelor în familie abuzul de alcool.

S-a calculat un coeficient de corelație 0,1 (n=2503, $p < 0,05$) între valoarea frecvenței consumului de alcool în ultimele 30 de zile și nivelul de risc de apariție a problemelor interpersonale ca rezultat al consumului de alcool. Ipoteza: că cu cât mai des afirmă că consumă alcool cu atât mai probabil că NU percep problemele interpersonale ca fiind cauzate de abuzul de alcool.

Un coeficient de corelație 0,28 (n=2462, $p < 0,05$) a existat între valoarea frecvenței consumului de alcool în ultimele 30 de zile și frecvența controlului zilelor de odihnă ale adolescentului de către părinți. Ipoteza: cu cât mai des tinerii consumă alcool cu atât mai puțin probabil

că sunt controlați de către părinți privind activitatea în zilele de odihnă.

Astfel s-a obținut un coeficient de corelație 0,1 (n=2484, $p < 0,05$) între valoarea frecvenței consumului de alcool în ultimele 30 zile și frecvența cu care se impun reguli stricte din partea părinților privind ocupațiile în afara domiciliului. Astfel se poate ipoteza ipoteza: cu cât mai des afirmă că consumă alcool cu atât mai rar afirmă că ar resimți reguli stricte privind ocupațiile în afara domiciliului, având un înalt grad de libertate.

Un coeficient de corelație - 0,1 (n=2437, $p < 0,05$) între valoarea frecvenței consumului de alcool în ultimele 30 zile și gradul de acord privind încălcarea majorității regulilor cu care nu este de acord adolescentul. Ipoteza: cu cât mai des afirmă că consumă alcool cu atât mai liber și în drept de a încălca orice regulă, creând astfel premise pentru o personalitate dizarmonică, cu tendința de a fi un prost aliat în relația terapeutică.

Pentru al doilea parametru am obținut următoarele rezultate: s-a obținut un coeficient de corelație 0,1 (n=2587, $p < 0,05$) între valoarea frecvenței consumului a 5 și mai multe doze de alcool unimomentan în ultimele 30 zile și vârsta adolescenților; astfel se poate formula ipoteza: cu cât mai des este menționat consumul abuziv de alcool cu atât mai în vârstă sunt respondenții. Un coeficient de corelație de 0,12 (n=2577, $p < 0,05$) a fost apreciat între valoarea frecvenței consumului a 5 și mai multe doze de alcool unimomentan în ultimele 30 zile și frecvența jocului la calculator; astfel se poate crea ipoteza: cu cât mai des afirmă că consumă abuziv alcool cu atât mai mult timp petrece la calculator jucându-se. De asemenea, am obținut un coeficient de corelație - 0,13 (n=2537, $p < 0,05$) între valoarea frecvenței consumului a 5 și mai multe doze de alcool unimomentan în ultimele 30 zile și vârsta adolescenților, sugerând ipoteza: cu cât mai des adolescentul menționează consumul abuziv de alcool cu atât mai în vârstă sunt respondenții.

Discuții

Datele obținute de noi sunt în concordanță cu datele din literatura de specialitate, astfel în studiul din 1999 (Feldman L(1), Harvey B, Holowaty P, Shortt L. - Alcohol use beliefs and behaviors among high school students.) s-a ajuns la concluzia că studenții/ elevii care consumă abuziv alcool ajung să fumeze/ sunt fumători, au părinți sau colegi care fumează sau consumă alcool abuziv [4]. În studiul prezent s-a reușit suplimentar a decela o corelație dintre așa factori ca lipsa unui control asupra activităților din afara domiciliului și timpului liber în weekend. Date similare s-au obținut vizând consumul de alcool din cauza dorinței de relaxare, de a avea starea de bine și a se putea distra la petrecere [4]. La fel ca și în studiul lui Feldman L. și colab., ca factor de protecție a fost credința că alcoolul nu poate avea efecte nocive asupra organismului și educația în familie.

În cercetarea lui Miller JW și colab. din 2007, au fost obținute date similare privind abuzul de alcool printre adolescenți și vârsta acestora, astfel cu creșterea vârstei

crește rata abuzului de alcool. De asemenea în acest studiu s-a observat că cei ce abuză de alcool tind să fie mai des și fumători, activi sexual, victime ale violenței, cu tentative de suicid și consum de droguri ilegale. [5]

Analizând cercetarea lui Angelone AM și colab. din 2013, precum și a lui Botvin GJ și colab. din 2001, a fost depistată aceeași coincidență în datele obținute, adolescenții ce consumă abuziv alcool tind să aibă un grad mai scăzut de conștientizare a daunelor posibile ale alcoolului, atitudinilor pozitive privind consumul de alcool, precum și ca factor de protecție fiind cunoașterea pericolului administrării de alcool, luarea unei atitudini privind consumul de către colegi de aceeași vârstă. [2,3]

Concluzii

În urma cercetării au fost obținute date privind unii factori implicați în inițierea consumului de alcool și abuzul de alcool printre adolescenții din școlile, liceele și colegiile din Republica Moldova. Astfel, au fost generate mai multe ipoteze de lucru pentru un studiu prospectiv ulterior:

- Vârsta de inițiere a consumului de alcool ca factor de protecție.
- Cunoașterea daunelor sănătății datorate consumului de alcool – ca factor de protecție.
- Implicarea mai activă, corectă și mai eficientă a familiei (mamă, tată, tutelă) în formarea regulilor, moralei (privind dauna fumatului, alcoolului) precum și implicarea activă, dar cumpătată a ei în viața liberă a adolescentului (organizarea timpului liber, cunoașterea acestuia) – ca factor de protecție.
- Necesitatea unei vieți active emoțional, ajutorării cunoașterii de sine, distracțiilor cumpătate – ca factor de protecție.

- Jocul la calculator ca factor aparent de risc în abuzul de alcool.
- Educația atitudinii negative privind consumul de alcool și fumat printre semeni de aceeași vârstă – ca factor de protecție.

Bibliografie

1. Alcohol Alert, National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism, U.S. Department of Health & Human Services, Number 67 January 2006
2. Angelone AM(1), Rossi R, Bartolomei G, Di Carlo D, Fabiani L, Necozone S, di Orio F., Alcohol consumption and awareness of the risks related in alcohol-abuse in highschool students: evidence from a Health Education program., Ann Ig. 2013 Nov-Dec;25(6):501-9. doi: 10.7416/ai.2013.1950.
3. Botvin GJ(1), Griffin KW, Diaz T, Ifill-Williams M., Preventing binge drinking during early adolescence: one- and two-year follow-up of a school-based preventive intervention, Psychol Addict Behav. 2001 Dec;15(4):360-5.
4. Feldman L(1), Harvey B, Holowaty P, Shortt L., Alcohol use beliefs and behaviors among high school students, J Adolesc Health. 1999 Jan;24(1):48-58.
5. Miller JW(1), Naimi TS, Brewer RD, Jones SE., Binge drinking and associated health risk behaviors among high school students., Pediatrics. 2007 Jan;119(1):76-85.
6. Raportul Statistic nr.11 aprobat de Biroul Național de Statistică prin ordinal nr. 70 din 09.08.2011 privind maladiile și contingentele de bolnavi cu dereglări narcologice pe anii 2012-2013

Galina Leșco, Larisa Chirev, Corina Iliadi-Tulbure, Irina Sagaidac, Svetlana Tripac
CARACTERISTICI ÎN DEZVOLTAREA PSIHOSEXUALĂ A ADOLESCENTELOR

Centrul de Sănătate Prietenos Tinerilor „Neovita”
Catedra Obstetrică și ginecologie FECMF USNF „Nicolae Testemițanu”
(Șef catedră – prof. univ., Olga Cernețchi)

SUMMARY

CARACTERISTICS IN PSYCHO-SEXUAL DEVELOPMENT OF ADOLESCENT GIRLS

Key-words: adolescence, psycho-sexual development of adolescent girls, gynecological diseases.

Actuality: Adolescence is a period of transition in a person's life, psycho-sexual development of adolescent girls (DPSA) is a process of major importance in it. The occurrence of gynecological diseases is reasoned directly by type of DPSA and manifests as a consequence of immature hypothalamic-pituitary structures at this stage. Adolescent psychosexual maturation is conditioned by the rapid growth in terms of physical, sexual, psychosexual and psychosocial development. Physically, at the age of 15-16 years, adolescent body takes the characteristics of an adult. Simultaneously sexual maturation occurs, psychosocial maturity at the same time is far from the expected. During adolescence, it is important to assess the interdependence of biological and psychosocial development processes.

Sexual development implies the formation of secondary sexual signs, development of reproductive organs, acquiring the ability to bear a child. Psychosexual development includes: formation of gender identity, gender role, sexual attraction and orientation; and presence of stereotyped sex behavior. Psychosexual maturation has two aspects: emotional and practical. There are 2 known stages of sexuality development: sexual identification and awareness of belonging to a particular sex, as well as the formation of sex-role stereotyping behavior, ie public manifestation of gender identity in accordance with accepted norms in the society. Formation of adolescent sexual orientation passes successively through the stages of libido: platonic, erotic and sexual.

There are several types of DPSA and sexual behavior, each influencing adolescent development: normal DPSA, accelerated, slowed, suppressed with repression of libido and disharmonious.

Conclusions: Because of existence of high-level incidence of teenage gynecological pathologies, it is necessary to consider the type of DPSA for a complex management, in cooperation between the gynecologist and psychologist.

РЕЗЮМЕ

ОСОБЕННОСТИ ПСИХОСЕКСУАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ

Ключевые слова: подростковый возраст, психосексуального развития девочек-подростков, гинекологические заболевания.

Актуальность: Подростковый возраст является периодом перемен в жизни человека и процесс психосексуального развития девочек-подростков (ПСРД) имеет в этом периоде большое значение. Появление гинекологических заболеваний зависит от типа ПСРД и является следствием незрелости гипоталамо-гипофизарных структур на данном этапе развития. Психосексуальное созревание подростков условно зависит от активации их быстрого роста и физического, сексуального, психосексуального, психосоциального созревания. По внешнему виду, к 15-16 годам, тело подростков имеет характеристики взрослого человека. Одновременно проявляется и половое созревание, но психосоциальный уровень зрелости далёк от ожидаемого. Именно в этом возрасте важно оценить взаимозависимость биологических и психосоциальных процессов развития. Половое развитие предполагает формирование вторичных половых признаков, развитие половых органов, становится возможным выносить и родить ребёнка. Психосексуальное развитие предполагает: формирование гендерной идентичности и роли, адекватную сексуальную ориентацию, наличие стереотипного сексуального поведения. Психосексуальное созревание происходит по двум видам: эмоциональное и практическое. Известны 2 этапа в развитии сексуальности: сексуальная идентификация и осознание принадлежности к определенному полу с последующим формированием стереотипного полоролевого поведения, то есть, публичного проявления гендерной идентичности в соответствии с общепринятыми нормами. Формирование сексуальной ориентации подростков проходит последовательно через стадии платонического, эротического и сексуального либидо. Существует несколько типов ПСРД и сексуального поведения, которые влияют на развитие подростков: нормальное ПСРД, ускоренное, замедленное, подавленное с репрессией либидо и дисгармоничное.

Выводы: Из-за того, что поддерживается высокий уровень подростковой гинекологической патологии, необходимо учитывать тип ПСРД при ведении данного контингента пациентов, с тесным сотрудничеством между гинекологом и психологом.

Actualitate. Adolescența constituie una dintre cele mai importante perioade în viața unei persoane, dezvoltarea psihosexuală a adolescenților (DPSA) fiind un proces de importanță majoră în cadrul acesteia. DPSA patologică influențează manifestarea patologiilor ginecologice, veriga etiopatogenetică a căreia este explicată prin schimbări ale funcției menstruale și fertile, ceea ce determină calitatea vieții. Apariția bolilor ginecologice este explicată frecvent prin tipul DPSA și se manifestă ca o consecință a imaturității structurilor hipotalamo-hipofizare la această etapă [1,4,7]. Astfel, în managementul patologiilor ginecologice la adolescente este necesară stabilirea tipului de DPSA. În această ordine de idei, este important de a înțelege caracteristicile dezvoltării psihologice și sexuale a adolescenților.

Scopul studiului a constat în analiza și sinteza datelor literaturii de specialitate în domeniul DPSA la nivel național și internațional.

Materiale și metode. Au fost utilizate sursele bibliografice naționale și internaționale din literatura de specialitate în domeniul DPSA.

Rezultate și discuții. Maturizarea psihosexuală a adolescenților este condiționată de activizarea rapidă a creșterii și dezvoltării acestora sub aspect fizic, sexual, psihosexual și psihosocial. Toate aceste modificări conduc la apariția și dezvoltarea semnelor sexuale secundare, însoțite de modificări în structura corpului și organelor interne. În aspect fizic, către vârsta de 15-16 ani, corpul adolescenților prezintă caracteristicile unei persoane adulte. Concomitent, se atestă maturizarea sexuală, nivelul maturizării psihosociale fiind departe de cel așteptat. Metaforic vorbind, adolescența are gândirea și percepția unui copil „încadrat” într-un corp de adultă, particularitate de care este necesar a se ține cont pentru a înțelege specificul comportamentului său și tendința de a se implica în comportamente de risc pentru sănătate. Discordanța dintre vârsta biologică și cea cronologică este specifică pentru această perioadă, fapt condiționat de tempoul divers al dezvoltării la diferite adolescente [4,5,7]. Datorită unei activități sporite a hipotalamusului ce perturbă echilibrul interacțiunii scoarță-subscorț, capacitățile intelectuale ale adolescenților se pot reduce, în aspect de reușită școlară [1,3,7].

În perioada de adolescență, este important de apreciat **interdependența proceselor de dezvoltare biologică și psihosocială.** Dezvoltarea sexuală presupune apariția semnelor sexuale secundare, dezvoltarea organelor reproductive, dobândirea capacității de a naște un copil. Dezvoltarea psihosexuală constă în: formarea identității sexuale, rolului gender, orientarea adecvată a atracției sexuale și prezența unor stereotipuri comportamentale de sex. Între 10-13 ani, în perioada de adolescență timpurie, are loc o creștere vertiginosă a corpului fetelor (taliei și greutateii), concomitent apar semnele sexuale secundare. Tot în această perioadă se instalează libidoul platonice, iar gândirea adolescentei trece de la cea concretă la cea abstractă, manifestându-se prin egocentrism, labilitate emoțională, reducerea capacității de a învăța. În

perioada 13-16 ani (adolescența medie), continuă creșterea parametrilor antropometrici, se formează proporția corporală specifică sexului feminin, apare menarha. La adolescente se dezvoltă în continuare gândirea abstractă, acestea încep a prevedea anumite consecințe ale propriilor fapte. Este perioada în care adolescentele resimt acut toate modificările propriului corp, adesea fiind nemulțumite de aspectul lor fizic, apar conflicte cu părinții. Tipul de libidou este erotic. În adolescența târzie (între 17-19 ani) adolescentele se maturizează în aspectele fizic și sexual, dezvoltând libidoul sexual. Gândirea devine logică și se caracterizează prin autocontrol [2,3,7].

Maturizarea psihosexuală a adolescenților deurge sub 2 aspecte: emoțional și practic. Latura emoțională presupune antrenarea capacității adolescenților de a trăi starea de îndrăgostire romantică. Adolescencele își antrenează capacitatea de a avea sentimente pentru o altă persoană și de a se adapta la o altă persoană, dar nu implică capacitatea de a stabili și menține relații. Aspectul practic presupune experimentarea în raport cu persoanele de sex opus (flirtul și experiența sexuală propriu-zisă). Scopul flirtului constă în apropierea de obiectul simpatiei, prin intermediul căruia învață să exprime interesul și să cunoască reacțiile celorlalte persoane, deci să stabilească anumite contacte. Experiența sexuală este acumulată și integrată gradual (sărut, atingeri, petting, contact sexual vaginal etc.). La primele experiențe sexuale, adolescentele sunt preocupate preponderent de propria persoană, ulterior manifestă interes față de senzațiile partenerului. Este important de menționat că pentru maturizarea armonioasă sunt necesare ambele tipuri de trăiri, din care considerent este atât de important, în perioada de adolescență, de a găsi echilibrul dintre „prea devreme” (care contravine normelor morale și culturale) și „prea târziu” (care contravine necesității personalității) [3,5,7].

Sunt cunoscute 2 etape de dezvoltare a sexualității. Prima etapă este identificarea sexuală și conștientizarea apartenenței la un anumit gen. Identificarea este determinată de reprezentările copilului despre afinitățile cu anumite persoane și cu reprezentările acestuia despre persoanele cu care ar dori să se asemene. La început identificarea sexuală are loc în baza unor criterii externe, din care cauză copiii deseori cred că, schimbându-și hainele, își pot schimba și sexul. Copiii își descoperă genul datorită curiozității manifestate față de cei din jur, cercetării organelor genitale. Această etapă se consideră finalizată atunci când copilul a însușit definitiv că este băiat sau fată. Către 4-6 ani copilul înțelege că sexul nu poate fi schimbat și că este determinat de structura organelor genitale. A doua etapă, care durează întreaga perioadă pubertară, constă în formarea stereotipurilor comportamentale de sex-rol, adică manifestarea publică a identității sexuale în corespundere cu normele acceptate în societate. În acest aspect, părinții sunt percepuți ca modelul feminității și masculinității, iar relațiile dintre ei – ca model al relaționării sexelor. Din acest considerent este foarte importantă educația sexuală în familie, comportamentul adecvat al părinților, separarea clară a

rolurilor de mamă și tată [3,5,7].

Formarea orientării sexuale a adolescenților trece succesiv prin etapele de libidou platonice, erotic și sexual, fiecare dintre acestea având propriile faze de dezvoltare. În cadrul **libidoului platonice**, primordial apar visele și fanteziile platonice, admirația, îndrăgostirea infantilă, dorința de comunicare spirituală, „imaginea prințului”. Pentru adolescente devine important propriul exterior, apare dorința de a plăcea, de a-și alege vestimentație atrăgătoare, încercări de a utiliza cosmetica decorativă, oglinda devenind un atribut indispensabil. Adolescencele acordă o atenție deosebită obiectului îndrăgostirii (stau într-o bancă, fac unele lucruri împreună, face cadouri etc). Sarcinile de bază ale acestei etape este formarea abilității de a stabili contacte, de a atrage atenția, de a comunica cu obiectul dragostei. **Libidoul erotic** se manifestă prin interes față de relațiile dintre sexe, citirea romanelor, agenda personală etc. Apare necesitatea de mângâieri, atingeri, contact fizic etc. La fanteziile platonice se adaugă componentul erotic (îmbrățișări, săruturi etc.). La această etapă apare dorința plimbărilor împreună, tendința de a fi doar în compania obiectului dragostei, scrisorile de dragoste, întâlnirile, jocurile erotice, masturbarea, pettingul etc. Pregătirea pentru trecerea firească și armonioasă de la îmbrățișări la contact sexual este una dintre sarcinile primordiale ale acestei perioade. Astfel, toate aceste modificări menționate, precum și debutul propriu-zis al vieții sexuale caracterizează instalarea **libidoului sexual**. Acesta se caracterizează prin manifestări certe ale sexualității, trezirea instințelor parentale, dorința de a crea o familie [3,4,6,7].

Tipuri de DPSA și comportamentul sexual

DPSA normală corespunde normelor de vârstă, maturității somatice și psihosociale. Criteriile de bază sunt: încetarea creșterii (taliei și greutatei), apariția semnelor sexuale secundare și dezvoltarea organelor reproductive. Adolescencele au ciclul menstrual regulat instalat de cel puțin 2 ani. Formarea libidoului sexual se finalizează către vârsta de 17 ani. Tempoul dezvoltării fizice și sexuale este normal sau accelerat. Formele de comportament sexual sunt: sublimarea, masturbarea, pettingul, iar la atingerea maturității somatice (între 16-17 ani) au loc raporturile sexuale. Libidoul are o intensitate slabă sau moderată. În relațiile intime este mai important aspectul emoțional decât cel fizic. Activitatea sexuală frecvent nu este însoțită de orgasm, satisfacția în urma raporturilor sexuale este mică, din care considerent, la dorință, adolescentele pot refuza ușor întreținerea relațiilor intime. De obicei adolescentele sunt dezvoltate atât fizic, cât și psihologic, având un grad mediu sau înalt de inteligență, valori morale dezvoltate, ceea ce le permite să se abțină de la relațiile sexuale.

DPSA accelerată. Adolescencele au o dezvoltare fizică normală sau furtunoasă, un exterior tipic feminin. Libidoul platonice apare, în medie, la 7,5 ani, iar cel sexual – la 12-14 ani. Activitatea sexuală poate începe la 12 ani. Aceste persoane au periodic relații sexuale însoțite de orgasm și nivel înalt de satisfacție. De obicei sunt persoane liniștite, binevoitoare, pline de viață, foarte comunicative, preferă culoarea roșie, se vestimentează

în culori aprinse și se machiază strident. Adolescencele au o inteligență medie, majoritatea dintre ele ajung să absolvească o școală de meserii și să fie casnice. În situațiile date, se poate remarca o dependență vădită a dispoziției adolescenților de satisfacția libidoului în relațiile sexuale. Componenta fiziologică o domină pe cea emoțională, ceea ce poate conduce la decepții, fiind o sursă a stresului și neurasteniei. Situațiile stresante țin de relațiile tensionate cu părinții, inacceptarea de către aceștia a vieții sexuale timpurii a adolescentei, plecarea de acasă la partenerul sexual etc. Tot în aceste situații sunt frecvente conflictele cu partenerul sexual, gelozia acestuia. Această categorie de adolescente, prezintă cel mai înalt risc de contaminare cu infecțiile cu transmitere sexuală, frecvent pot deveni victime ale abuzului sexual.

DPSA încetenită. La aceste adolescente dezvoltarea sexuală este întârziată, menarha apare mai târziu, comportamentul sexual corespunde nivelului maturității fiziologice. Libidoul platonice se formează abia la 14-15 ani. Lipsa libidoului sexual este interpretată ca modestie, o bună educație, ceea ce coincide cu montajele /valorile morale și etice din societate. De obicei lipsesc conflictele cu părinții, climatul în familie fiind normal. Ele sunt ascultătoare, străduitoare, absența relațiilor sexuale fiind acceptată ușor. Aspectele pozitive ale acestei categorii constă în faptul că libidoul erotic se formează după 16 ani, iar cel sexual la 18-20 ani, atunci când persoana este considerată deja matură și aptă de a lua decizii corecte. Adolescencele în cauză, au un exterior fizic infantil, sunt timide, anxioase, psihastenice, puțin comunicative, preocupate de învățătură, preferând citirea poveștilor, și nu romanele. Îmbracă preponderent culori pastelate, iar când se maturizează încep a folosi cosmetica decorativă și preferă culorile aprinse. Apare dorința de a avea un prieten, pentru „a fi în rând” cu celelalte colege.

DPSA reprimată se caracterizează prin negarea oricărei activități sexuale și necesității de a avea relații sexuale. Frecvent se întâlnește la persoanele cu dezvoltare sexuală normală, rareori cu DPSA accelerată. DPSA începe la timp, ajunge la stadiul erotic și se reprimă. Aceste adolescente își neagă feminitatea, instinctul matern, manifestă lipsă de interes față de erotică, sex, masturbare etc. Se caracterizează prin ascetism, inteligență înaltă, activitate mintală intensă, interes față de alte domenii. Pot fi identificate 2 tipuri. Primul tip include adolescentele care au probleme în familie, hiperprotecție, respingere emoțională, abuz sexual din partea tatălui vitreg, lipsa tatălui, tată alcoolic, educație sexuală incorectă, soarta grea a mamei pe care tânăra nu dorește să o repete etc. Toate acestea conduc la formarea unei imagini negative a bărbatului și negarea rolului feminin. Aceste persoane se caracterizează prin abateri psihoemoționale, fiind: introvertite, egocentrice, isteroide, rigide (dragostea trebuie să fie unică), având sentimentul de inferioritate și dismorfofobie. Al doilea tip este caracterizat prin hipersocializare, interese legate doar de carieră și aspirații înalte. Aceste adolescente au

un grad înalt de inteligență, sunt pragmatice, se pregătesc pentru a-și continua studiile în universități prestigioase etc. Fiind creative, se justifică că nu le rămâne timp pentru sex. Preferă romanele de aventuri, detectivele, literatura fantastică și științifică, dar nu manifestă interes față de lirica amoroasă. Culorile preferate sunt negru sau verde; utilizează cosmetica de culori închise.

DPSA cu refularea libidoului. Adolescente neagă relațiile sexuale, aceasta fiind o reprimare falsă. Persoanele au o dezvoltare fizică normală sau accelerată, principii morale rigide, manifestă dismorfofobie, refulează libidoul și orice gând despre sex, totodată având o necesitate mare de relații sexuale. Trăirile sexuale nu sunt înlocuite cu nimic, ceea ce conduce la nevrotizare, dereglări psihosomatice, având ulterior nevoie de corecție psihoterapeutică și educație sexuală corectă. Anume în acest segment de adolescente se atestă variate patologii ginecologice (algodismenoree, hemoragii uterine, disfuncții vegetative etc.).

DPSA dizarmonioasă. Activitatea sexuală anticipază dezvoltarea psihosexuală. Adolescente încep viața sexuală deseori pe fundal de imaturitate fiziologică și psihologică, având devieri în dezvoltarea psihoemoțională (extravertire pronunțată, comportament demonstrativ, psihopatii, capricii, lipsa criticismului, minciună, aspirații ridicate, sugestibilitate înaltă etc.). Adolescente se caracterizează printr-o îmbinare stranie a infantilității și dorinței de a fi mature. Sunt cochete, nemulțumite de viață, având principii morale slabe, doresc să fie în centrul atenției, dar frecvent nu sunt înțelese. DPSA dizarmonioasă prezintă divergențe dintre fenotip, profil hormonal, componenta fiziologică și psihologică a vieții sexuale. Manifestarea libidoului este scăzută, dar tână vrea să pară matură și experimentată. Viața sexuală deseori începe înaintea îndrăgostirii. Libidoul sexual se poate manifesta ca rezultat al seducției chiar în lipsa fanteziilor romantice, erotice. Nu sunt capabile să-și aleagă partenerul, din care cauză riscă să aibă relații cu mulți parteneri. Își schimbă frecvent partenerii, care sunt, de obicei, bărbați în vârstă, asigurați material, care le tratează ca pe copile, ceea ce le irită foarte mult. Sunt nemulțumite de calitatea relațiilor sexuale, încetarea lor aducându-le ușurare. Frecvent ajung să fie victime ale violului. Pentru a căpăta satisfacție în timpul contactului, recurg la alcool. Pentru a atinge orgasmul, recurg la masturbare. Din punct de

vedere social, pot fi evidențiate 2 grupuri. Primul grup este format din adolescentele care nu sunt iubite în familie, sunt mereu în căutarea dragostei, debutul vieții sexuale fiind o formă de protest sau răzbunare pe părinți. Al doilea grup include adolescentele cochete, drăguțe, cu dezvoltare sexuală accelerată, fetele care pretind că sunt mature, doresc să fie admirate. În alegerea cosmeticii, bijuteriilor și lenjeriei de corp adoptă stilul femeilor mature. Culoarea preferată este cea neagră. Frecvent au probleme psihosociale, manifestă trăsături isteroide și psihopatologice de caracter [2,3,4,7].

Concluzii. Datorită complexității și multiplelor abordări contemporane, modificările din perioada de adolescență constituie o temă importantă în cadrul literaturii de specialitate și în activitatea practică cotidiană. Deoarece patologii ginecologice printre adolescente se mențin la un nivel înalt, se impune necesitatea unui management complex al cazului bazat pe identificarea tipului DPSA. Intervențiile, în acest caz, vor fi mai eficiente dacă va exista o colaborare dintre medicul ginecolog și psiholog.

Bibliografie

1. American College of Obstetricians and Gynecologists. Primary and preventive health care. In: Health Care for Adolescents. Washington, DC: American College of Obstetricians and Gynecologist, 2003, no.3, pp.3-23.
2. Gilliam M. Gynecologic Problems of Adolescence and Puberty, Glob. libr. women's med., (ISSN: 1756-2228), 2011, DOI 10.3843/GLOWM.10013.
3. Leșco G. ș.a. Promovarea sănătății și dezvoltării adolescenților. Ghid pentru persoane resursa din comunitate, Chișinău, 2012, 148p.
4. Leșco G. Asistența integrată a sănătății adolescenților (AISA). Ghid pentru prestatori de servicii de sănătate la nivel primar. Chișinău, 2012, 188p.
5. Sanfilippo J.S., Lara-Torre E. Adolescent gynecology. Obstet Gynecol., 2009, no.113(4), p.935-947.
6. Société canadienne de pédiatrie, Comité de la santé de l'adolescent. La limite d'âge entre l'adolescence et l'âge adulte. Paediatr Child Health 2003, no.8, p.578. <http://www.cps.ca/francais/enonces/AM/ah03-02.htm>
7. Симбирцева Л. Здоровая молодежь – здоровое общество. Санкт-Петербург, 2005, 368 стр. (стр. 172-244)

Ецко Константин, Чебан Оксана, Зарбаилова Наталья
**ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И ПРОСВЕЩЕНИЯ ПО ОХРАНЕ
РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ МОЛОДЕЖИ В ПРОЦЕССЕ ПОДГОТОВКИ СПЕЦИАЛИСТОВ**

*Кишиневский Государственный Университет Медицины и Фармации
имени «Николая Тестемицану», Кишинев, Республика Молдова
(Ректор – Академик Ион Абабий)*

SUMMARY

**INTERACTION OF HEALTHCARE AND EDUCATION FOR THE PROTECTION OF REPRODUCTIVE HEALTH OF YOUTH
WITHIN SPECIALISTS TRAINING**

Key words: interaction, healthcare, education, specialists' training, youth, reproductive health protection.

The present study is planned as part of youth reproductive health protection system, implemented jointly by health care and education systems in the Transdnestrian region in the framework of interagency cooperation. It is planned to study aspects of interagency cooperation within the secondary vocational specialists' training in the field of health and education to ensure a systematic approach to reproductive health for youth. We expect introduction of jointly developed training programs for medical students and teacher colleges.

REZUMAT

INTERACȚIUNEA SECTOARELOR DE SĂNĂTATE ȘI EDUCAȚIE

ÎN PROCESUL DE FORMARE A SPECIALIȘTILOR PRIVIND SĂNĂTATEA REPRODUCERII A TINERILOR

Cuvinte cheie: interacțiune, sănătate, educație, formare profesională, tineret, sănătatea reproducției.

Studiul de față este planificat ca parte a unui sistem de măsuri în domeniul sănătății reproducerii tinerilor, derulat în comun de către sistemele de sănătate și educație în regiunea Transnistreană în cadrul cooperării intersectoriale. În studiu se va cerceta implicarea cooperării intersectoriale în procesul de pregătire a cadrelor profesionale din domeniul de învățământ și de sănătate pentru a asigura o abordare sistematică a sănătății reproductive a tinerilor.

Ca rezultat se așteaptă introducerea programelor de formare dezvoltate în comun pentru studenții colegiilor de medicină și colegiilor pedagogice.

Введение. Здоровье подрастающего поколения выступает базовым фактором экономической стабильности и национальной безопасности государства. Детям и подросткам одинаково необходимы как безопасные и благоприятные условия окружающей среды: чистый воздух, безопасное жилище, так и полезное и сбалансированное питание, чистая вода и здоровый образ жизни. У молодежи есть право на получение как квалифицированной медицинской помощи так и право на информацию об охране и укреплении здоровья. Им также нужен доступ к услугам, специализированным (дружественным молодежи) оказываемым доброжелательно и сообразно с их возрастом. Изучение и охрана репродуктивного здоровья подрастающего поколения – это один из основных подходов для снижения заболеваемости в последующих возрастных группах, укрепления ресурсов экономики и развития государства в будущем. Подростковый возраст представляет собой период расцвета организма активного роста и развития и как правило хорошего состояния здоровья, как у девочек, так и у мальчиков. Тем не менее, он также может быть периодом риска, особенно в том, что касается рискованного поведения, сексуальной актив-

ности, насилия, токсикомании и несчастных случаев. В разных странах Европейского региона процент 15-летних, сообщивших о том, что они вступали в половую связь, колеблется от 12% до 38%. Вызывает беспокойство состояние репродуктивного здоровья молодежи Республики Молдова. Согласно данным бюро статистики около 1/3 подростков от 10 до 19 лет живут без хотя бы одного родителя и 10% подростков живут без обоих родителей. [1] Доля подростков 15-19 лет, которые имели опыт сексуальных отношений, увеличилась с 28,1% в 2003 году до 36% в 2012 году. Доля сексуально-активных подростков 15-19 лет, которые не используют методы контрацепции, в настоящее время увеличилась с 5,6% в 2003 году до 9% в 2012 году. В Приднестровье аборт заканчивается примерно 45% беременностей, и около 10% аборт проводится у девушек 15-19 лет. [2]

По данным литературы, первая беременность, наступившая в подростковом возрасте, заканчивается индуцированным абортом более чем в 80% случаев. [5,8] Наряду с этим на фоне ускорения полового созревания, роста сексуальной активности подростков, отсутствия государственной системы образования подрастающего поколения по вопросам профилак-

тики нежелательной беременности реальностью наших дней стало деторождение в ювенильном возрасте, получившее название феномена «подросткового материнства». [5,6,9] Среди изученных факторов влияющих на сексуальную активность подростков можно выделить несколько наиболее значимых. Так на первом месте стоит сексуальное поведение сверстников и именно это наиболее важно для подростков. [3] На втором месте следует низкий социально – экономический статус, являясь и наиболее важным фактором подростковой беременности и ее более высоким уровнем по мнению Fagrow J. A.(1985). [14] Заболеваемость ВИЧ - инфекцией на 100 тысяч населения в Приднестровье составляет 444,2. Количество ВИЧ - инфицированных за период 1989–2012 года составило 6,3 % среди 15-19 летних подростков, и 48,7 % среди молодых людей в возрасте 20-29 лет. [2]

В современных условиях приоритетной задачей, является сбережение и улучшение именно репродуктивного здоровья, поскольку именно с ними связана надежда на увеличение численности и качества здоровья будущих поколений. Просветительские программы, направленные на профилактику заболеваний, связанных с изменением поведения индивидуума, не только позволяют улучшить состояние здоровья населения, но и уменьшить их заболеваемость в дальнейшем. Поэтому требуется более широкая стратегия с участием многих учреждений и ведомств, которая включала бы мероприятия, как на уровне медицинских услуг, так и на уровне школ по укреплению и защите здоровья подростков и молодежи.

Создание такого механизма межведомственного взаимодействия по воспитанию ценностного отношения к репродуктивному здоровью у молодежи Приднестровья и профилактике социально опасных болезней является ответом на специфическую ситуацию, создавшуюся в Приднестровье. Требуется более широкая стратегия с участием многих учреждений и ведомств, которая включала бы мероприятия, как на уровне медицинских услуг, так и на уровне учебных заведений по укреплению и защите здоровья подростков и молодежи.

На сегодняшний день охраной репродуктивного здоровья молодежи в Приднестровье занимается служба Репродуктивного Здоровья, представленная двумя центрами (в Каменке и Тирасполе) и 8 кабинетами репродуктивного здоровья в городах и районах Приднестровья, созданными при поддержке Фонда в области народонаселения ООН (UNFPA). Услуги также оказывают Центр по профилактике и борьбе с ВИЧ/СПИД и инфекционными заболеваниями, кабинеты добровольного консультирования и тестирования на ВИЧ и инфекционные заболевания, Центры дружественные к молодежи в Тирасполе и Рыбнице. Данная система не покрывает все необходимые потребности молодежи в информации по охране ре-

продуктивного здоровья. В связи с чем, наиболее приемлемым и не требующих больших затрат методом охраны репродуктивного здоровья, мы считаем создание системной работы на межведомственном уровне по формированию комплексного подхода к охране репродуктивного здоровья молодежи.

Междисциплинарное взаимодействие сектора здравоохранения и сектора просвещения основано на различных подходах к вопросам санитарной грамотности. Создание механизма межведомственного взаимодействия по воспитанию ценностного отношения к репродуктивному здоровью у молодежи является конечной целью предлагаемых мероприятий. [15,16]. Обобщив подходы различных отечественных и зарубежных авторов к определению здорового образа жизни, санитарной грамотности, безопасного поведения, мы сформулировали следующее определение: формирование основ охраны репродуктивного здоровья – это привитие значимых для здоровья мировоззренческих установок, основных навыков сохранения и укрепления репродуктивного здоровья, учитывая благополучие физическое, психологическое, духовное и социальное. В силу этого формирование профилактического подхода к охране репродуктивного здоровья требует комплексного подхода, не ограничивающегося только физическим здоровьем, а включающие гармоничное личностное развитие. Учитывая необходимость межведомственной работы сектора здравоохранения, можно заметить, что официальная система образования – это разработка самого широкого и глубокого в мире канала для передачи информации в распоряжении молодежи, семей, персонала учебных заведений и членов сообществ. Программы по санитарному просвещению, представленные через учебные заведения и содействующие укреплению здоровья, могут являться одним из главных факторов в обращении к вопросам репродуктивного здоровья. Усовершенствование осведомленности и компетентности молодежи в вопросах охраны репродуктивного здоровья может быть достигнуто за счет междисциплинарного взаимодействия секторов просвещения и здравоохранения.

Цель предлагаемого исследования - определить, научно обосновать и провести программную апробацию модели межведомственного взаимодействия по охране репродуктивного здоровья молодежи при подготовке специалистов среднего профессионального образования в области здравоохранения и просвещения.

Предмет исследования - аспекты межведомственного взаимодействия, обеспечивающие системный подход к охране репродуктивного здоровья молодежи в процессе подготовки специалистов среднего профессионального образования в области здравоохранения и просвещения.

Гипотеза исследования состоит в том, что межведомственное взаимодействие при подготовке специ-

алистов среднего профессионального образования в области здравоохранения и просвещения будет способствовать охране репродуктивного здоровья молодежи, если:

- исходить из теоретических аспектов системного подхода к охране репродуктивного здоровья молодежи;
- организовать межведомственное взаимодействие, с целью создания модели интегрального подхода к вопросам охраны репродуктивного здоровья молодежи в учреждениях среднего профессионального образования в области здравоохранения и просвещения;
- в процессе обучения молодых специалистов среднего профессионального образования в области здравоохранения и просвещения по вопросам охраны репродуктивного здоровья молодежи использовать совместно разработанное специальное учебно-методическое сопровождение межведомственного характера.

Задачи исследования:

1. Провести научно-методологический анализ существующих подходов к охране репродуктивного здоровья молодежи в Приднестровье.
2. На основе изучения и обобщения научно-теоретических источников и результатов анализа обосновать модель межведомственного взаимодействия по охране репродуктивного здоровья молодежи в учреждениях среднего профессионального образования в области здравоохранения и просвещения.
3. В ходе апробации модели выявить и обосновать условия межведомственного взаимодействия для обучения молодых специалистов среднего профессионального образования в области здравоохранения и просвещения с целью дальнейшей охраны репродуктивного здоровья молодежи.
4. Совместно разработать программное и учебное сопровождение межведомственного взаимодействия по охране репродуктивного здоровья молодежи.

Материалы и методы: исследования составят общенаучные принципы всеобщей связи и развития, объективности, системности, научности, современные концепции медицины и педагогики; идеи педагогической интеграции, качества воспитания и управления процессом, а также совокупность ведущих методологических подходов исследования: системный подход, который утверждает представление о социальной, активной и творческой сущности человека как личности. Для решения поставленных задач исследования, проверки гипотезы будет использована следующая совокупность **методов:** исторический, сравнительный, описательный, математический.

Теоретические методы включают анализ философской, медицинской, психолого-педагогической, и научно-методической литературы и нормативно-правовых актов, обобщение научно-исследовательских работ и передового медицинского и педагогического опыта по исследуемой проблеме.

Для выполнения цели и задач исследования запланировано когортное описательное исследование. Целевой группой выбраны молодые люди, в возрасте 15-24 лет, учащиеся медицинского и педагогического училищ, которые будут ориентированы на профилактическую работу с молодежью по принципу «от равного к равному» как во время обучения, так и в будущем. Инструментом исследования будет опросник, который позволит сравнить начальный уровень знаний о репродуктивном здоровье и отношении респондентов к его сохранению, и изменения после курса обучения, совместно разработанного на этапе межведомственного взаимодействия. Исследование будет проводиться в течение 4 лет и включает в себя три этапа:

Первый этап связан с теоретическим обоснованием проблемы и включает в себя изучение и анализ философской, медицинской, педагогической, психологической литературы по вопросам охраны репродуктивного здоровья и проведение научно-методологического анализа существующих подходов к охране репродуктивного здоровья молодежи в Приднестровье. Полученный материал позволит определить проблему, цель, объект, предмет и задачи исследования, сформулировать рабочую гипотезу.

На втором этапе предстоит провести анализ, научное обоснование и определить условия для системного подхода по охране репродуктивного здоровья молодежи и разработать модель межведомственного взаимодействия в учреждениях среднего профессионального образования в области здравоохранения и просвещения.

На третьем этапе предстоит разработать, протестировать, адаптировать и предложить для внедрения программное и учебное сопровождение межведомственного взаимодействия по охране репродуктивного здоровья молодежи в учреждениях среднего профессионального образования в области здравоохранения и просвещения. Будет осуществлена систематизация и обобщение данных, полученных в ходе исследования, и оформлена диссертационная работа.

Научная новизна исследования состоит в том, что будут обоснованы предпосылки межведомственного взаимодействия для реализации системного подхода к охране репродуктивного здоровья молодежи в Приднестровье. Будет разработана модель межведомственного взаимодействия с целью охраны репродуктивного здоровья молодежи при подготовке специалистов среднего профессионального образования в области здравоохранения и просвещения.

Предусматривается разработать, апробировать и внедрить механизм межведомственного взаимодействия в процессе подготовки специалистов среднего профессионального образования в области здравоохранения и просвещения по охране репродуктивного здоровья. Предполагается совместная разработка межведомственной программы и пособия по охра-

не репродуктивного здоровья молодежи, книги для родителей «Подросток: 100 вопросов взрослому о здоровье». Будет внедрен совместно разработанный обучающий Модуль в учебную программу медицинского и педагогического училищ.

Литература

1. National Statistics Office in Republic of Moldova, National Centre of Preventive Medicine, www.moldstatistica.md
2. Статистический сборник «Здоровье населения Приднестровья и деятельность учреждений здравоохранения в 2012 году». – Тирасполь. – 2013. с.170.
3. Анчугин Б. Состояние здоровья детей – угроза национальной безопасности. www.newsland.ru/News/Detail/id/484792
4. Блауберг И.В., Юдин Э.Г. Бесконфликтные социальные взаимодействия // Социально-гуманитарные знания. - 2000. - № 6. - с. 267-274.
5. Брюхина Е.В. Особенности течения беременности, родов и послеродового периода в подростковом возрасте / Е.В. Брюхина, Е.Ю. Мазная, Л.Ф. Рыбалова // Мать и дитя: материалы II Рос. Форума.– М., 2000.– С.21–22.
6. Гуркин Ю.А. Основы ювенильного акушерства / Ю.А. Гуркин, Л.А. Суслопаров, Е.А. Островская.– СПб: Фолиант, 2001.– 352 с.
7. Данилюк А.Я., Макарова М.Я., Турчак С.К. «Концепция духовно-нравственного воспитания детей и молодежи Приднестровья». Тирасполь. – 2009. – с.47.
8. Кормакова В.Н., Куличенко Е.И. Педагогическая стратегия становлений валеологической культуры личности. Белгород, Россия // Сборник международной научно-практической конференции студентов, аспирантов и молодых ученых «Молодежь и научно-технический прогресс» под редакцией ООО «Айкью». ISBN 978-5-905405-02-0 ISBN 978-5-9902459-9-0 П.Н.
9. Кротин П.Н., Куликов А.М., Кожуховская Т.Ю. «Клиники, дружественные к молодежи». Руководство для врачей и организаторов здравоохранения ЮНИСЕФ, СПб МАПО Москва 2006 с 60.
10. Куриц С.Я., Воробьев В.П. в «Болезни государства» 2010г. М.: Изд-во «Национальное обозрение».-504 с.:ил. ISBN 9-785-9022-0719
11. Милушкина О.Ю. Динамика состояния здоровья детей и санитарно-эпидемиологическое благополучие детских учреждений Российской Федерации. - Москва. - Российский государственный медицинский университет. - УДК: 613,95(470+571) “2000-2009” <http://vestnik.mednet.ru/>
12. Примерная программа воспитания и социализации обучающихся. Начальное образование. Федеральный Государственный стандарт начального образования. http://fgos.isiorao.ru/fgos/conception_fgos/razdel1/razdel11.php
13. Patton D, Kolasa K, West S. Et al. Seksual abstinence counseling of adolescents by physicians// Adolenscence-1995.-Vol.30.-P. 963-969
14. Farrow J. A. An approach to the adolescent male// J/ Adolescent. Health Care.-1985.-vol.6.-p. 397.
15. Health 2020: a European policy framework supporting action across government and society for health and well-being. <http://www.euro.who.int/en/health-topics/health-policy/health-2020-the-european-policy-for-health-and-well-being/publications/2013/health-2020-a-european-policy-framework-supporting-action-across-government-and-society-for-health-and-well-being>
16. CAP, Studies 2003-2012, Health for Youth Association. http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0017/123128/E94322.pdf

M. Rotaru, Maria Manceva, Svelana. Jubîrcă

SARCINA LA ADOLESCENTE ASOCIATĂ CU RETARD DE DEZVOLTARE INTRAUTERINĂ AL FĂTULUI

IMSP Institutul Mamei și Copilului Laboratorul științific Obstetrică,

(Director general - dr. med. conf. univ. Ștefan Gațcan)

SUMMARY

THE ADOLESCENTS PREGNANCY ACCOMPANIED BY INTRAUTERINE GROWTH RETARDATION SYNDROME

Key words: syndrome intrauterine growth retardation, pregnancy in adolescents, maternal and fetal outcomes.

Objective: This was a comparative study of case of pregnancies associated with a syndrome of intrauterine growth retardation on pregnancy adolescents and older women (19-25 years).

Study design: The study included 449 cases of pregnancies women who gave birth in the Institute of Mather and Child Care, Chishinau, Republic of Moldova during 2013. All cases were divided by age into 2 groups: I-159 cases of pregnancies among adolescents (13-18 years), II-290 cases of pregnancies older women (19-25 years). From each group were selected to compare all cases of the syndrome intrauterine growth retardation (IUGRS), which accounted for 26 cases in group I and 21 cases in group II.

Results: The study found that pregnant adolescents with typical SIUGRS later take on the medical record ($RR = 1,8$ ($1,4 < RR < 2,4$), $OR = 3,0$ ($1,6 < OR < 5,4$), $t = 2,78$, $p < 0,01$). Pregnancy is often complicated by anemia ($RR = 4,1$ ($1,1 < RR < 14,8$), $p < 0,01$), more likely to develop early preeclampsia ($RR = 1,8$ ($1,2 < RR < 2,8$), $OR = 5,9$ ($1,1 < OR < 31,1$), $t = 2,5$, $p < 0,05$) and delivering preterm ($RR = 1,8$ ($1,1 < RR < 3,1$), $OR = 4,4$ ($1,2 < OR < 15,5$), $t = 2,6$, $p < 0,05$).

Conclusions: The risk of developing the syndrome intrauterine growth retardation in pregnant adolescents is higher than among pregnant women (19-25 years) ($RR = 1,8$ ($1,4 < RR < 2,4$), $OR = 3,0$ ($1,6 < OR < 5,4$), $t = 2,78$, $p < 0,01$). Anemia, infection of the urogenital tract are risk factors for the syndrome of intrauterine growth retardation of the fetus in pregnant adolescents and infectious complications in the newborn.

РЕЗЮМЕ

БЕРЕМЕННОСТЬ У ПОДРОСТКОВ СОПРОВОЖДАЮЩАЯСЯ СИНДРОМОМ ЗАДЕРЖКИ ВНУТРИУТРОБНОГО РАЗВИТИЯ ПЛОДА

Ключевые слова: синдром задержки внутриутробного развития плода, беременность у подростков, осложнения у матери и новорожденного.

Цель: Сравнительный анализ беременностей сопровождающихся синдромом задержки внутриутробного развития плода у подростков и беременных в возрасте 19-25 лет.

Дизайн исследования: В исследование вошли 449 случаев беременностей у женщин родивших в Центре Матери и ребенка в течении 2013 года. Все случаи по возрастному критерию были разделены на 2 группы: I-159 случаев беременностей у подростков 13-18 лет, II-290 случаев беременных в возрасте 19-25 лет. Из каждой группы для сравнения были выбраны все случаи синдрома задержки внутриутробного развития плода (СЗВУРП), что составило: 26 случаев в I группе и 21 случай во II группе.

Результаты: В ходе исследования было обнаружено что для беременных подростков с СЗВУРП характерно позднее взятие на медицинский учет ($RR=1,8$ ($1,4 < RR < 2,4$), $OR=3,0$ ($1,6 < OR < 5,4$), $t=2,78$, $p < 0,01$). Беременность чаще всего осложняется анемией ($RR=4,1$ ($1,1 < RR < 14,8$), $p < 0,01$), чаще развивается ранний гестоз ($RR=1,8$ ($1,2 < RR < 2,8$), $OR=5,9$ ($1,1 < OR < 31,1$), $t=2,5$, $p < 0,05$) и угроза преждевременных родов ($RR=1,8$ ($1,1 < RR < 3,1$), $OR=4,4$ ($1,2 < OR < 15,5$), $t=2,6$, $p < 0,05$).

Выводы: Риск развития синдрома задержки внутриутробного развития плода у беременных подростков выше чем у беременных в возрасте 19-25 лет ($RR=1,8$ ($1,4 < RR < 2,4$), $OR=3,0$ ($1,6 < OR < 5,4$), $t=2,78$, $p < 0,01$). Анемия, инфекции урогенитального тракта относятся к факторам риска развития синдрома задержки внутриутробного развития плода у беременных подростков и инфекционных осложнений у новорожденного.

Introducere. În pofida faptului că majoritatea femeilor nasc primul copil după 20 ani, în multe țări numărul nașterilor la adolescente rămâne la nivel înalt, 10% din copii se nasc la paciente cu vârsta sub 20 ani. Sarcina la adolescente are un risc crescut. Organismul tânăr nu este pregătit pentru naștere, din cauza detinitivării proceselor biologice de dezvoltare. În cazul adolescentelor prezintă un risc crescut faptul că îngrijirea medicală este insufici-

entă din cauza că ele mai târziu se iau în evidență, comunicarea cu ele este mai dificilă, de asemenea este dificilă recomandarea unui regim de viață adecvat. Adolescențele tot mai des pe parcursul sarcinii folosesc alcoolul, fumatul și drogurile. Sarcina la adolescente este asociată cu multiple complicații, printre care des se întâlnește RDIUF, care este asociată cu imaturitatea organismului tânăr a mamei. În perioada de maturizare nivelul pro-

gesteronului și al estrogenului sunt insuficiente, ceea ce poate crea probleme în formarea placentei și dezvoltarea ulterioară a fătului [1, 4].

„Retardul de dezvoltare intrauterină al fătului” (RDIUF) reprezintă totalitatea tulburărilor stării morfologice și funcționale a fatului în urma schimbării proceselor metabolice în sistemul ”mama-placentă-făt”, care duce la nașterea unui copil cu parametri de masă și talie mai mici decât 10 percentila după termenul dat al sarcinii și risc sporit de morbiditate și mortalitate perinatală. RDIUF se caracterizează prin frecvența sporită a cazurilor, reprezentând (conform datelor a mai mulți autori) de la 4% la 18% [5,11], în structura pierderilor perinatale. Frecvența retardului de dezvoltare intrauterină al fătului la copiii prematuri este, de regulă, mai înaltă și constituie de la 15, 7% pînă la 42% [12].

În Republica Moldova a fost raportată incidența de 5,5% în 2002 și de 6,3% în 2006 [7], ponderea copiilor cu RDIUF printre copiii cu afecțiuni în perioada perinatală este în creștere: 1701 (21%) în anul 2001 și 2142 (30%) în anul 2005 [9].

Mortalitatea perinatală în urma RDIUF constituie de la 19 până la 287% în funcție de termenele apariției patologiei, bolile de bază existente și complicațiile apărute în timpul sarcinii [3,10].

Majoritatea factorilor considerați ca fiind factori de risc, sunt studiați activ de către cercetătorii din toată lumea, însă, cu toate acestea, realizarea RDIU, deocamdată, nu poate fi evitată, frecvența acestei patologii rămânând stabilă pe parcursul a mai mulți ani. Totodată, la 8-10% din paciente, întârzierea creșterii intrauterine a fătului este diagnosticată în prezența unei sarcini care decurge normal și absența factorilor somatici și sociali [12]. Consecințele dezvoltării intrauterine insuficiente nu dispar odată cu nașterea copilului sau în perioada neonatală și, adesea, influențează dezvoltarea ulterioară a copilului și a persoanei mature. Barber și Osmond au constatat o corelație dintre greutatea la naștere mai mică de a 10-a percentilă și hipertensiune arterială, hipercolesterolemie, insuficiența cardiacă coronară, tulburări ale toleranței la glucoză și diabetul zaharat, care apar pe parcursul vieții. Ca rezultat, RDIUF dăunează enorm atât personalității în particular, cât și întregii societăți [2].

Pornind de la aceste constatări am formulat **scopul studiului** dat: de a efectua analiza comparativă a sarcinilor cu RDIUF la adolescente și la gravide cu vârsta mai înaintată.

Material și metode. În vederea realizării acestui scop a fost realizat un studiu prospectiv, descriptiv după volumul eșantionului, integral și selectiv. Grupul de cercetare - 449 de cazuri – l-au constituit femeile gravide care au născut în clinica Institutului Mamei și Copilului pe parcursul anului 2013. Criteriile de includere în studiu: vârsta, datele socio-economice, morbiditatea maternă, modalitatea nașterii, prezența RDIUF, complicațiile obstetricale și neonatale (greutatea mică la naștere, asfizia, prematuritatea).

Astfel cazurile (N=449) au fost eșalonate în 2 grupuri în funcție de vârstă . Grupul I a inclus 159 de paciente adolescente cu vârsta cuprinsă între 13-18 ani, grupul II, de comparație, a constat din 290 de paciente cu vârsta cuprinsă între 19-25 de ani.

Pentru a efectua analiza evoluției sarcinii, nașterii și perioadei neonatale la gravidele incluse în studiu au fost utilizate următoarele metode de cercetare: metoda interviului, metoda de anchetă, examenul clinic, examenul obstetrical, examenul instrumental.

Indicii statistici au fost calculați utilizând Baza de date Access 2013, SPSS computer software (SPSS Version 13 for Microsoft Windows, SPSS Inc.). Datele au fost analizate prin folosirea statisticii descriptive: exprimată în termeni medii, deviație standardă, Student Test, EpiInfo7 (Stat Calc) și analizați conform normelor statistice impuse de biostatistica medicală.

Rezultate. Din totalul nașterilor (N=449) care au fost incluse în studiu în 159 de cazuri au avut loc nașteri la adolescente și în 290 de cazuri au fost nașteri la femeile de 19-25 de ani. Repartizând cazurile după prezența RDIU al fătului, am obținut că în grupul adolescentelor în 26 (16,4 ± 2,9%) de cazuri s-au născut copii cu o greutate sub percentila a 10-lea, vs în 21 (7,24± 1,5 %) de cazuri paciente din lotul cu vârsta mai înaintată (RR=1,8 (1,4<RR<2,4), OR=3,0 (1,6<OR<5,4), t=2,78, p<0,01). Aceste date ne arată că adolescentele sunt mult mai predispuse de a naște copii cu RDIUF, având în vedere imaturitatea biologică a organismului tânăr ceea ce coraspunde cu datele din literatura mondială [4]. Datele frecvenței RDIUF sunt prezente în figura 1.

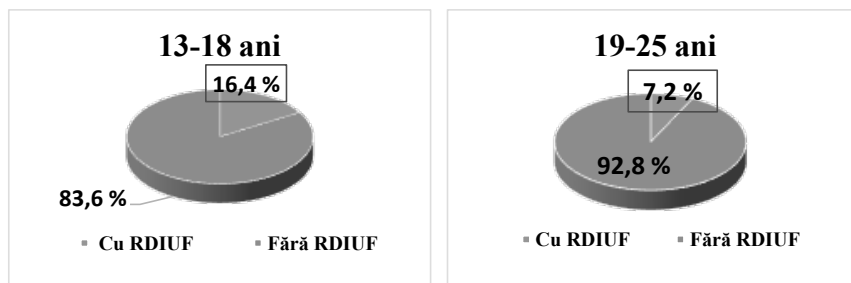


Figura 1. Datele privind frecvența RDIUF

Adolescentele mai des nu beneficiază de examene prenatale necesare, fapt constatat și în studiul efectuat de noi. Luarea în evidență prenatală după 12 s.a. a avut loc în 21 (81,8±7,7%) de cazuri în lotul I vs în 8 (38,1±10,8%) cazuri în lotul de comparație (RR=2,6 (2,0<RR<5,7), t=3,2, p<0,01), Analizând datele evidenței prenatale mai detaliat, am stabilit că în 6 (23±%) cazuri adolescentele s-au prezentat inițial la medic după 28 de s.a. vs 1(4,8±%) în lotul de comparație.

Patologia cea mai frecvent diagnosticată pe parcursul sarcinii a fost anemia în 24 (92,3±5,3%) cazuri în

lotul de bază, vs 11 (52,4±11,2%) cazuri în lotul de comparație (RR=4,1 (1,1<RR<14,8), p<0,01), date ce coincid cu cele din literatura de specialitate [3, 32]. În ambele loturi de studiu s-a depistat persistența unui substrat infecțios în timpul sarcinii. Se atestă o creștere semnificativă a frecvenței antecedentelor infecțioase ale căilor urogenitale, adică a pielonefritei (RR=1,7 (1,03<RR<2,8), p<0,05), a infecțiilor organelor genitale (RR=3,08 (1,6<RR<5,9), p<0,01), în lotul de bază. Mai detaliat datele sunt prezentate în figura 2.

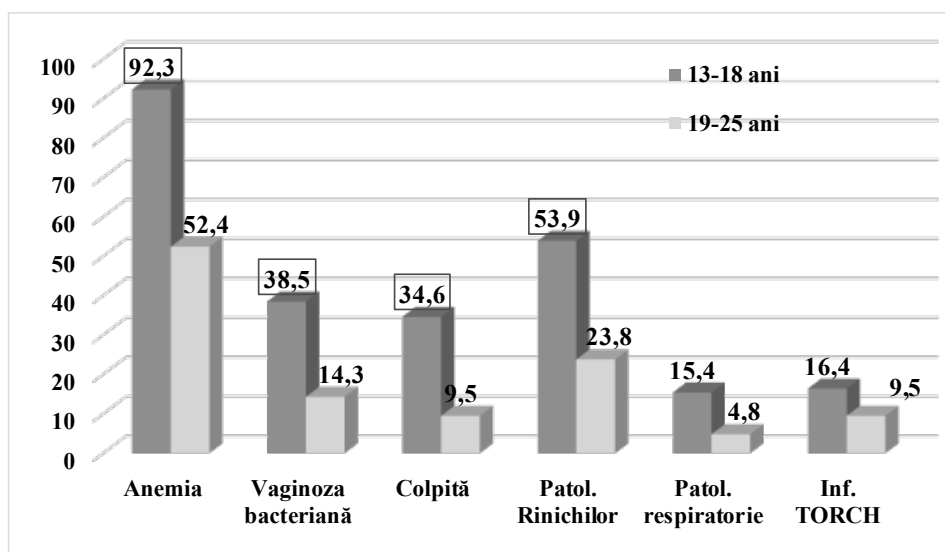


Figura 2. Maladiile depistate în timpul sarcinii

Conform datelor obținute la gravidele adolescente semnificativ mai des sarcina se complică cu disgravidie precoce - 10 (38,5±9,7%) cazuri vs 2 (9,5±6,6%) la gravidele cu vârsta mai înaintată (RR=1,8 (1,2<RR<2,8), OR=5,9 (1,1<OR<31,1), t=2,5, p<0,05). Mai des apare și iminența de întrerupere a sarcinii. La analiza mai detaliată am stabilit predominanța iminenței

de naștere prematură în trimestrul III de sarcină 15 (57,7±9%), vs 5 (23,8±9,5%) în lotul de control (RR=1,8 (1,1<RR<3,1), OR=4,4(1,2<OR<15,5), t=2, 6 p<0,05). Insuficiența fetoplacentară cronică a fost diagnosticată în 11 (42,3±9%) cazuri la gravidele adolescente vs 3 (14,3±7,8%) la gravidele cu vârsta mai înaintată (RR=1,7 (1,1<RR<2,7), t=2,3, p<0,05) (tab. 1).

Tabelul 1. Complicații ale sarcinii actuale

Criteriu	Lotul de bază (n ₁ =26)		Lotul de comparație (n ₂ =21)		Riscul relativ (RR)	Semnificația	
	abs.	%	abs.	%		t	p
Disgravidie precoce	10	38,5±9,7	2	9,5±6,6	RR=1,8 (1,2<RR<2,8)	2,5	<0,05
Iminența de întrerup. sarc.	17	65,3±8,7	10	47,6±11,2	RR=0,7(0,36<RR<1,3)	1,25	>0,05
Trim.I	1	3,8±3,5	4	19±8,8	RR=0,3(0,06<RR<2,0)	1,6	>0,05
Trim.II	1	3,8±3,5	1	4,8±4,8	RR=0,9 (0,2<RR<3,7)	0,17	>0,05
Trim.III	15	57,7±9	5	23,8±9,5	RR=1,8 (1,1<RR<3,1)	2,6	<0,05
HTAIS	2	7,7±4,9	0	-	-	1,6	>0,05
Preeclampsie	4	15,4±6,6	1	4,8±4,8	RR=1,5(0,9<RR<2,6)	1,3	>0,05
Hipoxie i/u a fătului	7	26,9±8	4	19±8,8	RR=1,2 (0,7<RR<2,1)	0,66	>0,05
IFPI cronică	11	42,3±9	3	14,3±7,8	RR=1,7 (1,1<RR<2,7)	2,3	<0,05
Infecție i/uterină	21	80,8±7,1	12	57,1±11,1	RR=1,8 (0,8<RR<3,8)	1,79	>0,05
Polihidramnios	0	-	3	14,3±7,8	-	1,8	>0,05
Oligoamnios	7	26,9±8	4	19±8,8	RR=1,2 (0,7<RR<2,1)		>0,05

Distribuirea cazurilor în funcție de complicațiile nașterii a evidențiat că la parturientele adolescente crește nesemnificativ frecvența insuficienței forțelor de contracție 5 (19,2±7,2%) cazuri vs 1 (4,8±4,8%) la parturientele din lotul II (RR=1,6 (1,0<RR<2,6), t=1,66, p>0,05).

Conduita nașterii pe cale vaginală la adolescente s-a

atestat în 18 (69,2±8,4%) cazuri vs 16 (76,2±9,5%) cazuri în lotul de comparație (RR=0,9 (0,5<RR<1,5), t=0,6, p>0,05). Nu sa observat creșterea semnificativă a ratei operațiilor cezariene la adolescente: 8 (30,8±8,4%) vs 5 (23,8±9,5%) la parturiente cu vârsta cuprinsă între 19-25 de ani (RR=1,2 (0,7<RR<2,0), t=0,55, p>0,05. (tab.2)

Tabelul 2. Evoluția și complicațiile nașterii în loturile de studiu

Criteriu	Lotul de bază		Lotul de comparație		Riscul relativ (RR)	Semnificația	
	(n ₁ =26)		(n ₂ =21)			RR	t
	abs.	%	abs.	%			
Insuf. contr. uterine	5	19,2±7,2	1	4,8±4,8	RR=1,6 (1,0<RR<2,6)	1,66	>0,05
Primară	2	7,7±4,9	0	-	-	1,58	>0,05
Secundară	3	11,5±5,8	1	4,8±4,8	RR=1,4 (0,7<RR<2,6)	0,89	>0,05
Insuf. scremetelor	4	15,4±6,6	1	4,8±4,8	RR=1,5 (0,9<RR<2,6)	1,3	>0,05
Activarea cu oxitocină	6	23,1±7,7	2	9,5±6,6	RR=1,5 (0,9<RR<2,4)	1,34	>0,05
Hipoxia acută a fătului	2	7,7±4,9	1	4,8±4,8	RR=1,2 (0,5<RR<2,8)	0,42	>0,05
Conduita PVN	18	69,2±8,4	16	76,2±9,5	RR=0,9 (0,5<RR<1,5)	0,55	>0,05
O/c urgentă	8	30,8±8,4	5	23,8±9,5	RR=1,2 (0,7<RR<2,0)	0,55	>0,05

Rata nașterilor premature a constituit 9 (34,6±9,5%) în lotul de bază vs 3 (14,3 ±7,8%) în lotul de comparație (RR = 1,5 (1,0<RR<2,5), p>0,05). Prin operație cezariană nașterea prematură s-a rezolvat în 3 (11,5±6,4%) cazuri în lotul de bază și 1 (4,8 ± 4,7%) în lotul de control (RR= 1,4 (0,7<RR<2,6), p>0,05).

Copiii s-au născut cu o greutate medie la naștere de 2130,3 ± 608,3 grame, talia 45 ±4,6 cm în lotul de bază și 2544,1 ± 259,2 grame, talia 48,1 ± 2,6 cm în lotul de comparație. Scorul Apgar mediu la primul minut a fost 6,7 ±0,3 în lotul de bază și 7,5±0,1 în lotul de comparație, și

la al 5-lea minut, corespunzător, de 7,4 ±0,3 vs 7,6 ±0,1.

Analizând rata complicațiilor la nou-născuți am observat frecvența înaltă a următoarelor stări patologice: asfixie ușoară și grav medie, hiperbilirubinemie, SDR, pneumonie, sepsis, infecție intrauterină, datele fiind prezentate în tabelul 3. Nou-născuții din mame adolescente semnificativ mai des sunt născuți în stare de asfixie: 7 (26,9±8,8%) cazuri vs 1 (4,8±4,8%) cazuri la mamele cu vârsta mai înaintată (RR=1,8(1,2<RR<2,7), t=2,2, p<0,05).

Starea copiilor din lotul de bază mai des se complică cu pneumonie - 11(42,3±9,8%), infecție intrauterină - 17 (65,4±9,5%) (RR=2,1(1,4<RR<3,3), t=3,4, p<0,01).

Tabelul 3. Complicațiile nou-născuților

Criteriu	Lotul de bază		Lotul de comparație		Riscul relativ (RR)	Semnificația	
	(n ₁ =26)		(n ₂ =21)			RR	T
	abs.	%	abs.	%			
Asfixie	7	26,9±8,8	1	4,8±4,8	RR=1,8(1,2<RR<2,7)	2,2	<0,05
Hiperbilirubinemie	11	42,3±9,8	4	19,1±8,7	RR=0,9(0,5<RR<1,5)	1,8	>0,05
SDR	8	30,8±9,2	2	9,5±6,5	RR=1,6(1,0<RR<2,5)	1,9	>0,05
Pneumonie	11	42,3±9,8	1	4,8±4,7	RR=2,1(1,4<RR<3,3)	3,4	<0,01
Sepsis	1	3,9±3,8	0	-	-	1,0	>0,05
Infecție intrauterină	17	65,4±9,5	7	33,3±10,5	RR=1,8(1,0<RR<3,2)	2,3	<0,05

Concluzii:

La gravide adolescente crește riscul de dezvoltare a RDIUF în timpul sarcinii (RR=1,8 (1,4<RR<2,4), OR=3,0 (1,6<OR<5,4), t=2,78, p<0,01)

Infecțiile urogenitale: pielonefrita (RR=1,7 (1,03<RR<2,8), p<0,05), infecțiile organelor genitale (RR=3,08 (1,6<RR<5,9), p<0,01) și anemia (RR=4,1

(1,1<RR<14,8), p<0,01) au un aport considerabil ca factori de risc pentru dezvoltarea RDIUF la adolescente.

Rata operațiilor cezariene la adolescente nu crește vădit în comparație cu pacientele cu vârsta cuprinsă între 19-25 de ani.

Rata înaltă a complicațiilor infecțioase ale nou-născuților de la mame adolescente este o consecință a infecțiilor urogenitale ale mamei.

Bibliografie

1. Beard J.L. Iron requirements in adolescent females. *J Nutr* 2000; 130 (Supl 2S):440S-2S
2. Giancarlo Mari, Farhan Hanif. Intrauterine Growth Restriction: How to Manage and When to Deliver. *Clinical obstetrics and gynecology* Volume 50, Number 2, 497–509
3. GRIT Study Group: A randomised trial of timed delivery for the compromised preterm fetus: short term outcomes and Bayesian interpretation. *BJOG* 2003, 110(1):27-32.
4. Jacqueline M. Wallace, Raymond P. Aitken, John S. Milne, William W. Hay, Jr. Nutritionally Mediated Placental Growth Restriction in the Growing Adolescent: Consequences for the Fetus. *Biology Of Reproduction*, 2004; 71: p.1052-1062
5. Manning FA. Intrauterine growth retardation. In: Manning FA, ed. *Fetal Medicine: Principles and Practice*. Norwalk, CT: Appleton and Lange; 1995.
6. Naseem Saba, M. Hamayun, M. Bilal. Out Come Of Teen Age Pregnancy *Biomedica* 2013; Vol. 29: p.27-31
7. Paladi Gh; Iliadi C.. Retardul de dezvoltare intrauterină al fătului și influența lui asupra indicilor perinatali. *Analele Universității* 2005.
8. Scanlon K.S., Yip R., Schieve L.A. et al. High end low hemoglobin levels during pregnancy: differential risks for preterm birth and small for gestational age. *Obstet Gynecol* 2000; 96:741-8
9. Stratulat P., Jitarciuc A., Cruteanu A., Carauș T., Incidența retardului de dezvoltare intrauterină în Centrul perinatologie de nivelul III - IMSP ICȘDOSMșiC. *Buletin de perinatologie* N 3 2006 p.128-131
10. Малахова М.Я., Материалы II научно-практической Конференции врачей по применению препаратов ENRICH INTERNATIONAL в клинической практике, Москва. 1998. с. 12-15
11. Медведев М.В., Юдина Е.В. Задержка внутриутробного развития плода. М. РАВУЗДПГ, 1998. - 208 с.
12. Чуб В.В., Чибисова И.В., Сергиенко С.Н. Синдром задержки внутриутробного развития плода: патогенез и диагностика, профилактика и лечение Луганск – 2003. 246.

Tatiana Baciu
STUDIUL ASUPRA VALORILOR ADOLESCENȚILOR
Universitatea Pedagogică de Stat "I. Creangă"
Catedra Psihologie

SUMMARY:

THE STUDY OF TEENAGERS VALUES.

In this article the results of the research of priority values of adolescents aged between 10 and 19 years are presented and the accessibility of those values is assessed. The author assumes that by analyzing the values the important issues of life, adolescent's behavior possible become transparent. The social adaptation of adolescents is directly determined by the ratio of the importance and accessibility of values. Research results contain adolescents presenting hierarchy of values, and the accessibility of values assessed by adolescents.

РЕЗЮМЕ:

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ ЦЕННОСТНОЙ СФЕРЫ ПОДРОСТКОВ

В этой статье описываются результаты исследования ценностная сфера подростков 10 – 15 лет и юношей 16 – 19 лет. Изучались привлекательность и доступность различных жизненных сфер для подростка. Выявлены высоко значимые и низкозначимые ценности подростков и юношей, а так же расхождения между привлекательностью и доступностью их ценностей. Исследуя данные параметры можно определить наличие или отсутствие внутренних конфликтов и внутренних вакуумов свидетельствующих об адаптивности подростков и юношей.

Valoarea este însușirea unor lucruri, fapte, idei, fenomene de a corespunde necesităților sociale și idealurilor generate de acestea; suma calităților care dau preț unui obiect, unei ființe, unui fenomen. Valorile personale sunt principii pe care omul își bazează deciziile și care îl ghidează în ceea ce el face. Valorile exprimă gradul de importanță pentru om al diferitor domenii ale vieții. Ele oferă direcția spre care se va îndrepta persoana.

Sunt câțiva factori importanți ce au determinat interesul nostru pentru studiul valorilor: Adolescenții sunt la etapa autodeterminării și formulării perspectivelor lor de viață. Latura de conținut al perspectivelor de viață o constituie sistemul de valori al persoanei. Prin analiza valorilor devin evidente aspectele importante ale vieții, gradul de satisfacere al necesităților lui, tendințele adolescentului. Analizând valorile, analizăm de fapt eventualul comportament al adolescentului. De asemenea, adaptarea socială a adolescenților este direct determinată de sistemul lor de valori, de raportul dintre aspectele de viață care sunt valoroase pentru ei și accesibilitatea acestora. Când există un dezechilibru dintre cele dorite și posibilitatea realizării dorințelor problemele vârstei, și cele personale devin vizibile.

Adolescentul își construiește perspectivele de viață anume prin reprezentările sale despre accesibilitatea și atractivitatea anumitor valori în viitorul său apropiat. Dacă între aceste două variabile există diferențe semnificative acest fapt poate fi indicele dezadaptării adolescenților sau indicele unei dizarmonii interioare. În acest articol valorile sunt analizate ca determinări ale adaptării sociale.

Obiectivele cercetării

Cercetarea dată a fost realizată în cadrul proiectului instituțional "Studiul KAP în sănătatea și dezvoltarea

tinierilor în Republica Moldova" orientat spre cercetarea și analiza comparativă a dinamicii factorilor de risc și protecție a sănătății și dezvoltării adolescenților. Studiul a fost desfășurat în primăvara 2012, în instituțiile de învățământ preuniversitar, profesional și mediu de specialitate. Selecția instituțiilor în colectarea datelor de către echipele de studiu a fost aleatorie, la cercetare au participat 2400 subiecți.

În cadrul studiului ne-am propus să cercetăm: 1) valorile prioritare ale adolescenților cu vârste cuprinse între 10 și 19 ani; 2) aprecierea accesibilității valorilor – raportul dintre "valori dorite" versus "valori accesibile"; raportul dat indică zonele de frustrare, de conflict pentru adolescenți. Pentru realizarea scopurilor propuse am folosit metoda lui E.B. Fantalova „Nivelul raportului dintre valori și accesibilitatea lor”.

Rezultatele cercetării. 1. Valorile prioritare apreciate de adolescenți.

În corespundere cu primul obiectiv al cercetării, adolescenții urmau să aprecieze importanța diferitor aspecte de viață, cum ar fi: viață activă, sănătate, activitate interesantă, frumusețea naturii și artei, dragostea, viața asigurată material, existența prietenilor buni și fideli, încrederea în sine, cunoașterea, libertatea, viața de familie fericită, creația. Consecutivitatea alegerilor făcute permite stabilirea ierarhiei valorilor, reflectând importanța domeniului respectiv de viață pentru adolescenți. În funcție de ordinea alegerii făcute, importanța valorii poate fi considerată a fi înaltă, medie, joasă.

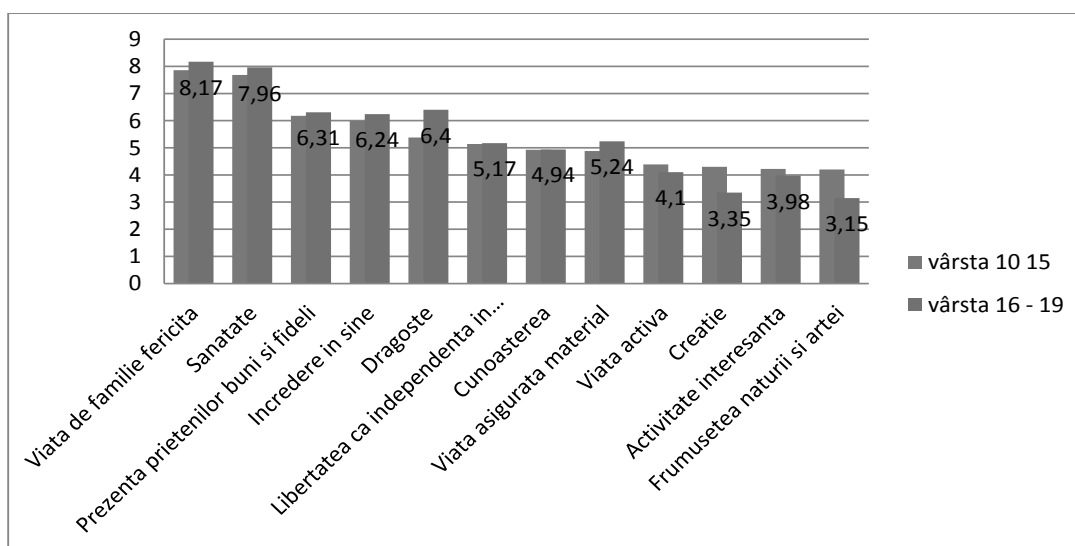


Fig. 1. Ierarhia valorilor pentru adolescenți.

Datele obținute ne arată că toți adolescenții aleg ca prioritară valoarea **viața de familie fericită, sănătatea, prezența prietenilor buni și fideli**, iar importanță joasă pentru adolescenți o au valorile **creația, activitatea interesantă, frumusețea naturii și arta**.

Valoarea înaltă a **familiei** este determinată de faptul că familia rămâne a fi singura instituție de sprijin pentru adolescenți. Familia este cadrul de referință pentru adolescenți, sursa lor de siguranță. Dar și sursa asigurării satisfacerii altor necesități de bază ale adolescenților.

Valoarea înaltă a **prietenilor buni și fideli** e în concordanță cu particularitățile vârstei. Adolescenții, în procesul lor de socializare, sunt preocupați de constituirea relațiilor apropiate cu semenii, relații care le asigură oportunitatea pentru dezvoltarea socială și personală, maturizarea și învățarea relațiilor interpersonale.

Prezintă interes faptul că valoarea **sănătății** de asemenea este prioritară pentru adolescenți și se situează pe locul trei. Conform cercetărilor psihologilor I.V. Dubrovina, L.S. Vâgotskii, U. Șchiopu, I. Con, E. Erikson, prioritară pentru adolescenți sunt valorile prietenilor, libertății, încrederii, activității interesante, valoarea sănătății fiind mai mică la această vârstă. Sănătatea este prețuită de persoanele care înțeleg ce înseamnă absența ei, de regulă de persoanele care au o anumită vârstă. Putem presupune că alegerea făcută de adolescenți se datorează faptului că importanță pentru adolescent devine sănătatea părintelui ca persoană ce este sursa de siguranță, de asigurare materială a adolescentului. Precum și de faptul că ei reproduc valorile adulților, fără raportare la propria existență.

Valorile spirituale sunt la periferia alegerilor, au cea mai mică importanță pentru adolescenți. Semnificația lor joasă este în concordanță cu societatea orientată spre supraviețuire; autorealizarea, creația devin necesități actuale când sunt satisfăcute necesitățile de bază ale omului.

Cercetările efectuate de I. Caunenco și N. Caunova (2008) asupra sistemului de valori al tinerilor și adulților din Moldova în perioada transformărilor sociale ne

permit să concluzionăm faptul concordanței rezultatelor obținute în cadrul cercetării realizate de ei cu a celei realizate de noi. Deși autorii au folosit pentru cercetare metoda lui Șvarț de studiere a valorilor, unele valori corespund după aspectul semantic cu cele evocate în metoda lui E. B. Fantalova. Deci observăm aceleași priorități valorice la adolescenții cuprinși între 16 – 19 ani și cei de 18 – 25 ani. Astfel, pentru tinerii de 18-25 de ani prioritară sunt valorile familiei și sănătății, iar valorile viața spirituală, frumusețea naturii sunt cele mai puțin atractive. Observăm că e vorba de un construct stabil, care nu se modifică odată cu vârsta.

Valorile prioritare ale adolescenților de 16 – 19 ani incluși în cercetarea noastră nu corespund și cu valorile prioritare ale tinerilor din țările Europei de Vest (vezi I. Caunenco, N. Caunova, 2010, p 137). Tinerii din Europa de Vest aleg egalitatea, autonomia intelectuală și armonia.

Rezultatele obținute ne indică faptul că sistemul de valori la adolescenții investigați de noi este în curs de formare și are un caracter difuz. Valorile adolescenților nu sunt actualizate, **ierarhia valorilor** creată de adolescenți nu este stratificată, **este omogenă** după nivelele de importanță a valorilor și anume: deși sunt ierarhizate, marea majoritate a valorilor au pentru adolescenți importanță medie.

2. Aprecierea accesibilității valorilor de către adolescenți.

Prin analiza diferențelor dintre prețul valorii și accesibilitatea ei putem trage unele concluzii despre **nivelul** de adaptare al adolescenților și de a face unele constatări referitor la manifestarea unor tendințe nefavorabile ale adaptării lor sociale.

Datele obținute ne arată că există în fond, cu unele excepții, o concordanță între prețul valorilor și accesibilitatea lor: adolescenții se caracterizează printr-un confort emoțional relativ, adaptare socială raportată la majoritatea domeniilor de viață.

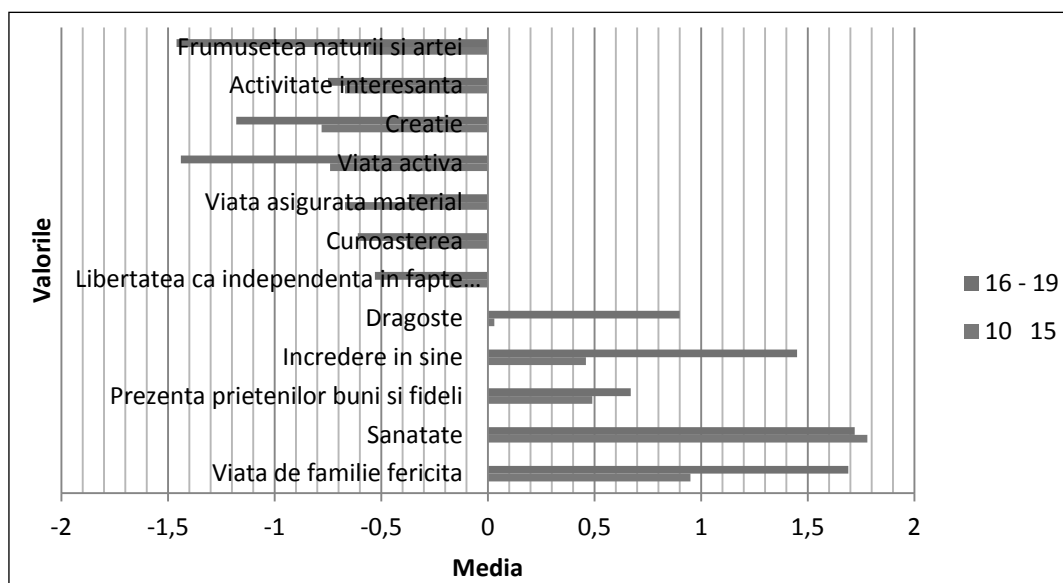


Fig. 2. Diferențele medii dintre aprecierea valorilor și accesibilității lor.

După cum se vede în figura 2, adolescenții consideră că un șir de valori, cum ar fi *încrederea în sine și activitatea interesantă, libertate ca independență în fapte și acțiuni, cunoaștere, viața activă, creația, frumusețea naturii și artei* sunt mai accesibile, decât importanța lor – ele prezintă un interes redus pentru adolescenți. Adolescenții nu se vor orienta spre aceste aspecte ale vieții pentru autorealizarea lor, pentru trasarea sarcinilor legate de viitorul lor. Aceste valori vor avea un rol minim în planificarea viitorului adolescenților.

De asemenea, adolescenții consideră că un șir de valori, cum ar fi *viața asigurată material, viața de familie fericită, sănătatea, prezența prietenilor buni și fideli*, sunt importante, iar accesul la ele le este limitat. Există riscul pentru dezvoltarea conflictelor interne în aceste aspecte ale vieții. Acestea sunt domenii încărcate de insatisfacții. Realizarea necesităților principale – sănătate, viața de familie, viața asigurată material – este dificilă.

Pe baza dezvoltării capacităților cognitive la nivel ridicat, a unui mare volum de cunoștințe din diverse domenii, a unei oarecare experiențe proprii de viață sau a observării evenimentelor din jurul său, adolescentul își formează un mod propriu de a înțelege viața, își cristalizează o concepție care începe să-l călăuzească în alegerile pe care le face și în care își investește forțele. Sursele valorilor sunt influențele socio-culturale. Dar la nivelul individului sunt selectate, ierarhizate într-un mod personal și au semnificații, intensitate și funcții orientative diferite. O anumită răsturnare de valori în societățile de tranziție perturbă procesul formării sistemului personal de valori cu toate consecințele acestui fapt pentru alegerea căilor de auto-realizare. În societatea orientată spre supraviețuire prioritară devin valorile legate de siguranță, familie, sănătate, asigurare materială. Adolescenții întâmpină dificultăți în procesul de căutare a locului lor în viață, au posibilități reduse de autoafirmare și autorealizare.

Bibliografia:

1. Arts, Will, Loek Halman, eds. 2004. European Values at the turn of the Millenium, Leiden: Brill.
2. Ester Peter, Michael Braun, Peter Mohler, eds. 2006. Globalization, Value Change, and Generations. A Cross-National and Intergenerational Perspective, Leiden, Boston: Brill.
3. Kurtines, W., Gewitz, J.I. The role of values in psychology and human development, New York, John Wiley and Sons Inc., 1992.
4. Roco, M. Cercetări privind gândirea morală și ierarhia valorilor, II, Revista de psihologie, 2001, 3-4.
5. Sandu, Dumitru. 1996. Sociologia tranziției. Valori și tipuri sociale în România, București: Editura Staff.
6. Voicu Bogdan, Mălina Voicu, ed., 2007. Valori ale românilor: 1993-2006. O perspectivă sociologică, Iași: Institutul European.
7. Кауненко И, Каунова Н. Социально психологические особенности ценностной сферы молодежи и взрослых Молдовы. // Этносоциологические и этнопсихологические практики: методологические подходы и комментарии: учеб.-метод. пособие для высш."Primex-Com" SRL; 2010.
8. Мамедова Ж.С. Ценностные ориентации личности в контексте временной перспективы // Гуманитарные и социально-экономические науки. Спецвыпуск «Педагогика». — 2006. — № 6.
9. Собкин В. С., Буреломова А. С. Ценностные ориентации современного подростка. // Образовательная политика. — 2010.
10. Фанталова Е.Б. Об одном методическом подходе к исследованию мотивации и внутренних конфликтов // Психологический журнал №1 1992, с.107-117.

Ina Mazur

CARACTERISTICA MANIFESTĂRILOR DOLORE ÎN SINDROMUL PREMENSTRUAL

Catedra de obstetrică și ginecologie, USMF "N. Testemițanu"

(Șef catedră - prof. univ. V. Friptu)

SUMMARY

CHARACTERISTICS OF PAIN SIMPTOMS IN PMS

Key terms: premenstrual symptom, menstrually-related migraine, pelvic pain, breast tenderness.

Topicality. Premenstrual syndrome (PMS) is a condition which manifests with distressing physical, behavioral and psychological symptoms, which regularly recurs during the luteal phase of each menstrual cycle. Pain (dolor) symptoms are necessarily present in various forms of PMS, pain has clinical and social key role. Objective of our study was to identify the prevalence of premenstrual pain symptoms, the duration of expression of symptoms and pain intensity and its impact on quality of life.

Materials and methods. This study included 272 females (136 with PMS and 136 controls), aged 15-45 years with normal menstrual cycle, no oral contraceptives users. The subjects were interviewed about demographic and social-economic status, life style, general health, medical and reproductive history, premenstrual symptoms using structured and validated questionnaires.

Results. Among the painful premenstrual symptoms in the study group were estimated headaches - 66.17%, breast tenderness - $83.08 \pm 3.21\%$, pelvic pain - $70.58 \pm 3.9\%$, bloating and abdominal pain - $64.7 \pm 4.09\%$, muscle and joint pain - $51.47 \pm 4.28\%$. It is important to note that premenstrual symptoms are found associated emotional and physical (pain), weak single symptoms were mentioned only by women in the control group. In the study group it was 5.62 ± 0.92 cyclical premenstrual symptoms including 2.47 ± 0.68 painful symptoms. Patients in study group mentioned the negative impact of pain symptoms on emotional and general state.

Conclusion. Painful symptoms are dominant symptoms in the premenstrual syndrome, they determine its severity and have negative impact on the general condition of the woman. Most often painful premenstrual symptoms are headaches, breast tenderness, pelvic pain and muscle and joint pain, these are of moderate intensity.

РЕЗЮМЕ

ХАРАКТЕРИСТИКА ПРЕДМЕНСТРУАЛЬНЫХ БОЛЕВЫХ СИМПТОМОВ

Ключевые слова: предменструальный симптом, мигрень связанная с менструацией, масталгия, боль в области таза

Актуальность. Предменструальный синдром (ПМС) представляет собой состояние, проявляющееся соматическими и психоэмоциональными симптомами, которые циклически повторяются в течение лютеиновой фазы менструального цикла. Болевые симптомы характерны для различных форм ПМС, боль при этом имеет клиническую и социальную роль. Целью нашего исследования было определить частоту и распространенность предменструальных болевых симптомов, их продолжительность и интенсивности и влияние, оказываемое на качество жизни.

Материалы и методы. В исследование участвовали 272 женщины (136 с ПМС и 136 контрольная группа) в возрасте 15-45 лет с нормальным менструальным циклом, не использующих оральных контрацептивов. Пациенты были опрошены по структурированной анкете, которая включала демографический и социально-экономический статуса, образ жизни, общее состояние здоровья, анамнез и предменструальные симптомы.

Результаты. Среди болевых предменструальных симптомов в основной группе были выявлены головные боли - 66,17%, болезненность молочных желез - $83.08 \pm 3.21\%$, боли в области таза - $70.58 \pm 3.9\%$, вздутие и боли в животе - $64.7 \pm 4.09\%$, мышечные и суставные боли - $51.47 \pm 4.28\%$. Важно отметить, что предменструальные симптомы встречаются сочетанно эмоциональные и соматические (болевые), слабые единичные симптомы упоминались только женщинами в контрольной группе. В основной группе встречались 5.62 ± 0.92 предменструальных симптомов включая 2.47 ± 0.68 болевых симптомов. Пациентки в исследуемой группе отмечали негативное влияние болевых симптомов на эмоциональное и общее состояние.

Заключение. Болевые симптомы доминируют среди клинических проявлений предменструального синдрома, они определяют его тяжесть и оказывают отрицательное влияние на общее состояние женщины. Часто встречающиеся болевые предменструальные симптомы включают головные боли, тяжесть и боль молочных желез, боль в области таза, мышечные и суставные боли, умеренной интенсивности.

Introducere. Sindromul premenstrual (SPM) – patologie asociată cu ciclul menstrual, care manifestă influență negativă asupra stării fizice și emoționale a femeilor de vârstă reproductivă. Cu toate că SPM este caracterizat printr-o diversitate și multitudinea de simptome, cel mai frecvent pacientele se adresează cu acuze de manifestări de durere cu localizare diferită. Frecvența înaltă a manifestărilor de durere impune cercetarea particularităților simptomelor algice în SPM.

Un număr mare de autori consideră că sindromul de durere este prezent în mod obligatoriu în diferite forme ale SPM, durerea având un rol esențial, atât clinic cât și social. Simptomele algice determină gradul de severitate al SPM; senzația de durere influențează sfera emoțională, starea psihică și starea generală a femeii, afectând astfel, relațiile în familie, între colegi și alte aspecte sociale [10].

În concepția contemporană a durerii tot mai multă atenție se acordă factorului emoțional. Sindromul de durere este unul din factorii principali care induc și mențin dereglările depresive [8]. În marea lor majoritate pacienții cu durere cronică manifestă tulburări vegetative și afective (anxietate, depresie, tristețe). Durerea cronică produce dezechilibru în funcționarea multor sisteme din organism și dereglează capacitatea de adaptare [11].

Literatura de specialitate evidențiază câteva simptome algice premenstruale, cel mai des întâlnite fiind: cefaleea (migrena) – 50-86%, mastalgia – 85-96%, durerea pelviană și abdominală – 63-80%, durerea articulară și precordială – 15-17%; în forma ușoară predomină 1-2 simptome de o intensitate neînsemnată, pentru formele moderate și severe simptomele algice sunt multiple și sunt asociate cu simptome neurovegetative și afective [7].

Scopul studiului evaluarea particularităților manifestărilor algice în SPM.

Material și metode. Studiul prezent s-a desfășurat în perioada anilor 2010-2012 în serviciul ginecologic de ambulatoriu. La el au participat 272 femei: 136 femei cu SPM moderat/sever, ce corespunde criteriilor de dia-

gnostic, ce au constituit lotul de cercetare și 136 femei cu simptome unice premenstruale, care nu corespund criteriilor de diagnostic de SPM – lotul de control. În studiu au fost incluse femei cu vârsta cuprinsă între 18-43 ani, cu ciclul menstrual regulat (23-35 zile), fără leziuni organice genitale sau cerebrale, care nu folosesc COC, nu sunt gravide sau după naștere (<6 luni). Diagnosticul SPM a fost stabilit în baza criteriilor de diagnostic (American College of Obstetricians & Gynaecologists, USA, 2000; Royal College of Obstet & Gynec, The National Association for Premenstrual Syndrome, UK, 2007)[1,2]. Pentru determinarea profilului manifestărilor clinice și caracteristicilor medico-sociale ale participanților au fost folosite fișele medicale de ambulatoriu și un chestionar individual complex și multidirecțional care a inclus: vârsta, statutul social, date anamnestice (patologii suportate genitale și extragenitale), funcția menstruală (menarha, ritmul și durata ciclului menstrual) și reproductivă; Agenda Menstruală completată timp de 3 cicluri consecutive a evidențiat manifestările clinice, timpul apariției simptomelor și durata lor; intensitatea simptomelor algice a fost estimată în baza Scalei Vizuale Analogice (SVA) [3] – 0 puncte – lipsa de durere, 1-3 puncte indică durerea de intensitate ușoară, 4-6 puncte – moderată, 7-9 puncte – durere de intensitate severă, 10 – durere foarte pronunțată; examenul clinic a inclus examenul general și ginecologic și USG organelor genitale.

Prelucrarea statistică a rezultatelor studiului a fost efectuată prin utilizarea programului Statistica 7.0 (Statsoft Inc). Prelucrarea statistică ne-a permis calcularea ratelor, valorilor medii, indicatorilor de proporție. În scopul determinării diferenței dintre valorile medii s-a utilizat testul t și testele neparametrice. Statistic semnificative erau considerate diferențele când $p < 0,05$.

Rezultatele obținute. Pacientele din ambele loturi au fost comparabile după vârstă, statutul fizic, caracteristica funcției menstruale, funcția reproductivă (Tabelul 1).

Tabelul 1.

Caracteristicile generale ale participantelor în studiu

	Lotul de cercetare (n = 136)	Lotul de control (n = 136)
Vârsta medie, ani	30,33 ± 5,68	28,98 ± 5,75
Masa, kg	60,2 ± 4,0	61,24 ± 5,63
Talia, cm	165 ± 2,33	162 ± 2,33
Indicele masei corpului, kg/m ²	22,31 ± 2,87	22,79 ± 3,11
Caracteristica ciclului menstrual		
menarha, ani	12,62 ± 1,04	13,11 ± 1,2
durata ciclului menstrual, zile	28,66 ± 1,32 (26-35)	28,79 ± 1,44 (25-34)
durata menstruației, zile	4,12 ± 0,92	4,06 ± 0,95
Funcția reproductivă		
1-2 nașteri	59,56 ± 4,2%	63,97 ± 4,11%
≥3 nașteri	7,35 ± 2,23%	5,88 ± 2,01%
Naștere fiziologică	84,61 ± 3,78%	93,68 ± 2,49%
Operație cezariană	15,38 ± 3,78%	6,31 ± 2,49%*
Înteruperi de sarcină (av spont/med)	28,67 ± 3,87%	17,64 ± 3,26%*
Complicații după naștere/înterupere de sarcină	26,92 ± 3,89%	9,24 ± 2,65%***

* $p < 0,05$, ** $p < 0,01$, *** $p < 0,001$

Analizând rezultatele obținute prin completarea Agendei Menstruale, am stabilit că indicatorii la pacientele din lotul de cercetare au fost semnificativ mai mari comparativ cu indicatorii la pacientele din lotul de control.

Dintre simptomele algice întâlnite în perioada pemeustrală s-au estimat: dureri de cap – 66,17% (90 cazuri) în lotul de cercetare vs 22,79% (31 cazuri) în lotul de control, tensiune/dureri în glandele mamare – 83,08±3,21% (113 cazuri) în lotul de cercetare vs.

49,26±4,28% (67 cazuri) în lotul de control ($p<0,001$), dureri pelvine – 70,58±3,9% (96 cazuri) în lotul de cercetare vs. 35,29±4,09% (48 cazuri) în lotul de control ($p<0,001$), balonare și dureri abdominale – 64,7±4,09% (88 cazuri) în lotul de cercetare, comparativ cu 25,73±3,74% (35cazuri) în lotul de control ($p<0,001$), dureri musculare și articulare – 51,47±4,28% (70 cazuri) în lotul de cercetare vs. 21,32±3,51% (29 cazuri) în lotul de control ($p<0,001$) Figura1.

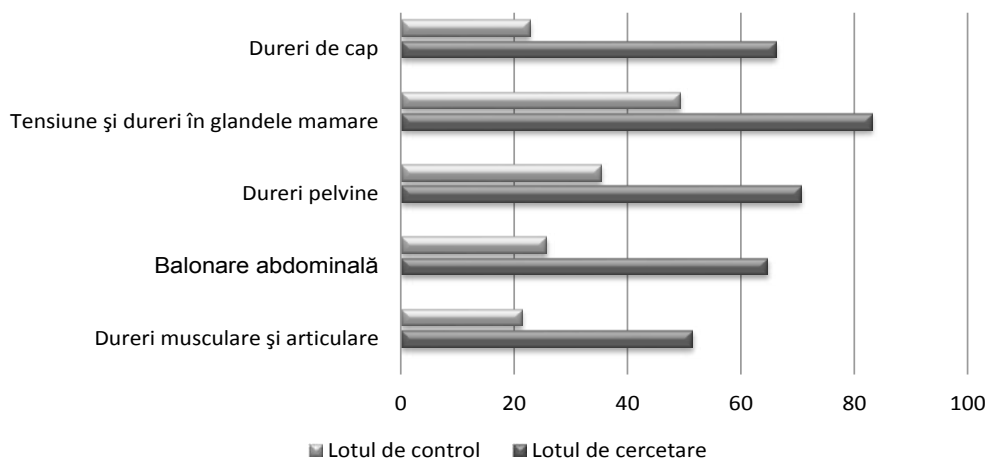


Fig.1. Frecvența simptomelor algice la pacientele incluse în studiu (%).

Este important de menționat că simptomele premenstruale sus-numite se întâlnesc asociate, emoționale și algice, simptome unice slabe au fost menționate doar de către femeile din lotul de control. În lotul de cercetare au fost indicate în ansamblu 5,62 ± 0,92 simptome ciclice premenstruale de intensitate diversă, dintre care 2,47 ± 0,68 simptome algice (Tab.2).

Tabelul 2. Numărul simptomelor premenstruale

Indicator	Lotul de cercetare n – 136	Lotul de control n – 136	p
Numărul de simptome ciclice	5,62 ± 0,92	2,43 ± 1,15	<0,05
Numărul de simptome algice ciclice	2,55 ± 0,67	0,9 ± 0,49	<0,05

Pe lângă numărul mai mare de simptome premenstruale asociate, pacientele din lotul de cercetare au menționat că acestea sunt destul de pronunțate încât le influențează negativ starea generală și comportamentul (relațiile interpersonale și de familie).

Durata de exprimare a simptomelor a fost de 7,14±1,0 zile/ciclu la paciente din lotul de cercetare, în lotul de control – 2,3±1,28 zile/ciclu ($p<0,01$). La pacientele cu SPM durata de exprimare a simptomelor premenstruale este mai mare de 5 zile: 5-7 zile – 61,03±4,18% și >7 zile – 38,97±4,18%, iar în lotul de control durata perioadei simptomatice nu depășește 5 zile. În lotul de control

113 femei (88,24%) au indicat durata simptomatice de 1-4 zile/ciclu și 14 femei (10,29%) au indicat lipsa simptomelor premenstruale (Figura 2).

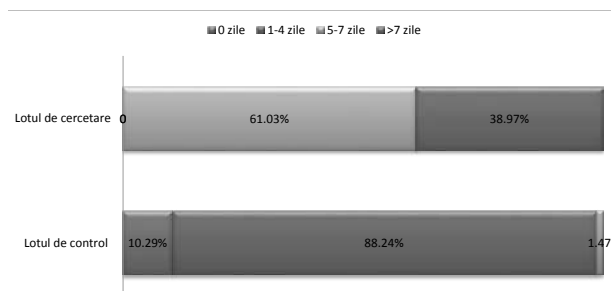


Fig.2. Perioada de exprimare a simptomelor premenstruale, zile/ciclu.

Dintre simptomele algice cel mai des întâlnite în lotul de cercetare au fost: migrenă (dureri de cap), tensiune/dureri în glandele mamare, dureri pelvine, balonare/dureri abdominale, dureri musculare și articulare.

Fiind un element subiectiv, este destul de greu de efectuat o evaluare corectă a intensității senzațiilor durere, astfel, aprecierea senzațiilor durere este destul de relativă. Intensitatea durerii a fost estimată în baza SVA [3].

Simptomele durere au fost evaluate în complex, inclusiv: frecvența simptomelor în cadrul SPM, durata de manifestare clinică, intensitatea senzației durere. În continuare sunt prezentate particularitățile clinice și caracteristicile simptomelor algice premenstruale la pacientele incluse în studiu (Tabelul 3).

Tabelul 3 Caracteristica simptomelor algice

Indicatorul	Lotul de cercetare	Lotul de control
Durere de cap (migrenă) durata, zile/lună intensitatea, SVA	5,95 ± 1,36 6,0 ± 1,2	2,05 ± 0,36** 2,1 ± 0,31**
Durere și tensiune în glandele mamare durata, zile/lună intensitatea, SVA	7,77 ± 1,22 5,03 ± 1,03	3,25±0,97** 1,96±0,48**
Durere pelvină durata, zile/lună intensitatea, SVA	4,67±0,94 4,87±0,65	1,98±0,56* 1,86±0,67***
Durere abdominală durata, zile/lună intensitatea, SVA	3,91±0,98 3,19±0,58	1,17±0,17** 1,28±0,21**
Dureri musculare și articulare durata, zile/lună intensitatea, SVA	4,38±0,93 3,73±0,65	1,34±0,37** 1,48±0,45**

* <0,05, ** <0,01, *** <0,001

Durerea de cap face parte dintre simptomele premenstruale care determină severitatea SPM, incapacitatea de muncă și reduce calitatea vieții. Frecvența durerilor de cap în perioada premenstruală a constituit $66,18 \pm 4,05\%$ (90 paciente) în lotul de cercetare, comparativ cu $22,79 \pm 3,59\%$ (31 femei) în lotul de control ($p < 0,001$). Pacientele din lotul de cercetare au menționat o durată de manifestare a durerii de cap de 2 – 8 zile/ciclu cu media de $5,95 \pm 1,36$ zile/ciclu, pe când în lotul de control durerile de cap aveau o durată de 1 -3 zile/ciclu, media fiind de $2,05 \pm 0,36$ zile/ciclu, $p < 0,01$ (Tabelul 3). Grupurile de paciente s-au distins statistic relevant la indicatorul de intensitate a durerii de cap, determinat în baza SVA: la pacientele din lotul de cercetare indicatorul este de $6,0 \pm 1,2$ puncte SVA vs. de lotul de control – $2,1 \pm 0,31$ puncte SVA ($p < 0,001$).

Accesul migrenos la pacientele din lotul de cercetare este caracterizat prin localizare unilaterală la 49 paciente (54,44%), caracter pulsatil – la 57 paciente (63,33%), agravare la efort fizic – 43 paciente (47,77%), afectează activitățile zilnice – la 71 paciente (78,88%), este asociat cu greață/vomă la 43 paciente (47,77%), cu fonofobie și fotofobie la 73 paciente (81,11%), lacrimație la 19 paciente (21,11%), neliniște – 42 paciente (46,66%), somnolență – 51 paciente (56,66%), dificultăți de concentrare la 53 paciente (58,88%), diminuarea capacității de muncă – la 59 paciente (65,55%).

Durerea/tensiunea în glandele mamare a fost menționată în $83,08 \pm 3,21\%$ cazuri (113 paciente) în lotul de cercetare și $49,26 \pm 2,07\%$ cazuri (67 paciente) în lotul de control ($p < 0,001$). Durata medie de exprimare a tensiunii/durerii în glandele mamare a fost de $7,77 \pm 1,22$ zile/ciclu în lotul de cercetare, iar în lotul de control – de $3,25 \pm 0,97$ zile/ciclu, $p < 0,01$ (Tabelul 3). Mastalgia ciclică se manifestă prin durere și tensiune în glandele mamare, mereu asociată cu tumefiere și dimensiuni mărite în faza luteinică a ciclului menstrual, este localizată

bilateral preponderent în cadranele superioare laterale. Intensitatea durerii în glandele mamare având caracter de intensificare treptată de la tensiune până la senzație de durere, durerea cea mai pronunțată este apreciată cu $5,03 \pm 1,03$ puncte SVA în lotul de cercetare și $1,96 \pm 0,48$ puncte după SVA în lotul de control ($p < 0,01$).

Durerea pelvană a fost menționată în $70,58 \pm 3,9\%$ cazuri (96 paciente) în lotul de cercetare, pe când în lotul de control indicatorul dat a fost semnificativ mai mic – $35,29\%$ cazuri (48 paciente), $p < 0,001$. Durata de manifestare clinică a constituit $4,67 \pm 0,94$ zile/ciclu la pacientele din lotul de cercetare, iar în lotul de control – $1,98 \pm 0,56$ zile/ciclu ($p < 0,05$). Intensitatea durerilor pelviene a constituit $4,87 \pm 0,65$ puncte SVA în lotul de cercetare vs. de $1,86 \pm 0,67$ puncte SVA în lotul de control, $p < 0,01$ (Tabel 3).

În cele mai dese cazuri durerea pelviană este asociată cu dureri viscerale (visceralgii) în formă de balonare/dureri abdominale, însă durata perioadei de durere și intensitatea acestora este mai mică. Loturile de paciente implicate în studiu s-au distins statistic relevant conform indicatorului de frecvență a durerii/balonării abdominale, care este mai mare în lotul de cercetare $64,7\%$ cazuri (88 paciente) în comparație cu lotul de control – $25,73\%$ cazuri (35), $p < 0,001$. Durata de exprimare clinică a constituit $3,91 \pm 0,98$ zile/ciclu, comparativ cu lotul de control – $1,17 \pm 0,17$ zile/ciclu ($p < 0,01$). Intensitatea durerii în lotul de cercetare a constituit $3,19 \pm 0,58$ puncte SVA, iar în lotul de control – $1,28 \pm 0,21$ puncte SVA ($p < 0,001$).

Pe lângă simptomele algice sus-numite, au mai fost menționate dureri musculare și articulare, care cel mai frecvent au fost prezente în asociere cu alte simptome de durere. În lotul de cercetare durerile musculare și articulare au fost menționate în $51,47\%$ cazuri (70 paciente), în comparație cu lotul de control – $21,32\%$ cazuri (29 paciente), $p < 0,001$. Durata de manifestare a durerilor a fost de $4,38 \pm 0,93$ zile/ciclu în lotul de cercetare și $1,34 \pm 0,37$ zile/ciclu în lotul de control ($p < 0,01$). Intensitatea durerii a fost de $3,73 \pm 0,65$ puncte SVA în lotul de cercetare și $1,48 \pm 0,45$ – în lotul de control ($p < 0,01$).

Pacientele din lotul de cercetare au menționat influența negativă a simptomelor de durere asupra stării emoționale și generale de sănătate. În lotul de control au fost menționate simptome unice premenstruale de intensitate ușoară fără influență negativă față de starea emoțională, comportamentul și starea generală.

În baza autoaprecierii componentelor sindromului de durere, cu aplicarea SVA de evaluare a durerii este compus „profilul durerii” (Figura 3), care a inclus manifestările de durere premenstruale cel mai frecvent menționate (durerile de cap, dureri/tensiune în glandele mamare, durerile pelvine/abdominale și durerile musculare/articulare) și componentul psihoemoțional. Analizând datele de apreciere a intensității durerii, am observat că simptomele algice nu depășesc limita de intensitate moderată.

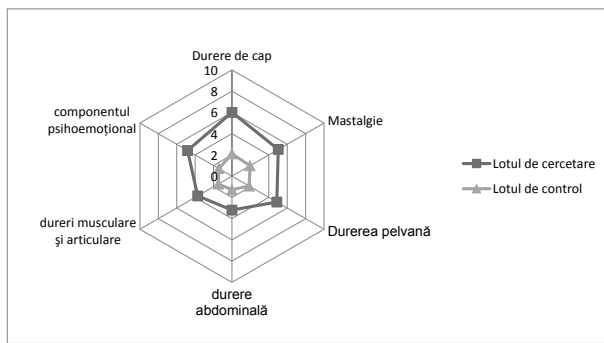


Figura 3. "Profilul durerii" la pacientele incluse în studiu.

Sindromul algic este asociat de tulburări motivaționale, emoționale și vegeto-vasculare și este unul din factorii principali care induce și menține dereglările vegetative.

Discuții. SPM reprezintă o problemă de studiat și care merită atenția specialiștilor din domeniu din prisma consecințelor nefaste pe care le poate prezenta, dar și prin acțiunile necesare pentru rezolvarea acestuia. Studiul întreprins de noi a determinat atingerea scopului de estimare a particularităților manifestărilor algice premenstruale.

Totalizând rezultatele aplicării Agendei Menstruale, putem conchide că manifestările clinice pronunțate în perioada premenstruală sunt prezentate de tulburări emoționale și sindroame algice, aceste dereglări afectează starea generală a pacientelor. Datele obținute de noi corespund opiniilor raportate în literatura de specialitate.

Apariția durerilor premenstruale cu localizare diferită cercetătorii contemporani o explică prin retenția de lichid în organism. Caracterul simptomelor depinde de țesutul implicat, unde este mai pronunțat edemul (creier, glande mamare, intestine, organele pelviene etc) [7]. Dintre simptomele algice cel mai des întâlnite în perioada premenstruală menționate de către pacientele din lotul de cercetare sunt: tensiune și dureri în glandele mamare, dureri de cap, dureri lombare, balonare și dureri abdominale, dureri musculare și articulare etc.

Literatura medicală a legat sexul feminin de migrenă, în cca 20% cazuri migrena la femei începe în perioada pubertății, iar 50-69% dintre ele fac ulterior crize de migrenă în perioada premenstruală. Până la 14% din femeile cu migrenă afirmă că aceasta apare exclusiv în perioada premenstruală (Kornstein, 1996, Moldovanu I, 2007) [4]. În cadrul SPM, dintre fenomenele algice cu localizare diversă, durerea de cap se întâlnește în 50-86% cazuri. Durerea de cap face parte dintre simptomele premenstruale care determină severitatea SPM, incapacitatea de muncă și reduce calitatea vieții [9].

Mastalgia ciclică se definește ca tensiune sau durere în glandele mamare legată de fazele ciclului menstrual, în SPM frecvența mastalgiei este de 60-96% [16,168]. Mastalgia ciclică este o patologie funcțională a glande-

lor mamare legată de schimbările ciclice ale hormonilor reproductivi [5]. Dintre simptomele doliore premenstruale mastalgia ciclică se întâlnește cel mai frecvent și cu durata de manifestare clinică cea mai mare, totodată, caracterul de intensificare treptată a durerii și intensitatea durerii ușor/moderată este mai puțin deranjantă și nu influențează semnificativ starea generală a femeii.

Cea mai frecventă cauză de adresare la medicul obstetrician-ginecolog este durerea pelviană, acest simptom necesită o atenție deosebită, datorită importanței sale semiologice [6]. În SPM durerea pelviană face parte dintre simptomele doliore dominante, totodată, în aproximativ 30% cazuri este asociată cu dismenoreea primară având verigi patogenice comune [7]. Cu toate că profilul clinic la sindroamele date se deosebește, durerea pelviană este simptomul comun și constant, fiind cauza de confundare a acestor patologii diferite din punct de vedere clinic și patogenic.

Sindromul doliore este unul din factorii principali, care induce și menține dereglările vegetative. În SPM se formează un sistem patologic funcțional în care este implicată depresia și durerea; în acest sistem au loc scăderea activității sistemului antinociceptiv, intensificarea stimulării nociceptive și supresia structurilor endorfine cerebrale, fenomenul de declanșare în acest "cerc vicios" fiind depresia și/sau durerea. Sindromul algic este asociat cu tulburări motivaționale, emoționale și vegeto-vasculare [10,12].

Concluzii.

1. Dintre simptomele doliore în SPM, cel mai frecvent întâlnite sunt: dureri de cap (66,17%), tensiune/dureri în glandele mamare (83,08±3,21%), dureri pelviene (70,58±3,9%), balonare și dureri abdominale (64,7±4,09%), dureri musculare și articulare (51,47±4,28%).
2. Simptomele premenstruale se repetă ciclic cu durata de 5 – 10 zile (7,14±1,0 zile).
3. Simptomele premenstruale se întâlnesc în ansamblu 5,62 ± 0,92 simptome ciclice, dintre care 2,47 ± 0,68 sunt simptome algice de intensitate diversă.
4. Intensitatea simptomelor algice corespunde nivelului mediu după scala vizuală analogică.
5. Simptomele algice fac parte din simptomele dominante în cadrul sindromului premenstrual, determinând severitatea acestuia și manifestă impact negativ asupra stării generale a femeii.

Bibliografie

1. American College of Obstetricians & Gynecologists (ACOG) 2000. ACOG Practice Bulletin 15. Premenstrual Syndrome: Clinical management guidelines for obstetricians-gynecologists. Washington, DC; ACOG.
2. O'Brien P.M., Backstrom T., Brown C., Endocott J., Freeman E., Halbreich U., Panay N., Pearlstein T., Rapkin A., Studd J., Yonkers K. et al. Towards a consensus on diagnostic criteria, measurement and trial design of the premenstrual disorders: the ISPMDD

- Montreal Consensus. Arch Womens Ment Health, 2011, 14, 13-21.
3. Crichton N. Visual Analogue Scale (VAS). J Clin Nurs, 2001;10:706.
 4. Moldovanu I, Dodick D., Odobescu S. Cefaleele, durerile faciale și cervicale. Chișinău, 2007.
 5. Rosolowich V., Saettler E., Szuck B et al. Mastalgia. J Obstet Gyn Can, 2006;28:1:49-71.
 6. Tschudin S, Bertea PC, Zemp E. Prevalence and predictors of premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder in a population-based sample. Arch Womens Ment Health, 2010.
 7. Боброва С., Любарский М., Овсянникова Т. Предменструальный синдром: новые подходы к терапевтической тактике и эффективной профилактике. Рос Вест Акушер-Гинеколога, 6, 2006, 44-49.
 8. Бойкова ИА. Боль. Методы терапии боли. Учебно-методическое пособие. Минск, 2004.
 9. Курушина ОВ, Ткаченко ЛВ. Цефалгии при предменструальном синдроме. Лекарственный вестник, 6/2006.
 10. Серов В.Н., Тютюнник В.Л., Твердилова М.А. Предменструальный синдром: тактика ведения пациенток в амбулаторно-поликлинической практике. Практикум врача, №6, май, 2011.
 11. Чхаидзе ИЗ, Ниаури ДА. Проблема боли в гинекологической практике (обзор литературы). Вестник С-Петербургского Университета, 2007, 11, 114-124.
 12. Яковлева Э., Лоскутова О. Характеристика групп пациенток в зависимости от степени тяжести предменструального синдрома. Укр. Мед. Альм, №3 (12) 2009.

Svetlana Jubîrcă

REZULTATELE MATERNE ŞI FETALE ALE EVOLUŢIEI SARCINII ŞI NAŞTERII LA ADOLESCENTE

Instituția Medico-Sanitară Publică Institutul Mamei și Copilului
(Director general- dr.med. conf. univ. Șt.Gațcan)

SUMMARY

THE RESULTS OF MATERNAL AND FETAL OUTCOMES AT ADOLESCENTS, PREGNANCY AND DELIVERY.

Key words: pregnancy in adolescents; young mothers; social factors of early pregnancy; maternal and fetal outcomes.

Actuality: Teenage pregnancy is a global problem and is considered a high-risk group, in spite of conflicting evidence.

The aim of the study: was to compare obstetric outcomes of pregnancy in teenagers and older women.

Materials and methods. This was a prospective study of case records of pregnancies in 2013. Girls aged ≤ 18 years were compared with pregnancy outcomes in older women (19–25 years) in the same maternity. The study took place in the Institute of Mother and Child Care, Chishinau, Republic of Moldova. A total of 159 teenage pregnancies were compared with pregnancies in 290 older women. Socioeconomic data, age, number of pregnancies, antenatal care and complications, mode of delivery, and neonatal outcomes were considered.

Results. Mean age of teenage pregnant mothers was 17,04 years. A significant proportion of teenage pregnant mothers were in their first pregnancies. The teenage mothers were high risk of developing mothers' depression ($OR=0,2$ ($0,1<OR<0,3$), $RR=0,2$ ($0,2<RR<0,4$), $p<0,0001$), anaemia ($OR=12,8$ ($6,6<OR<27,4$); $RR=71$ ($3,9<RR<12,4$); $p<0,001$) and delivering pre-term ($OR=1,9$ ($1<OR<3,8$), $RR=1,5$ ($1,06<RR<2,05$), $p<0,05$). Teenage mothers were more likely to deliver vaginally with no significant increase in the risk of assisted vaginal delivery or caesarean section. Young mothers were at risk of delivering low birth weight babies ($OR=2,4$ ($1,2<OR<4,8$), $RR=1,6$ ($1,2<RR<2,2$), $p<0,05$).

Conclusions. The incidence of teenage pregnancy was found to be 57,4% at the Republic of Moldova. Teenage mothers had lower levels of education and higher levels of inadequate antenatal care, and more likely of developing the mother's depression during pregnancy. Anemia, preterm labour, were the obstetric complications in the teenage pregnancy. The higher incidence of maternal septic complications was observed in the teenage pregnancy. Low birth weight was the neonatal complication in teenage.

РЕЗЮМЕ

РЕЗУЛЬТАТЫ МАТЕРИНСКИХ И НЕОНАТАЛЬНЫХ ИСХОДОВ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ У ПОДРОСТКОВ

Ключевые слова: беременность у несовершеннолетних; юные матери; социальные факторы ранней беременности; акушерские осложнения.

Резюме. Подростковая беременность и роды до сих пор остаются мировой проблемой и относятся к категории беременностей высокого риска, несмотря на противоречивые данные.

Цель данного проспективного исследования - проведение сравнительного анализа акушерских исходов у подростков и женщин более старшего возраста, родивших в Институте Матери и Ребенка в течение 2013 года. В исследование были включены 159 беременных подростков ≤ 18 лет и 290 беременных в возрасте 19–25 лет. Произведен анализ методов родоразрешения и неонатальных исходов в зависимости от возраста, дородового наблюдения и социальных факторов.

Результаты. Средний возраст беременных подростков – 17,04 лет, в большинстве случаев первородки. Беременные подростки подвержены большему риску развития таких осложнений, как депрессия ($OR=0,2$ ($0,1<OR<0,3$) $RR=0,2$ ($0,2<RR<0,4$), $p<0,0001$), анемия ($OR=12,8$ ($6,6<OR<27,4$); $RR=71$ ($3,9<RR<12,4$); $p<0,001$) и преждевременные роды ($OR=1,9$ ($1<OR<3,8$), $RR=1,5$ ($1,06<RR<2,05$), $p<0,05$), в сравнении с женщинами более старшего возраста. Отмечен риск рождения детей с низкой массой тела ($OR=2,4$ ($1,2<OR<4,8$), $RR=1,6$ ($1,2<RR<2,2$), $p<0,05$) у юных матерей. Вместе с тем, роды у большинства подростков закончились через естественные родовые пути, с меньшим риском оперативного родоразрешения.

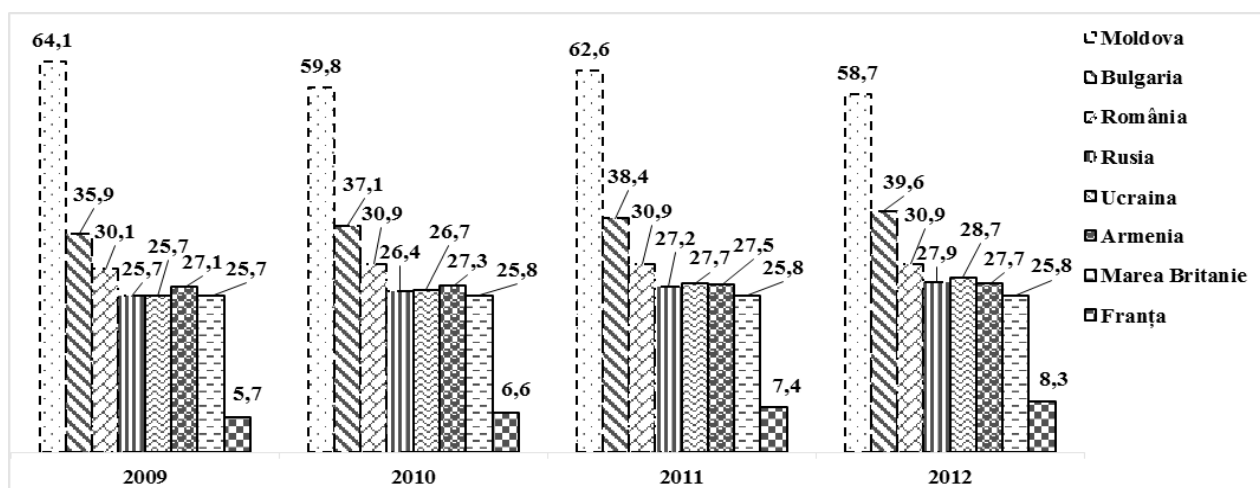
Выводы. Частота подростковой беременности составила 57,4%. Следует отметить, что беременные подростки, чаще с низким уровнем образования, недостаточным дородовым наблюдением, предрасположены к развитию депрессивных состояний во время беременности. Подростковый возраст является фактором риска возникновения таких осложнений беременности, как анемия, преждевременные роды и септических состояний в послеродовом периоде, а также рождения детей с низкой массой тела.

Actualitate. Sarcina la adolescente reprezintă în continuare un motiv de îngrijorare și obiectul multor programe sociale, punând în discuție cel puțin două aspecte: vârsta precoce a debutului vieții sexuale și creșterea riscului de survenire a unor sarcini soldate cu complicații. Majoritatea tinerelor care ajung în această situație nu au vârsta potrivită pentru a se angaja în câmpul de muncă și au nevoie de ajutor social.

De asemenea, din cauza sarcinii, cele mai multe dintre acestea mamele adolescente își abandonează studiile, neavând posibilitatea de a primi educația de care au nevoie. Statisticile arată că la nivel global, zilnic, circa 20000 de fete sub vârsta de 18 ani devin mame, acest fenomen manifestându-se preponderant în țările în curs de dezvoltare. Fetele cu vârsta sub 15 ani reprezintă 2 milioane din totalul anual de 7,3 milioane

de mame adolescente. Dacă tendințele menționate vor continua, numărul nașterilor la fetele cu vârsta sub 15 ani ar putea crește până la 3 milioane către anul 2030, aceste date fiind oferite de raportul realizat de Fondul Națiunilor Unite pentru Populație (UNFPA, 2013) privind populația mondială pentru anul 2013.

Această problemă este prezentă și în Republica Moldova (RM). Astfel, s-a constatat un nivel stabil ridicat al nașterilor la adolescente pe parcursul anilor 2009 - 2012, în țara noastră (figura 1). Conform datelor statistice IMSP IM și C nașterile în rândul adolescentelor au fost consemnate în 2339 (58,7%) de cazuri în anul 2012 și în 2225 (57,4%) de cazuri în anul 2013 din totalul nașterilor în RM. Ponderea în lume a nașterilor la adolescente la 1000 de nașteri este prezentată în figura 1.



Figural. Ponderea nașterilor la adolescente în Europa, anii 2009-2012.

În ultimii ani, frecvența sarcinilor timpurii are un nivel stabil ridicat, pentru că activitatea sexuală în rândul tinerilor necăsătoriți este în creștere. Studiile de specialitate arată că un număr substanțial de tineri se angajează în actul sexual premarital, de regulă neprotejați (Gurchin Iu. 2000). Ca urmare, riscul apariției unei sarcini nedorite, a bolilor cu transmitere sexuală, inclusiv HIV/SIDA, a crescut semnificativ în rândul adolescenților și al tinerilor.

Chein X.K. și alții (2008) au relevat faptul că adolescentele sunt predispuse la o serie de complicații medicale materne: anemie, pielonefrită, preeclampsie, ruperea prematură a membranelor amniotice, infecții [6]. Alți cercetători au constatat că la mamele adolescente se atestă o rată mai înaltă a deceselor perinatale, prin comparație cu mamele adulte [28]. În situațiile date, există riscul de apariție a complicațiilor și în perioada post-partum.

Conform datelor lui Chapman M.V. (2008), se înregistrează o rată crescută a depresiei post-partum, o probabilitate mai mare de moarte prematură și un risc crescut pentru utilizarea de substanțe nocive (alcool, tu-

tun, etc.) în viitor [5, 8, 22]. Există de asemenea riscuri sporite pentru nou-născuți: prematuritate, greutatea mică la naștere, retardul de dezvoltare intrauterină al fătului (RDIU), traumatismul obstetrical, mortalitatea neonatală și postnatală ridicate, precum și probleme legate de nutriție [5, 8, 15, 20]. Totuși studii care ar indica în mod clar pericolul sarcinii pentru adolescente nu au fost încă suficient de multe efectuate. Pornind de la aceste constatări, am stabilit scopul studiului prezent: de a determina incidența sarcinilor la adolescente și de a evalua rata complicațiilor materno-fetale specifice ale sarcinii în comparație cu grupul de femei adulte.

Materiale și metode. În vederea realizării acestui scop a fost realizat studiul prospectiv, descriptiv; după volumul eșantionului-integral și selectiv. Grupul de cercetare l-au constituit femeile gravide cu vârsta cuprinsă între 13-25 de ani, care au născut în incinta Institutului Mamei și Copilului, pe parcursul perioadei 01.01.2013-31.12.2013. Au fost apreciate: vârsta, nivelul de educație, paritatea, timpul luării în evidență, morbiditatea

maternă, modalitatea nașterii, complicațiile obstetricale (RDIU, RPPM, prezentații incorecte), complicații neonatale (greutatea mică la naștere, asfixia, prematuritatea). Din studiu au fost excluse multiparele, cazurile cu duplex, epilepsie. Astfel, toate cazurile (N = 449) au fost divizate în 2 grupuri de studiu în funcție de vârstă: grupul I – 159 de paciente cu vârsta de 13-18 ani, grupul II de control – 290 de paciente cu vârsta de 19-25 ani.

Pentru a efectua analiza evoluției sarcinii, nașterii și perioadei post-partum la gravidele incluse în studiu, au fost utilizate următoarele metode de cercetare: metoda interviului, metoda de anchetă, examenul clinic, examenul obstetrical.

Pentru crearea și administrarea bazei de date, precum și pentru importul și exportul de date cum ar fi Excel am utilizat programul Microsoft Office Access. Datele au fost analizate prin folosirea statisticii descriptive, fiind exprimată în termeni medii, deviație standardă, Student Test, Epi Info7 (Stat Calc) și au fost analizați conform normelor statistice impuse de biostatistica medicală.

Rezultate. Vârsta medie a adolescentelor din grupul de studiu constituie $17,04 \pm 1,05$ ani, și $21,75 \pm 1,95$ de ani a pacientelor din grupul de control, $p < 0,0001$. Analiza statistică a datelor demografice prezintă importanța comparativă a indicilor caracteristici ai grupuri de studiu, ceea ce arată influența factorilor analizați asupra nașterilor la adolescente. În urma analizei datelor socio-economice, am stabilit că adolescentele gravide provin din mediul rural în 155 ($97,5 \pm 1,2\%$) de cazuri vs. 245 ($84,5 \pm 2,1\%$) de cazuri în cazul femeilor de vârstă mai mare ($OR=7,1$ ($2,5 < OR < 20,0$), $RR=4,7$ ($1,8 < RR < 12,2$), $p < 0,001$, $\chi^2=16,5$), ceea ce se explică prin specificul de acordare a asistenței medicale în cadrul IMSP IM și C [23]. În acest grup apar mult mai frecvent probleme de abandon școlar, șomaj și sărăcie, iar nașterea unui copil de către o mamă adolescentă are loc adesea într-un context cu resurse limitate din punct de vedere economic și social [17, 22].

Cota adolescentelor care erau necăsătorite, a constituit 101 ($63,5 \pm 3,8\%$) cazuri vs. 82 ($28,3 \pm 2,7\%$), în $24,5 \pm 3,4\%$ cazuri adolescentele care nu aveau studii primare complete, nefiind încadrate în câmpul muncii în $60,1 \pm 3,9\%$ vs. $34,6 \pm 2,8\%$ ($p < 0,001$, $\chi^2=25,6$), afirmație confirmată și în literatura de specialitate [18,24].

Unii cercetători asociază creșterea numărului de adolescente gravide în ultimii ani cu „liberalizarea sexuală” a relațiilor din societate în prezent [7,17,19,25].

Vârsta medie de debut al vieții sexuale în studiul efectuat de noi a fost de $15,9 \pm 1,2$ de ani, vs $19,4 \pm 1,5$ ani. Conform datelor unor autori, în relațiile sexuale până la 15 ani întră 20-25% din minorele gravide [30]. Un factor esențial este debutul împotriva voinței adolescenței a vieții sexuale atestat în $34,6 \pm 3,8\%$ cazuri în comparație cu $5,2 \pm 1,3\%$ cazuri la femeile de vârstă fertilă ($OR=9,6$ ($5,1 < OR < 19,2$), $RR=2,8$ ($2,3 < RR < 3,5$), $p < 0,0001$, $\chi^2=67,5$).

Quinlivan J. (2001) indică faptul că 29,2% dintre adolescentele gravide sunt victime ale violenței [16]. În studiul de față, în urma violului au devenit gravide $7,6 \pm 2,1\%$ adolescente în comparație cu $0,3 \pm 0,3\%$ femei de vârstă adultă, $p < 0,001$. Cele expuse mai sus, denotă lipsa utilizării metodelor de contracepție din cauza neinformării – $67,9 \pm 3,7\%$ vs $20,3 \pm 2,4\%$ ($p < 0,0001$), nedorința de a folosi metodele de contracepție – $51,6 \pm 4,1\%$ vs $29,3 \pm 2,7\%$, și, ca rezultat, apariția sarcinilor nedorite în $40,9 \pm 4,1\%$ cazuri vs $3,5 \pm 1,1\%$. A fost apreciată și lipsa susținerii din partea familiei în $52,8 \pm 4,1\%$ de cazuri vs $4,1 \pm 1,2\%$ de cazuri și, ca rezultat, apariția depresiei legate de graviditate – $78 \pm 3,3\%$ vs $36,2 \pm 2,8\%$ ($OR=0,2$ ($0,1 < OR < 0,3$), $RR=0,2$ ($0,2 < RR < 0,4$), $p < 0,0001$, $\chi^2=70$).

Aspectul psihoemoțional al sarcinilor juvenile prin influența extrem de nefavorabilă a debutului timpuriu al vieții sexuale și a sarcinii asupra psihicului și statutului psihoemoțional al adolescentelor, crește riscul apariției stresului, stărilor psihoneurotice, depresiilor, anxietății, care sunt favorizate de imaturitatea sistemului neurovegetativ și psihic al tinerelor [14].

Rata avorturilor, în studiul efectuat, este mai mare în rândul femeilor de vârstă mai avansată – 45 ($15,5 \pm 2,1$) cazuri vs 7 ($4,4 \pm 1,6\%$) cazuri, ($OR=0,3$ ($0,1 < OR < 0,6$), $RR=0,4$ ($0,2 < RR < 0,7$), $p < 0,001$, $\chi^2=11,3$) în comparație cu grupul adolescentelor, dintre care avorturi spontane au avut loc în 30 ($10,3 \pm 1,8\%$) cazuri în grupul martor și în 5 ($3,1 \pm 1,4\%$) cazuri în grupul adolescentelor, avorturi medicale în 15 ($5,2 \pm 0,7\%$) cazuri vs 2 ($1,3 \pm 1,8\%$) ($p < 0,05$) cazuri în grupul adolescentelor.

Reieșind din cele expuse anterior, adolescentele sunt mult mai predispușe pentru evidența prenatală precară, în studiul nostru: în grupul adolescentelor în $59,1 \pm 4,1$ de cazuri, în grupul femeilor adulte - în $29,3 \pm 2,8\%$ de cazuri ($OR=3,5$ ($2,3 < OR < 5,3$), $RR=2,2$ ($1,7 < RR < 2,8$), $p < 0,001$, $\chi^2=36,8$). Caracteristica generală în funcție de vârstă este prezentată în tabelul 1.

Tabelul 1. Caracteristica generală a gravidelor investigate în funcție de vârstă

Situația socială	13-18 ani n = 159		19-25 ani n = 290		OR		p
	N	% ± m	N	% ± m	OR	95%CI	
Starea civilă							
Căsătorite	54	34,0±3,7	207	71,3±2,7	0,2	0,1-0,3	<0,001
Căsătorie neînregistrată	64	40,3±3,9	73	25,2±2,6	2,0	1,3-3,1	<0,01
Nacăsătorită	37	23,3±3,4	9	3,1±1,0	9,4	4,3-22,8	<0,001
Celibatară	4	25,0±3,4	-	-			<0,001
Studii primare incomplete (elevă)							
Primare complete	39	24,5±3,4	-	-	-	-	-
	95	60,1±3,9	100	34,5±2,9	2,8	1,9-4,3	<0,001
Studii medii	25	15,7±2,9	150	51,7±2,9	0,2	0,1-0,3	<0,001
Studii superioare	-		40	13,8±2,0	-	-	-
Nu lucrează	98	61,6±3,9	83	28,6±2,7	4	2,6-6,2	<0,001
Casnice	54	34,0±3,8	101	38,0±2,9	0,9	0,6-1,4	>0,05
Încadrată în câmpul muncii	2	1,3±0,9	82	28,3±2,6	0,003	0,0003-0,1	<0,001
Studentă	6	3,8±1,5	24	8,3±1,6	0,4	0,1-1,1	<0,05
Nu cunoaște metoda de contracepție	108	67,9±3,7	59	20,3±2,4	8,2	5,2-13,1	<0,001
Lipsa contracepției	82	51,6±4,1	85	29,3±2,7	2,5	1,7-3,9	<0,001
Sarcina nedorită, dar în evoluție (păstrată)	65	40,9±3,9	10	3,5±1,1	2,6	1,7-3,8	<0,001
Depresie legată de sarcină	124	78,0±3,3	105	36,2±2,8	12,3	5,4-30,9	<0,001
Luată în evidență							
<12 s.a	53	33,3±3,7	183	63,1±2,8	1,3	0,2-0,4	<0,001
12-20 s.a	76	46,7±4,1	72	24,8±2,5	2,6	1,7-4,0	<0,001
>21 s.a	18	11,3±2,5	13	4,9±1,3	2,7	1,2-6,2	<0,05
Neexaminată	13	3,3±1,4	22	7,6±1,6	1,1	0,5-2,3	<0,05

cazuri vs 16 (5,5±1,3%), p<0,001.

De obicei, evoluția clinică a sarcinii, nașterii și stării intrauterine a fătului la adolescente are anumite particularități, determinate de gradul de imaturitate biologică a organismului. La vârstă foarte tânără, sub 18 ani, maturizarea organismului este insuficientă, atât în ceea ce privește sistemul nervos, starea psihică, cât și starea de infantilism genital în ansamblu, care influențează defavorabil evoluția sarcinii și nașterii. Din aceste considerente, prima sarcină la femeile foarte tinere prezintă diverse complicații, de la incidența crescută a gestozelor până la iminența de naștere prematură. Evoluția sarcinii în studiul efectuat de noi s-a complicat cu iminența de naștere prematură la diferite termene de gestație la 70 (44,3±1,6%) gravide în grupul adolescentelor și în 52 (17,6±2,2%) cazuri în grupul de control, (OR=3,6 (2,4<OR<5,7); RR=2,1 (1,7<RR<2,7), p <0,001; $\chi^2=35,1$), iminența de naștere prematură mai frecvent s-a manifestat între 32-36 s.a în 27 (17±3,1%)

Repartizând pacientele corespunzător termenelor de sarcină, am stabilit că vârsta gestațională medie la naștere în grupul adolescentelor a fost de 38,3±2,6 săptămâni de amenoree, vs 39,1±1,9 săptămâni de amenoree în grupul de comparație (p<0,01).

Mai multe studii au identificat vârsta tânără maternă ca un factor de risc important pentru nașterea pretermen [3, 27], comparativ cu femeile de vârstă reproductivă [15]. Incidență mare a nașterilor premature duce la creșterea numărului noi-născuților imaturi. Mulți autori au raportat o asocieră între sarcină, adolescență și nașterea prematură [8]. În studiul prezent nașterea prematură la pacientele din grupul studiat are o frecvență de 13,8±2,7% vs 7,6±1,6% de cazuri (OR =1,9 (1<OR<3,8), RR=1,5 (1,06<RR<2,05), p<0,05, $\chi^2=3,9$). Repartizând pacientele după termenul de gestație, am constatat că rata nașterii premature are o frecvență mai mare la 32-36 de săptămâni - 27 (17±3,1%) vs 16 (5,5±1,3%) (OR=3,5 (1,7<OR<7,1), RR= 1,93 (1,5<RR<2,5), p<0,001, $\chi^2=14,3$) (fig. 2).

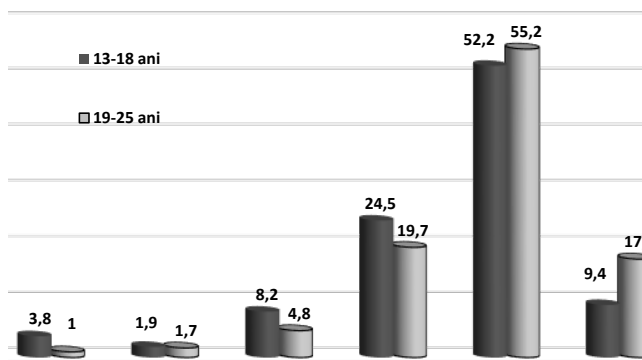


Figura 2. Repartizarea după termenul de gestație.

În urma analizei efectuate s-a observat că ponderea patologiilor extragenitale asociate sarcinii are o frecvență mai mare în grupul adolescentelor [15, 28]. Anemia s-a atestat în trimestrul al III-lea al sarcinii în 93,8±1,9% cazuri în grupul între 13-18 ani și 51,3±2,9% cazuri în grupul între 19-25 ani (OR=12,8 (6,6<OR<27,4); RR=71 (3,9<RR<12,4); p <0,001; $\chi^2=79$). Repartizând cazurile după gradul de severitate, am observat că anemia de gr I (77,3±3,3% vs 44,4±2,9%; p<0,001; $\chi^2=42,9$) și de gr II (14,8±2,8% vs 5,9±1,4%; p<0,01; $\chi^2=8,3$) are o frecvență mai vădită în rândul adolescentelor. În urma analizei cazurilor cu anemie, au fost constatate următoarele valori medii ale hemoglobinei – 104,9±14,7g/l în grupul de 13-18 ani și respectiv 109,5±15,6 g/l în grupul de 19-20 ani. Riscul crescut de anemie este și în conformitate cu concluziile mai multor studii recente [4, 15, 26].

Gestozele precoce au fost stabilite în 72 (45,3±3,9%) cazuri vs 90 (31,0 ± 2,7%) (OR=1,8 (1,2<OR<2,8), RR=1,5 (1,2<RR<1,9), p<0,01, $\chi^2=8,4$), dintre care cele grave au fost constatate în 15 (9,4±2,3%) vs 9 (2,1±0,8%) cazuri p<0,01. Gestozele tardive au fost determinate în 10 (6,3±1,9%) cazuri vs 16 (5,5±1,3%) cazuri, (p>0,05).

Hipertensiunea indusă de sarcină (HTAIS) în studiul nostru a fost prezentă în 7 (4,4±1,6%) cazuri în lotul de bază și în 18 (6,2±1,4%) cazuri în grupul martor.

Preeclampsie s-a atestat în 9 (5,7%±1,8) cazuri în grupul adolescentelor și în 12 (4,1±1,2%) cazuri în grupul de control. De menționat că în grupul adolescentelor, din 9 cazuri de preeclampsie diagnosticate, în 5 (3,1±1,4%) cazuri vs 10 (3,5±1,1%) cazuri, în grupul de control, au avut forma ușoară și în 4 (2,5±1,2%) cazuri forma severă vs 2 (0,7±0,7%) cazuri în grupul de control. Mai multe studii de specialitate nu relevă un risc crescut pentru dezvoltarea preeclampsiei în rândul adolescentelor [9,10, 12, 13].

În studiul de față stările hipertensive nu au avut o influență vădită asupra variabilității evoluției sarcinii la adolescente în comparație cu femeile de vârstă mai înaintată, loturile de studiu încadrându-se în același interval, calculele de diferențiere statistică fiind ne semnificative, (p>0,05). Lipsa diferenței statistice în grupurile studiate se explică prin neefectuarea analizei mai detaliate după vârstă.

În grupurile studiate s-a observat persistența unui substrat infecțios, care precedă nașterea. Se atestă o tendință de creștere a frecvenței antecedentelor infecțioase atât ale tractului urinar: pielonefrită în 44,7±3,9% vs 27,2±2,6% cazuri (OR=2,2 (1,4<OR<3,3), RR=1,6 (1,3<RR<2,1), $\chi^2=13,2$, p<0,001); ale tractului respirator (IRVA/bronșită) 12,6±2,6% vs 6,2±1,4 (OR=2,2 (1,1<OR<4,2), RR=1,5 (1,1<RR<2,2), p<0,05, $\chi^2=4,6$), cât și ale căilor genitale 51,6±4,1% vs 28,6±2,7% (OR=2,6 (1,8<OR<4,0), RR=1,8 (1,4<RR<2,3), p<0,001, $\chi^2=23,2$). Corioamnionita s-a observat în 18(11,3±2,5%) cazuri în grupul adolescentelor gravide și în 13 (4,5±1,2%) cazuri în grupul femeilor mature (OR=2,7 (1,3<OR<5,7), RR=1,7 (1,2<RR<2,4), p<0,05, $\chi^2=6,4$). Infecțiile căilor genitale în rândul adolescentelor însărcinate au un aport considerabil în apariția complicațiilor pe parcursul sarcinii (RPPM, nașterea prematură) și perioadei postpartum (complicațiile septico-purulente), ceea ce impune necesitatea atenției sporite asupra sănății oportune a căilor de naștere. Caracteristica patologiilor asociate sarcinii este prezentată în figura 3.

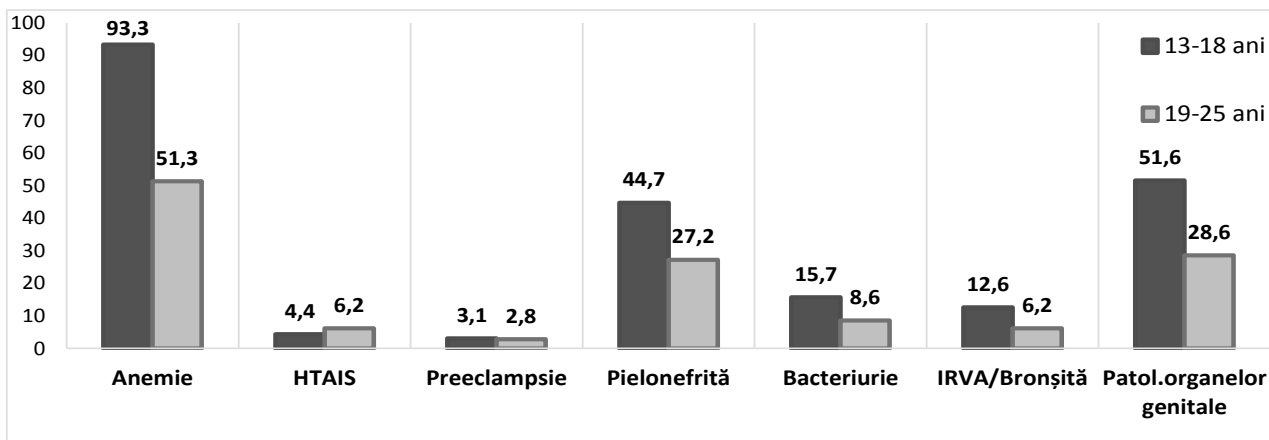


Figura 3. Datele privind patologia asociată sarcinii.

Datele unor savanți cu privire la modul de naștere diferă în mod vădit. Conform studiilor recente, adolescente le au mai multe șanse de a avea o naștere vaginală normală [11, 12, 15]. Nașterea în studiu efectuat s-a produs fiziologic, pe cale vaginală în 134 (84,3%±2,9) cazuri vs 245 (84,5±2,1%), dintre care asistate au fost 13 (9,7± 2,6%) vs 26 (10,6±2,1%), p>0,05), ce nu are semnificație în pivița modalității de a naște, dar totuși unii autori au raportat o rată mai mare de nașteri asistate în cazul adolescentelor [1, 11]. Durata medie a travaliului în grupul adolescentelor a fost 7 h 59 min ± 4h 28 min., ceea ce nu diferă de la durata medie a nașterilor la femeile mature, care a constituit respectiv 7 h 50 min ± 4 h 25 min.

Distribuirea cazurilor în funcție de complicațiile materne a evidențiat următoarele aspecte: având în vedere imaturitatea biologică a organismului tânăr, și că dimensiunile bazinului osos nu întotdeauna ating mărimile finale (la 10-15% se constată bazin strâmtat [29]), în studiul efectuat de noi bazinul anatomic strâmtat s-a constatat în 12 (7,6±2,1%) cazuri vs 3 (1,0±0,6%), p<0,05. Hipochinezia uterină a avut loc în 57 (35,9±3,8%) cazuri vs 93 (32,1±2,7%) de cazuri

și, ca urmare, stimularea travaliului a fost efectuată în 39 (24,5±3,4%) vs 79 (27,2±2,6%) cazuri, p>0,05. Traumatismul obstetrical matern s-a înregistrat în 141 (88,7±2,5%) vs 269 (92,8±1,5%) cazuri, (p>0,05), datele analizate nu au avut diferență semnificativă.

Analizând frecvența operațiilor cezariene în rândul adolescentelor, am observat că operația cezariană a fost efectuată în 25 (15,7±2,9%) cazuri la adolescente și, respectiv, în 45 (15,5±2,1%) cazuri la femeile mature, fiind condiționată de următorii factori: bazin anatomic strâmtat în (5 (3,1±1,4%) vs 1 (0,3±0,3%)), decolarea prematură a placentei normal inserate (2 (1,2%) vs 1 (0,3%) cazuri), hipoxie acută intrauterină a fătului (5 (3,1±1,4%)) vs 7 (2,4±0,9%)), insuficiența forțelor de contracție (5 (3,1±1,4%) vs 11 (3,7±1,1%)), prezența pelviană (5 (3,1±1,4%) vs 12 (4,1±1,2%)) cazuri și în 2 cazuri prezența transversă a fătului în grupul adolescentelor. Datele din studiul nostru sunt în conformitate cu datele unor savanți, care explică procentul mic al operațiilor cezariene prin incidența mai mare a nou-născuților cu greutatea mai mică la naștere [15] în rândul adolescentelor. Alți autori au arătat riscul crescut al terminării sarcinii prin operație cezariană în rândul acestui grup de gravide [1, 2, 11] (fig.4).

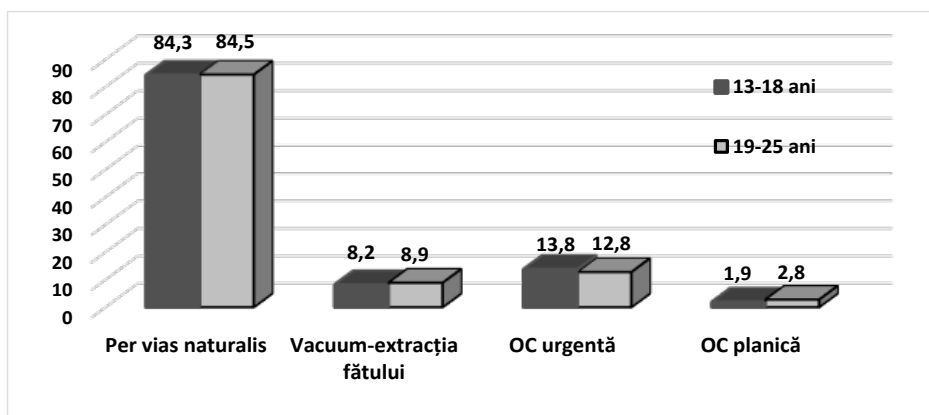


Figura 4. Datele privind modalitatea nașterii la grupurile investigate.

Numărul total de copii născuți de adolescente a fost de 159 și, respectiv, în lotul martor de 290 nou-născuți. Nou-născuții au fost înregistrați cu greutate medie la naștere de 3027 ± 638,9 g, masa minimală fiind de 586 g, în grupul adolescentelor și de 3285 ± 522,8 g, masa minimală fiind 1385 g în grupul martor (p<0,01). Este cunoscut faptul că mamele adolescente (în special acele sub 14 ani) prezintă un risc mai mare de a naște un copil subponderal. În studiul de față masa mică a nou-născuților (<2500 g) a fost prezentă în 24 (15,1±2,85%) vs 20 (6,9±1,5%) cazuri (OR=2,4 (1,2<OR<4,8), RR=1,6 (1,2<RR<2,2), p<0,05, x2=6,9), ceea ce coincide cu datele din literatura de specialitate [15].

S-a observat, că adolescentele au un risc redus de a

naște copii cu greutatea sporită la naștere: 5 (3,1±1,4%) vs 21 (7,2±1,5%), (OR=0,4 (0,1<OR<1,1), RR=0,5 (0,2<RR<1,2), p<0,05, x2=2,5).

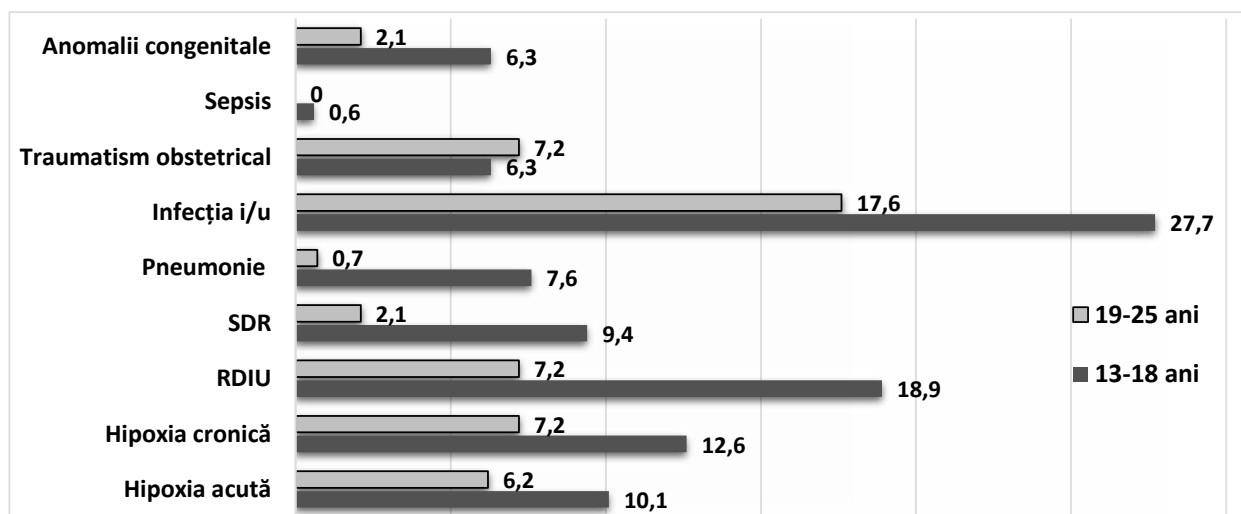
Aprecierea stării nou-născuților în perioada neonatală imediată s-a efectuat cu ajutorul scorului Apgar. Astfel, copiii născuți de adolescente au fost apreciați cu un scor Apgar, la 1 minut de viață, de 7 puncte și mai mic în 73 (45,9±4,1%) de cazuri vs 99 (34,1±2,8%) de cazuri (OR=1,6 (1,1<OR<2,3), RR=1,4 (1,1<RR<1,8), p<0,01, x2=5,5); și la al 5-lea minut în 14 (8,8±2,2%) vs 6 (2,1±0,8%) cazuri (OR=4,6 (1,6<OR<14,8), RR=2,1 (1,5<RR<2,8), p<0,001, x2=9,4).

Printre complicațiile depistate la nou-născuți a fost prezentă hipoxia intrauterină a fătului, RDIU, traumatismul obstetrical și anomaliile de dezvoltare.

Nivelul scăzut al secreției de estrogeni și progesteron

în perioada preconcepțională, determină formarea hipoxiei și RDIU al fătului [29]. Noi am stabilit că hipoxia intrauterină a fătului a fost prezentă în 36 (22,6±3,3%) cazuri în grupul de studiu și în 39 (13,5±2,0%) cazuri în grupul mator (OR=1,9 (1,1<OR<3,1), RR=1,5 (1,1<RR<1,9), p<0,05, x²=5,6). S-a observat o pondere frecventă a RDIU în rândul adolescentelor – 30

(18,9±3,1%) cazuri și respectiv 21 (7,2±1,5%) cazuri la femeile mature (OR=3,1 (1,6<OR<5,4), RR=1,8 (1,4<RR<2,4), p<0,001, x²=12,7). Având în vedere evidența prenatală precară a adolescentelor, s-a atestat un număr crescut de anomalii congenitale la acest grup de paciente – 10 (6,3±1,9%) vs 6 (2,1±0,8%), (OR=3,2 (1,0<OR<10,8), RR=1,8 (1,2<RR<2,7), p<0,05, x²=4,2)

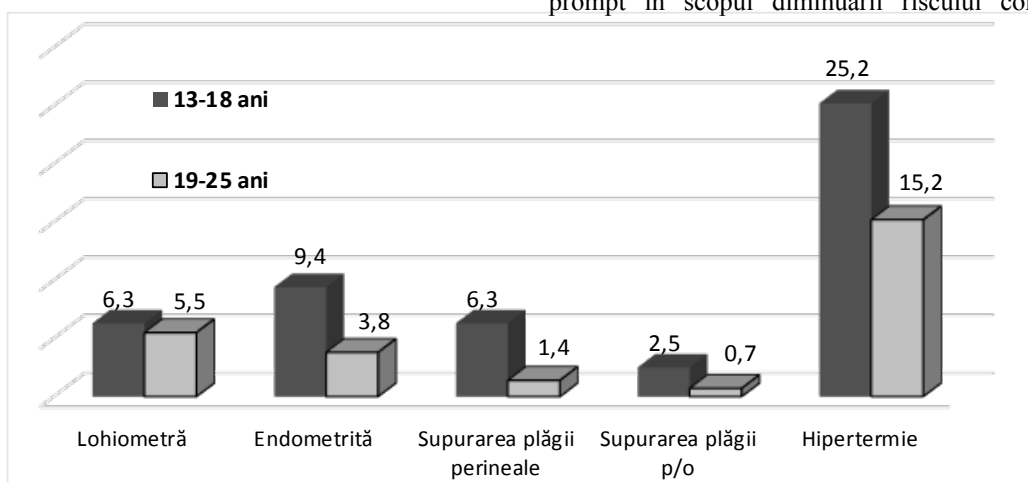


(fig.5).

Figura 5. Complicațiile neonatale.

Având în vedere frecvența infecției puerperale în rândul adolescentelor, am observat că, printre lăuzele adolescente s-a constatat de 2 ori mai frecvent hipertermie – 40 (25,2±3,4%) cazuri în comparație cu lăuzele de vârstă adultă – 44 (15,2±2,1%) cazuri, (OR=1,9 (1,2<OR<3,0), RR=1,5 (1,1<RR<1,9), p<0,05, x²=6,1). Complicațiile septico-purulente au fost diagnosticate în

28(17,6±3%) de cazuri vs 17(5,9±1,4%) cazuri, (OR=3,4 (1,8<OR<6,5), RR=1,9 (1,5<RR<2,5), p<0,001, x²=14,4), dintre care endometrita – în 15 (9,4±2,3%) vs 11 (3,8±1,1%) cazuri, (OR=2,6 (1,2<OR<5,9), RR=1,7 (1,2<RR<2,4), p<0,05, x²=5,0). Într-un caz, la o parturientă în vârstă de 16 ani, nașterea s-a complicat cu peritonită cu stare septică și extirparea uterului. Aceste date impun necesitatea aprecierii prenatale a factorilor de risc ai apariției infecțiilor puerperale pentru a acționa prompt în scopul diminuării riscului complicațiilor



septice în rândul adolescentelor (fig.6).

Figura 6. Complicațiile postnatale la grupurile studiate.

Adolescență este o fază distinctă și dinamică în dezvoltarea individului. Este o perioadă de tranziție

de la copilărie la perioada de adult fiind caracterizată de o creștere a schimbărilor fizice, mentale, emoționale și sociale. Sarcina are consecințe majore asupra sănătății fetei deoarece problemele de sănătate sunt mult mai

probabile în cazul în care concepția apare la adolescență prea curând după atingerea pubertății, are loc apariția așa numitei sarcini neașteptate sau aleatorii. Termenul „sarcină aleatorie”, subliniază caracteristici esențiale: neplanificată, nedorită, lipsa pregătirii psihoemoționale către maternitate, schimbarea bruscă a statutului social și planurilor de viitor.

În ceea ce privește sarcina și nașterea în adolescență trebuie subliniat faptul că aspectele psihologice și sociale legate de sarcină la această vârstă reprezintă o problemă de sănătate publică mai importantă decât eventualele complicații obstetricale.

De aceea adolescența este o perioadă critică a cărei influență se va răsfrânge pe tot parcursul vieții în privința sănătății reproductive și bunăstării individului [21].

Concluzii:

Datele studiului ne arată că în republica Moldova, până în prezent este un nivel stabil ridicat a nașterilor la adolescente, constituind 57,4%0 în anul 2013.

Analizând nașterile la adolescente în studiul dat, s-a constatat că vârsta medie a fost 17,04 de ani, având un risc crescut de dezvoltare a complicațiilor materne ca: anemie (RR=71; p<0,001), gestoza precoce (RR=1,5; p<0,01), naștere prematură la 32-36 de s.a (RR=1,93; p<0,001), și complicații neonatale, ca: RDIU (RR=1,8; p<0,001) și masa mică la naștere (RR=1,6; p<0,05), în comparație cu femeile adulte.

Menționăm frecvența crescută a complicațiilor septico-purulente în perioada post-partum în rândul adolescentelor - 17,6% vs 5,9% cazuri (RR=1,9, p<0,001), dintre care endometrită în 9,4% vs 3,8% cazuri (RR=1,7, p<0,05). Astfel, se impune necesitatea aprecierii prenatale a factorilor de risc în apariția infecțiilor puerperale pentru a acționa prompt în scopul diminuării riscului complicațiilor septice în rândul adolescentelor

Bibliografie

1. **Al-Ramahi M., Saleh S.** Outcome of adolescent pregnancy at a university hospital in Jordan. *Arch Gynecol Obstet.* 2006; 273:207–10. [PubMed]
2. **Bacci A., Manhica G.M., Machungo F., et al.** Outcome of teenage pregnancy in Maputo. *Int J Gynaecol Obstet.* 1993; 40:19–23. [PubMed]
3. **Berghella V., Baxter J.K., Hendrix N.W.** Cervical assessment by ultrasound for preventing preterm delivery. *Cochrane Database Syst Rev.* 2009; (3):CD007235.
4. **Briggs M.M., Hopman W.M., Jamieson M.A.** Comparing pregnancy in adolescents and adults: obstetric outcomes and prevalence of anemia. *J Obstet Gynaecol Can* 2007; 29:546–55.
5. **Chapman M.V. & Shepherd L.** (2008, October). Study on the incidence of teen pregnancy and childbearing in West Virginia. Charleston, WV: WV Perinatal Partnership.
6. **Chen X.K., Wen S.W., Fleming N., Demissie K., Rhoads G.G., Walker M.** Teenage pregnancy and adverse birth outcomes: a large population based retrospective cohort study. *Int. J. Epidemiol.* 2007; 36:368–73.
7. **Darroch J.E., Landry D.J., Oslak S.** Age differences between sexual partners in the United States. *Fam Plann Perspect.* 1999; 31: 160–167.
8. **Dawley B.** (2009, February). The adolescent pregnancy-risk and complications. Retrieved from http://www.wvperinatal.org/unplanned_preg.htm Guttmacher Institute. (2010, January). Facts on American teens' sexual and reproductive health. Washington, DC: Guttmacher Institute.
9. **De Vienne C.M., Creveuil C., Dreyfus M.** Does young maternal age increase the risk of adverse obstetric, fetal and neonatal outcomes: a cohort study. *Eur. J. Obstet. Gynecol. Reprod. Biol.* 2009; 147: 151–6. [CrossRef][Medline]
10. **Fleming N., Ng N., Osborne C., et al.** Adolescent pregnancy outcomes in the province of Ontario: a cohort study. *J. Obstet. Gynaecol. Can.* 2013; 35:234–45. [Medline]
11. **Geist R.R., Beyth Y., Shashar D., Beller U., Samueloff A.** Perinatal outcome of teenage pregnancies in a selected group of patients. *J. Pediatr. Adolesc. Gynecol.* 2006; 19:189–93. [PubMed]
12. **Gupta N., Kiran U., Bhal K.** Teenage pregnancies: obstetric characteristics and outcome. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2008; 137:165–71. [Medline]
13. **Hamilton B.E., Ventura S.J.** Birth rates for U.S. teenagers reach historic lows for all age and ethnic groups. NCHS data brief, no 89. Hyattsville, MD: National Center for Health Statistics, 2012. Search Google Scholar.
14. **Hudson D.B., Elek S.M., & Campbell-Grossman C.** (2000). Depression, self-esteem, loneliness, and social support among adolescent mothers participating in the new parents project. *Adolescence*, 35, 445 – 453.
15. **Jolly M.C., Sebire N., Harris J., et al.** Obstetric risks of pregnancy in women less than 18 years old. *Obstet Gynecol* 2000; 96: 962–6. [CrossRef] [Medline] [Web of Science].
16. **Jewkes R., Vundule C., Mafarah F., Jordaan E.** Women's health research unit. Medical Research Council, Pretoria, South Africa. *Soc Sci Med* 2001; 52 (5): 733–44.
17. **Kirby D.** Emerging Answers: Research Findings on Programs to Reduce Teen Pregnancy (Summary). Washington, DC: National Campaign to Prevent Teen Pregnancy; 2001.
18. **Lehana T.V. & van Rhyn L.** (2003). A phenomenological investigation of experiences of pregnancy by unmarried adolescents in Maseru. *Health SA Gesondheid*, 8 (1), 26 – 38.
19. **Manzini N.** Sexual initiation and child-bearing

- among adolescent girls in Kwa Zulu Natal, South Africa. *Reprod Health Matters* 2001; 9 (17): 44–52.
20. **Maryam K., Ali S.** Pregnancy outcome in teenagers in East Sauterne of Iran. *J Pak Med Assoc.* 2008; 58:541-4.
 21. **Mehta S., Groenen R., Roque F.** United Nations Social and Economic Commission for Asia and the Pacific. (1998). *Adolescents in Changing Times: Issues and Perspectives for Adolescent Reproductive Health in The ESCAP Region.* Retrieved July 7, 2006.
 22. **Mc Cave E.L.** (2008). Best practices to prevent teen pregnancy. In C. Petr (Ed.), *Multidimensional evidence based practice: Synthesizing knowledge, research, and values* (pp. 62-82). New York, NY: Haworth Press.
 23. **Munteanu I.** *Tratat de obstetrică, ediția a II-a, Editura Academiei Române;* 2006. p. 913-914.
 24. **Olausson P., Haglund B., Weitoft G.R., Cnattin-gius S.** Teenage childbearing and long-term socio-economic consequences: a case study in Sweden. *Fam Plann Perspect.* 2001 Mar-Apr; 33 (2):70-4.
 25. **Okpani A., Okpani J.** Sexual activity and contraceptive use among female adolescents – a report from Port Harcourt, Nigeria. *Afr J Reprod Health* 2000; 4 (1): 40–7.
 26. **Raatikainen K., Heiskanen N., Verkasalo P.K., et al.** Good outcome of teenage pregnancies in high-quality maternity care. *Eur J. Public Health* 2006; 16:157–61. [Abstract/FREE Full text]
 27. **Shennan A. H., Bewley S.** Why should preterm births be rising? *BMJ.* 2006;332:924-925.
 28. **Smith G. CS.** Life-table analysis of the risk of perinatal death at term and post term in singleton pregnancies. *Am J Obstet Gynecol.* 2001; 184:489–496. [PubMed]
 29. **Van der Klis K. A., Westenberg L., Chan A., Dekker G., Keane R.J.** Teenage pregnancy: trends, characteristics and outcomes in South Australia and Australia. *Aust NZJ Public Health* 2002 Apr. 26 (2):125-131.
 30. **Хаджиева Э.Д., Яковлева Н.А., Гайдукова И.Р.** К вопросу о родах у юных первородящих. Материалы и тезисы докладов 3-й Всероссийской научно-практической конференции «Актуальные вопросы детской и подростковой гинекологии». СПб., 1998; 180–2.



I. Dumbrăveanu

DISFUNCȚIA ERECTILĂ LA TINERI. CUM DEOSEBIM FALSUL DE REAL SAU UNELE PUNCTE DE REPER PENTRU O EDUCAȚIE SEXUALĂ CORECTĂ

USMF "Nicolae Testemițanu", Catedra de Urologie
(Șef catedră – prof.univ. A. Tănase)

Summary

ERECTILE DYSFUNCTION IN YOUNG PEOPLE. HOW TO DISTINGUISH THE FAKE FROM THE REAL OR SOME GUIDELINES FOR SEXUL EDUCATION.

Keywords: sexual activity, sexual dysfunctions,

Actuality: Sexual activity is an important and essential part in the life of every person. The premises of sexuality are genetically dependent, but a good and harmonious sexuality is educated with the direct involvement of the family and society. With the increasing interest towards sexuality, also has increased the number of sexual dysfunctions, especially in young people. Often these disorders are false due to lack of the right information, or other factors.

Materials & Methods: Based on a study case of a 21 years, this writing describes the problem of erectile dysfunction in young men and the causes of its appearance, and other sexual dysfunctions. Withal the stages of sexual development and the phases of human sexual behavior, romantic, erotic and intimate, are described.

Results: The paper emphasizes that failure of phases consecutiveness, the lack of inner motivation to sexual intercourse, the absence of „falling in love” phase, the rush to get straight to the last stage, most of the times have long-term consequences on individual sexuality and even on society.

Conclusions: Sexuality is not just an instinct or a simple biological demand, it is not limited to the genital and to the purpose, it has many emotional, social, moral and even philosophical connotations. Sexual education of young people should be comprehensive, and viewed not only the undesired consequences of sexuality, like contraception or sexually transmitted diseases, for sexuality as a whole.

РЕЗИОМЕ

КАК ОТЛИЧИТЬ ИСТИННУЮ ИЛИ ЛОЖНУЮ ЭРЕКТИЛЬНУЮ ДИСФУНКЦИЮ В МОЛОДОМ ВОЗРАСТЕ ИЛИ НЕКОТОРЫЕ ПРИНЦИПЫ СЕКСУАЛЬНОГО ВОСПИТАНИЯ.

Актуальность: Сексуальная активность является важным и необходимым фактором в жизни каждого человека. Сексуальность генетически зависима и передается по наследству. В одно и то же время сексуальность можно воспитывать при непосредственном участии семьи и общества. С увеличением интереса к сексуальности увеличилось и количество сексуальных дисфункций, особенно у молодых людей. Часто эти нарушения являются ложными из-за отсутствия достоверной информации, или других факторов.

Материалы и методы: Основываясь на примере пациента 21 лет, статья описывает проблему эректильной дисфункции у молодых мужчин и причины возникновения других сексуальных расстройств. Описаны этапы полового развития, и фазы сексуального поведения человека, романтическую, эротическую и интимную.

Результаты: Автор подчеркивает, что несоблюдение последовательности этих фаз и отсутствие внутренней мотивации и любви, а также стремление молодежи приступить сразу к интимным связям часто имеют долгосрочные последствия личного и общественного характера.

Выводы: Сексуальность это не просто инстинкт или биологическое требование, она не ограничивается на половых органах а имеет многогранный, эмоциональный, социальный, моральный и даже философский характер. Половое воспитание молодежи не должно ориентироваться только на последствия сексуальности, таких как контрацепция или заболевания, передающихся половым путем, а иметь интегрированный подход к сексуальности в целом.

Ключевые слова: Сексуальность, сексуальная активность, сексуальные дисфункции.

Actualitate: Activitatea sexuală este o parte importantă și esențială în viața fiecărei persoane. Sexualitatea unui individ este acea componentă complexă, care generează emoții și activități pozitive ce contribuie nu doar la

perpetuarea speciei umane ci și la menținerea unei stări de sănătate fiziologice, psihoemoționale și a unui echilibru social.

Fiecare persoană are propria sexualitate și înțelege

noțiunea dată prin prisma moștenirii genético-ereditare, a educației primite și a experienței individuale.

Este incorect să interpretăm sexualitatea doar ca pe un instinct și o simplă cerință biologică. Ea nu se reduce doar la actul copulator propriu-zis, urmat de consecințele sale, asupra cărora se insistă foarte mult. Sexualitatea este în primul rând o relație interumană care cuprinde un ansamblu de dorințe, atracții, fantasme, zone erogene și doar în ultimul rând practicile sexuale [3].

Premisele sexualității sunt genetic determinate, dar această predispoziție genetică trebuie (re)cunoscută și interpretată în ansamblu și nu doar în context. După cum se știe, o sexualitate armonioasă se educă cu implicarea directă a familiei și societății. Noțiunile de prietenie, afecțiune, iubire, intimitate vor fi întotdeauna premergătoare unei relații intime și vor fi văzute, trăite și simțite mai întâi în familie, iar mai apoi în mediul social. [1,4]. În ultimii ani interesul față de sexualitate a sporit simțitor, fapt datorat accesului mai facil la informație, dispariției tabieturilor religioase și al schimbării curentelor tradiționaliste cu cele libertine. În contextul, dat interesul adolescenților și al tinerilor către activitatea sexuală este și mai pronunțat comparativ cu generațiile precedente. Vârsta de debut a relațiilor sexuale este în descreștere, astfel circa 46% dintre tinerii de 18 ani sunt deja inițiați în sex. În același timp a crescut numărul celor infectați cu ITS, inclusiv rata de îmbolnăviri cu HIV în rândurile tinerilor, iar rata de avorturi a scăzut nesemnificativ, cu mici deviații regionale. Consecințele vizibile, nedorite ale activității sexuale reprezintă doar vârful aisbergului. Impactul psihoemoțional și social al dereglărilor sexualității urmează încă să fie evaluat. Este cunoscut doar faptul că rata divorțurilor în rândurile tinerilor este de peste 50%. Numărul de persoane tinere care se adresează cu diverse afecțiuni de ordin sexual, precum disfuncția erectilă sau ejacularea precoce la bărbați sau frigidity și anorgasmie la femei, este în continuă creștere. Logic e să ne întrebăm: De ce? Este o tendință temporară? Sau există unele omisiuni de ordin medical sau educațional?

Materiale și metode: În baza analizei unui studiu de caz din practica noastră de medic androlog-sexolog cu experiență de peste 20 de ani în domeniu, voi încerca să abordez problemele respective.

Studiu de caz. Pacientul D. 21 ani. S-a adresat la medicul sexolog cu acuze la disfuncție erectilă, ejaculare precoce, diminuarea libidoului, pierderea interesului față de sex și față de sexul feminin în general. Ultimul act sexual – circa 1 lună în urmă. Acuzele au apărut de circa 1 an, inițial a crezut că este vina partenerii, ulterior a observat că ele se mențin indiferent de parteneră sau perioada de abținere sexuală. Conform sfaturilor prietenilor, a urmat preparate cu vitamine, pastile de Viagra cu efect temporar de care nu este satisfăcut. **Anamneza sexologică:** Orientare sexuală – heterosexuală. Necăsătorit. Nu are parteneră permanentă. Inițierea în domeniul sexualității din surse internet, colegi și prieteni.

*În familie nu se discuta despre sex. Poluții de la 13 ani. Masturbare neagă, spunând că nu este demn pentru un bărbat. Relații sexuale de la 15 ani. Motivația către prima relație sexuală - interes și curiozitate sub influența prietenilor. Prima parteneră sexuală a fost cu 3 ani mai în vârstă. Perioada de întâlniri anterioară primei relații absentă. Până la momentul adresării a avut circa 60 de parteneri. Motivația relațiilor sexuale – pentru plăcere. Durata medie de menținere a unei relații 2 săptămâni. Perioada cea mai mare a unei relații cu o parteneră – 3 luni. Motivul abandonului relației – dispariția interesului. Durata minimă a actului sexual 5 minute. Perioada refractară 15-30 minute. Preludiul practic este absent. Preferă inițierea relației în mod direct, la discotecă, bar, universitate. Durata de întâlniri premergătoare actului sexual de la 1 zi la câteva săptămâni. Se mândrește cu faptul că practic nu a întâlnit nici o fată care să îl refuze. Detestă rețelele de socializare, considerând că o relație nu poate fi decât reală, și nu virtuală. **Anamneza generală.** Născut la termen. Al 2-lea copil în familie, are o soră mai mare. Părinții locuiesc împreună. A crescut într-o atmosferă liniștită. Maladii organice neagă. Infecții cu transmitere sexuală neagă. În majoritatea relațiilor utilizează prezervativul. Media de studii la liceu – 8.9. Actualmente student. Este interesat de viitoarea profesie. **Obiectiv.** Chestionarul validat SHIM – 16 puncte (Disfuncție erectilă ușoară). Tip constituțional normostenic. Înălțimea 180 cm. Greutatea 75 kg. Indicele trohanteric 0,95. Pilozitate masculină. Organele genitale externe – aspect obișnuit. Ereccii nocturne prezente. Investigațiile la ITS – rezultat negativ. Ecografie abdominală și prostatică – N. Examinările bioumorale – N. Nivelul de testosteron 26 ng/ml (N 12 – 27ng/ml).*

Dg. Disfuncție erectilă psihogenă.

Tratamentul prescris. Consiliere psihologică.

Rezultate: Cazul prezentat, tipic de altfel în practica cotidiană, datorită numărului mare de situații similare, nu ridică probleme de diagnostic sau de tratament, ci mai degrabă de ordin social, educațional și financiar. Unele acuze prezentate de pacient sunt false din punct de vedere strict medical, bazate parțial pe necunoașterea unor norme fiziologice și pe unele interpretări greșite, dar care cu timpul s-au impregnat foarte adânc în imaginația personală și au dus la apariția problemei. Pentru a stabili diagnosticul definitiv și a urma un tratament reușit, este necesar timp și investigații costisitoare. Disfuncția erectilă (DE) este incapacitatea unui bărbat de a obține și a menține o erecție suficientă pentru realizarea unui act sexual satisfăcător. Disfuncția erectilă poate să apară la orice vârstă și are cauze psihologice și organice. Incidența globală a disfuncției erectile este de circa 50%, dar în mai puțin de 10% apare la vârstă sub 40 de ani. Prin urmare, la pacientul vârstnic DE are premise organice (ateroscleroza, diabetul zaharat, obezitatea, etc.), la pacientul tânăr majoritatea cazurilor de DE au substrat psihologic, dar nu sunt excluse și cauzele organice precum, hipogonadismul, diabetul zaharat, anoma-

liile vasculare, etc... [2]. Cauzele psihologice ale DE sunt de obicei frica, și anume: frica de insucces, în special la primele relații sexuale, frica de ejaculare precoce, de nesatisfacere a partenerei, de maladii sexual transmisibile, frica de graviditate, etc... care ulterior duc la anxietate și la inițierea unui cerc vicios, adeseori dificil de rupt. Alte cauze ar fi absența unor condiții adecvate pentru desfășurarea actului sexual, nerespectarea igienei personale de către partener, neîncrederea în partener, etc. Testul cel mai important pentru a deosebi o DE organică de cea psihogenă este testul tumescenței nocturne. Un bărbat sănătos are în medie de la 3 la 6 erecții nocturne spontane cu o durată de la 1 la 10 minute. În disfuncțiile erectile organice, erecția nocturnă este absentă sau abia perceptibilă, în disfuncțiile erectile psihogene, erecția nocturnă este prezentă [4].

Ejacularea precoce (EP) se caracterizează prin apariția ejaculării la un interval de mai puțin de 2 - 3 minute de la intromisie sau minim 25 - 30 de fricții. Este o definiție strict medicală, ce include și necesitatea respectării prelu-diului, care din punct de vedere sexologic va avea o durată de 2-3 ori mai mare decât actul sexual propriu-zis. Durata actului sexual de obicei este mai mică la persoanele tinere, fiind dependentă de durata de abținere. Printre cauzele organice ale EP, putem numi inflamațiile urogenitale, în special prostatita cronică, sau anomaliiile congenitale, precum frenul scurt sau fimoză.

Libidoul sau dorința sexuală este un termen specific și este dependent, în primul rând, de nivelul de testosteron atât la bărbați cât și la femei. Libidoul masculin apare și atinge apogeului maxim, manifestat prin excesele sexuale, concomitent cu creșterea testosteronului, în medie de la vârsta de 14 - 15 până la 30 de ani. După această vârstă nivelul de testosteron scade treptat. Alte cauze de diminuare sau dispariție a libidoului sunt condiționate de prezența unor maladii organice sau sunt de ordin psihologic, fiind în linii mari similare celor de apariție a DE [5].

Dacă suprapunem cele expuse cu acuzele prezentate de D., concluzionăm că pacientul are o DE neorganică, cu diminuarea libidoului, fără o ejaculare precoce propriu-zisă, și care nu are nici o cauză din cele enumerate. Prin urmare, este necesar să efectuăm o analiză mai aprofundată.

Etapale dezvoltării sexuale și motivația sexuală.

Orice individ, indiferent de sex sau orientare sexuală, parcurge câteva etape de dezvoltare sexuală, care au o trecere lentă de la una la alta și care, dacă sunt omise, pot avea repercusiuni profunde ulterioare, dar cărora nu li se acordă atenția necesară în timp util.

Prima etapă este cea embrio-fetală sau de stabilire a sexului genetic și a dezvoltării intra-uterine, este destul de complexă și prezentarea ei nu este scopul prezentei lucrări, voi menționa doar că sexul individului este determinat genetic, iar dezvoltarea organelor genitale interne și externe este condiționată de prezența sau absența hormonului masculin – testosteronul.

Etapă a 2-a, prepubertară, este cuprinsă între naș-

tere și debutul pubertății. Este perioada conștientizării propriului sex și a apariției curiozității determinate de sex. Până la vârsta de 3-4 ani copilul nu sesizează sexul la care aparține, ulterior sub influența factorilor sociali, educaționali și de mediu, apare așa-zisa sexualizare psihoafectivă proprie doar individului uman, iar încercările maturilor de a-i atribui sexul opus poate întâmpina rezistență evidentă. La începutul acestei perioade până la vârsta de 3 ani, este foarte necesară prezența și atașamentul față de mamă, absența mamei în perioada respectivă duce ulterior la reacții de fobie și agresiune cu cei din jur. La sfârșitul acestei perioade, în medie către vârsta de 10 ani, copiii cunosc bine diferența între sexe, peste 50 % din ei au o informație detaliată despre organele de reproducere, iar peste 40% participă la diferite jocuri cu caracter sexual. De remarcat că interesul pentru jocuri erotice la această vârstă nu este condiționat de libidoul propriu-zis, ci are conotații social-educative. Este perioada când familia și societatea începe să atribuie sarcini diferite băieților și fetelor, și are loc atașarea profundă involuntară către părintele de același sex. Familia, în general, are un rol esențial asupra sexualității. Comportamentul părinților are influențe majore asupra comportamentului sexual ulterior al copilului. Conștient sau nu, în viața matură copilul va face în primul rând ceea ce a văzut la părinți și apoi ceea ce a auzit din alte surse. Începe afirmarea personalității și individualității copilului.

Pubertatea începe, din punct de vedere fiziologic, odată cu creșterea secreției de gonadotropine, urmată de creșterea gonadelor și alte schimbări ale corpului (păr pubian, dezvoltarea glandelor mamare, lărgirea bazinului la fete, etc.) Este o perioadă care durează în medie 2-4 ani, iar la fete începe mai devreme cu circa 2 ani față de băieți. Această perioadă la fete se finalizează cu apariția menstruației, iar la băieți – a poluției nocturne. Fiziologic, începe perioada adolescenței [2].

Din punct de vedere psihologic, trecerea de la pubertate la adolescență nu este atât de evidentă. Transformările psihologice încep la pubertate, adeseori nu doar sub influența factorilor fiziologici, în primul rând hormonal, ci și a mediului social – școala, massmedia, etc. Din momentul în care organele sexuale încep să funcționeze în mod deplin foarte mulți confundă o simplă etapă a dezvoltării sexuale cu activitatea sexuală. Apariția menstruației la fete și a poluției la băieți arată o stare de normalitate a organismului, și este un indicator important fiziologic că organismul a început etapa sexualității mature, și nici de cum faptul că este pe deplin pregătit pentru activitatea sexuală propriu-zisă. În această perioadă, tinerii au foarte multe întrebări, inclusiv ce țin de sexualitate, și neavând răspunsuri adecvate și adevărate din partea familiei sau societății (școală, massmedia, prieteni, colegi, etc.), încearcă să se exploreze pe sine sau lumea înconjurătoare. În același timp, unele răspunsuri greșite îi vor orienta pe piste false cu urmări de multe ori ireversibile. În adolescență se formează orientarea psihosexuală a individului, se pun premisele caracterului sexual ulterior,

are loc trecerea de la faza de romantism a libidoului la cea erotică, apoi la cea sexuală. Este foarte important ca, la această etapă, să se respecte o anumită continuitate: apariția dorinței, care are inițial un caracter difuz și confuz, urmată de căutarea și obținerea informației, faza de fantasme, adeseori concretizată cu începutul masturbării, urmată de căutarea și găsirea subiectului sexual. Alegerea sau selecția partenerului sexual nu trebuie lăsată pe seama întâmplării, inițial ea se formează ca o imagine globală, care constă din mai multe secvențe parțiale prin prisma educației, a cunoștințelor teoretice obținute din cărți, filme, etc. Urmează aprecierea corespunderii partenerului după principii morfologice (forma corpului, culoarea părului sau a ochilor etc.) și psihologice (caracter, cunoștințe generale, etc.). Următoarea etapă este cea erotică, manifestată prin flirt, jocuri în doi, plimbări, săruturi, etc., și doar mai apoi după a anumită perioadă, cea sexuală, sau actul sexual propriu-zis, care obligatoriu, indiferent de vârstă, va respecta preludiul, ca o componentă esențială. Prezența fazei de îndrăgostire reciprocă, de extaz și stimă este foarte importantă, în special la începuturile unei relații intime, pentru a nivela posibilele erori sau greșeli tehnice, proprii fiecărei persoane. Chiar și în condițiile respectării tuturor etapelor sus-numite, nu toate actele sexuale vor fi de la bun început satisfăcătoare pentru ambii parteneri. Orice cuplu are nevoie de o anumită perioadă de adaptare, care poate dura luni de zile și care necesită în primul rând comunicare. Cu părere de rău, excesul de informație, pe de o parte, sau lipsa unei informații corecte, pe de alta, a făcut ca în cadrul relațiilor dintre tineri să dispară etape întregi ale unui comportament sexual normal, în primul rând a fazei de erotism (întâlniri romantice, îmbrățișări, săruturi, mângâiere reciprocă, petting). Se preferă trecerea directă la ultima fază, cea sexuală, dar și aici fără respectarea unor noțiuni elementare, precum preludiul, etc. De cele mai multe ori tinerii sunt informați deja despre consecințele unui act sexual, precum ITS sau graviditatea, și de puține ori sau deloc nu li se vorbește despre etapele necesare unui comportament sexual. Urmările sunt evidente – răzbunarea naturii, manifestată prin lipsa interesului față de sex, dispariția valorilor interumane, în special a comunicării, a respectului față de partener, a necunoașterea noțiunii de dragoste sau iubire și, în ultimă instanță dispariția valorilor familiale și creșterea îngrijorătoare a ratei de divorț, etc... Deseori, în cazul când unele componente ale comportamentului sexual au fost omise în tinerețe, ele vor fi aplicate și trăite la vârsta adultă, când există deja alte griji sau valori. Și atunci apar situații când bunelul încearcă să parcurgă aceiași pași ca și nepotul său, și mai trist,...împreună cu o “nepoțică”.

Următoarea etapă a dezvoltării sexuale, care poate coincide cu vârsta biologică a adolescenței, este etapa de tranziție, care pornește odată cu începutul vieții sexuale și durează până la instituirea unui ritm fiziologic regulat, dependent de constituția sexuală individuală, în condițiile unui parteneriat permanent. Este perioada exceselor

sexuale, manifestate prin acte sexuale repetate în 24 ore, finalizate cu ejaculare sau orgasm. Etapa de tranziție durează în medie 4-6 ani și este urmată de etapa sexualității mature, caracterizată prin menținerea ritmului sexual adecvat, în medie 2-3 relații sexuale pe săptămână. Foarte mulți tineri confundă și nu parcurg aceste etape în mod natural, ci încearcă să mențină un ritm sexual, sau excese sexuale încă de la începuturile unei relații la o vârstă timpurie. Este o părere falsă. Chiar dacă adolescentul a avut deja o experiență sexuală, nu este necesar ca ritmul relațiilor sexuale să se respecte la această vârstă, precum nu este necesară extenuarea, adeseori, artificială a organismului pentru a demonstra capacitatea de a fi mai potent.

Motivația sexuală. Adolescența este perioada când se confundă noțiunile de sex și dragoste. Este perioada când exprimarea necesităților sexuale este diferită la băieți și fete. Perioada când principala motivație sexuală este curiozitatea, condiționată sau nu de nivelul hormonal.

De ce este sexul necesar? Nu mă voi opri la beneficiile sexului pentru organism, voi aminti doar că ele au fost studiate și sunt recomandate pentru organismul matur. Din punct de vedere sexologic sunt 3 motive de bază: biologic, cu scop de reproducere a speciei umane; hedonic, în scopul obținerii plăcerii și relațional, care constă în oferirea și obținerea unei plăceri. La vârsta adolescenței și a tineretii, realizarea primului motiv este mai degrabă o consecință nedorită și nu un scop în sine al relațiilor sexuale. De asemenea, la vârsta respectivă dezvoltarea și maturitatea psihologică a organismului, mai ales a celui masculin, foarte rar corespunde realizării celui de al 3 motiv, cel de a oferi în primul rând, apoi de a obține o plăcere în urma unei relații intime sau, conform ultimelor studii în materie de sexologie, relațiile intime sunt percepute ca forma superioară de comunicare interumană [2], iar realizarea acestui deziderat stă la baza unei relații trainice și a unui cuplu fericit. Rămâne să analizăm scopul hedonic, cel de a obține o plăcere. Este o motivație acceptabilă, unanim recunoscută și este dreptul fiecărei ființe umane de a beneficia de plăcere, dar...nu și unicul. Accentuarea, informatizarea și utilizarea excesivă doar a acestui motiv, în special la o vârstă nu pe deplin matură, va pătrunde la nivel de subconștient, va produce unele schimbări greu reversibile și va face să prevaleze pe parcursul întregii vieți, în detrimentul altor motivații. Și mai grav este când plăcerea actului sexual, în special la sexul masculin, a fost trăită nu ca urmare a unui imbold interior, ci sub influența mediului social. În atare situații, actul sexual nu va fi perceput ca ceva magic și sublim, ca punctul culminant al unei relații, ci ca o situație generatoare de plăceri, precum folosirea unei băuturi răcoritoare sau a gumei de mestecat. Studiul de caz prezentat anterior este un exemplu elocvent în acest sens. Pacientul D. dăa impresia că este bine informat despre sex, dar în realitate, el cunoaște doar consecințele nedorite ale unui act sexual, maladiile sexual transmisibile și graviditatea. Nici una din etapele comportamentului sexual nu au fost respectate, motivația sexuală la prima relație nu a fost un

imbold intrinsec, ci unul extern. Chiar dacă până la 21 de ani a avut peste 60 de parteneri și a realizat performanța de a nu avea nici o infecție cu transmitere sexuală, personalității lui D. i-a lipsit cu desăvârșire componenta de comunicare interumană, iar relațiile dintre sexe au fost percepute în scop unilateral și egoist. Posibil că nu este târziu ca, în cazul dat, situația să se remedieze, dar ea se poate ameliora doar cu ajutorul specialistului în domeniu, nu peste noapte și cu eforturi considerabile din partea ambelor părți.

În **concluzie**, disfuncția erectilă la tineri este în majoritatea cazurilor psihologică și apare fie din necunoașterea unor normative fiziologice, fie din nerespectarea etapelor comportamentului sexual. Sexualitatea nu este doar un instinct sau o simplă cerință biologică. Sexualitatea nu se limitează doar la domeniul genital și la scop, ci are foarte multe conotații emoționale, sociale, morale

și chiar filosofice, iar abordarea în cadrul educației sexuale doar a urmărilor nedorite ale sexualității este unilaterală, adeseori cu urmări imprevizibile la distanță.

Bibliografie

1. Guidelines on Male Sexual Dysfunction: Erectile dysfunction and premature ejaculation. E. Wespes, I. Eardley, F. Giuliano et al. © European Association of Urology 2013
2. The ESSM Syllabus of Sexual Medicine. Editor H. Porst, Y. Reisman. Amsterdam 2012.
3. Macrea Rodica, Macovei Ioana. Dictionar de sexologie. București. 2009.
4. ABC of Sexual Health. Editor J. Tomlinson. Edizione italiana. Roma 2000.
5. Лечение эректильной дисфункции. Под ред. Профессора И.И. Горпинченко. Киев. 2008.

TEZE



Aliona Tihon

DEPENDENȚA DE CALCULATOR

Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”

Catedra de Igienă generală

Cuvinte-cheie: comportament dependent, utilizarea calculatorului, dependența de internet.

Abstract: *The present study examined excessive Internet adolescents and a psychological aspect of users, sensation seeking, thus to differentiate motivation of Internet dependent and non dependent adolescents.*

Obiective: Noile dependențe ale omului modern ridică întrebarea dacă aceste dependențe de internet sunt cu adevărat periculoase. Probleme legate de sfera noțiunii de dependență, adicție, comportament dependent (adictiv) implică o analiză a conceptelor actuale. Lucrurile se complică constatând că în orice activitate soldată cu recompensă (psihemoțională), pentru cei vulnerabili, există riscul unui comportament compulsiv.

Scopul studiului este de identificare a comorbidităților psihiatrice asociate dependenței de calculator.

Material și metode: cuprinde un număr de 350 de elevi, cu vârste cuprinse între 12 și 18 ani, care au răspuns la un chestionar care conține 35 de întrebări legate de activitățile desfășurate la calculator.

Rezultate: În interesul studiului nostru am analizat datele ținând cont de grupa de vârstă a participanților, știut fiind faptul că fiecare palier are caracteristicile proprii de interese, aptitudini, mod de socializare. Au rezultat astfel două grupuri:

- 12-14 ani, cuprinzând un număr de 223 participanți.
- 15-18 ani, cu un număr de 127 respondenți.

Am ales să comparăm frecvența comportamentelor raportate la itemii de dependență de elevii din grupul studiat, respectiv cei identificați ca fiind dependenți potrivit criteriilor lui Kimberly Young:

- sentimentul că este preocupat permanent de calculator
- simte că trebuie să petreacă tot mai mult timp la calculator pentru a ajunge la o stare de „bine”;
- incapacitatea de a controla timpul petrecut la calculator;
- senzația de iritabilitate, tristețe când se oprește din utilizarea calculatorului;
- folosește calculatorul pentru a scăpa de probleme, pentru a-și „ridica moralul”;
- minte familia și prietenii pentru a putea prelungi timpul dedicat calculatorului;
- riscă pierderea relațiilor sociale, a serviciului, oportunitățile pentru o carieră profesională sau educativă;
- devine neliniștit odată ce a întrerupt activitatea on-line și se gândește la cea viitoare.
- rămâne conectat mai mult timp decât era prevăzut;

Concluzii: Semnele și simptomele dependenței de internet includ: o desconsiderare generală pentru sănătate și aspect; privarea de somn datorită petrecerii unui timp îndelungat online; scăderea activității fizice și a interacțiunii sociale cu alte persoane, rezultate școlare slabe, absenteism școlar, izolare socială. Dependența de internet acoperă o varietate largă de comportamente și probleme, cel mai des întâlnite fiind dependența de jocurile online, fie că sunt de noroc sau nu, și dependența de relaționarea virtuală, mai precis o supraimplicare în relațiile cu cei de sex opus.

Aliona Tihon

DEZVOLTARE EMOȚIONALĂ ÎN PERSPECTIVA COMUNICĂRII

Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”

Catedra de Igienă generală

Cuvinte-cheie: adolescență, relații, comunicare, inteligență emoțională, conceptualizarea educației, adolescenți-părinți

Abstract

The adolescence ages was and are concern subject of many scholars. One of the most important and influence social factors is parents' family. The family conditions of social situation type of acceptance, material and intellectual level of parents in a great, measure determine the child way in life.

Obiective: Prin comunicare individul se umanizează; își formează și dezvoltă personalitatea; se asigură transmiterea experienței sociale; permite influențarea educative-formativă a individului. În lipsa comunicării: individul rămâne la nivelul dezvoltării biologice; este izolat, inapt pentru interacțiunea socială; este privat de capacitatea de integrare în colectivitate.

Scopul acestui studiu este de a evidenția predominarea tipului de relații interpersonale dintre „adolescenți-părinți” la etapa contemporană.

Material și metode: Argumentarea convergenței noilor dimensiuni ale educației în dezvoltarea emoțională pentru comunicare a adolescenților.

Rezultate: Studiul dat constă în conceptualizarea educației pentru dezvoltare emoțională în perspectiva comunicării bazate pe valorile inteligenței emoționale la nivelul obiectivelor dezvoltării afective, a conținuturilor specifice și a strategiilor educaționale bazate pe comunicare, realizate prin valorificarea mijloacelor comunicării verbale – prin limbaj verbal și nonverbal – prin mimică, pantomimică, gestică; paraverbale, vizuală realizată prin reclame, sigle sau prin mijloacele artei plastice; în interacțiunea comunicativă a adolescenților pentru transmiterea conținuturilor afectiv-atitude orientate spre dezvoltarea competenței de comunicare socială a emoțiilor, reflectată în valorile inteligenței emoționale.

Concluzii: Adolescentul contemporan trăiește într-o lume plină de tensiuni, de schimbări socio-economice și politice, de evoluție și redefinire a profesiilor și ocupațiilor. Adolescenții se caracterizează și printr-o evoluție vulcanică a capacităților creative în multe domenii în care până acum nu excelau sau nu se făceau remarcăți.

Iurii Arian

SEXUAL HEALTH OF PEOPLE WITH LOCOMOTOR DISABILITIES – A COMPREHENSIVE STUDY

State University of Medicine and Pharmacy “Nicolae Testemitanu”

Keywords: Sexuality, disability, locomotor disabilities, sexual health

Introduction: Sexuality and sexual health of people with disabilities have been neglected by the health care system across the country and region for a long period of time. Disabled people face dominant social norms that primarily hold them to be asexual and childlike, without any desire and undesirable. Although some physical disabilities directly affect sexuality by disablement of genital function, most of them do not. At national level, sexual health statistics for disabled people are almost non-existent.

Materials and methods: Evidence from all the relevant articles and bibliographic sources referring to sexual health of disabled people has been analyzed and reviewed.

Results: The study identified specific and nonspecific mechanisms affecting sexual function in people with locomotor disabilities. Specific mechanisms, such as neuro-autonomic mechanism and neuromuscular mechanism have been determined. Impairment of sexual function through neuro-autonomic mechanism occurs in transverse spinal cord injuries and in other pathologies involving the sympathetic and parasympathetic spinal center segments, reflex pathways and sensory pathways. Through neuromuscular mechanism, the importance of motor control on sexual function was recognized. The impairment of motor control has been identified at three levels: cerebral motor neuron damage (cortical and subcortical), spinal motor neuron damage and lesions of peripheral nervous structures and muscles. More than that, neuromuscular mechanism was identified to be responsible for affecting sexual function of people with locomotor disabilities in most of the cases, neuro-autonomic mechanism being an optional one, met mostly in transverse spinal injuries. Regarding nonspecific mechanisms, the following ones were defined: genital mechanisms, complementary pathological mechanisms, psychosocial mechanisms and iatrogenic mechanisms.

Conclusions: Existing studies on sexual health of people with locomotor disabilities are limited and statistics are almost non-existent, most of them approaching this issue from social perspective rather than from a medical one. Most studies emphasize the need of sexual health services for people with disabilities, pointing, in the same time, at the low competence of health care providers. Defining the mechanisms which affect sexual function in people with locomotor disabilities and developing the patient-centred assessment algorithm on sexual health for people with locomotor disabilities represent a special practical interest both in clinical practice as well as for further studies on patients.

Veronica Cernelev
FACTORII DE RISC AI OBEZITATII LA ADOLESCENȚI
Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie "Nicolae Testemitanu"
Catedra Endocrinologie

Cuvinte cheie: Adolescenți, obezitate, factori de risc.

Relevanța subiectului: Obezitatea și suprapondera afectează aproape 1/3 din tineri, 23 mln de copii și adolescenți suferă de această problemă. Din 1980 rata obezității la adolescenții de vârstă cuprinsă între 12-19 ani s-a triplat, ajungând de la 5,0% la 17,6% în prezent. Conform datelor OMS, în România prevalența obezității și supraponderii la adolescenți este 10,6% pentru fete și 18,6% pentru băieți. Conform datelor naționale, în Republica Moldova, în anul 2012, s-au înregistrat 3171 cazuri de obezitate la copiii de 0-18 ani, dintre care 969 cazuri noi. Incidența este de 13,16 cazuri și prevalența de 43,06 cazuri la 10.000 locuitori. Scopul lucrării a fost studierea factorilor de risc ai obezității la adolescenții din Colegiul Pedagogic "Vasile Lupu" din Orhei și Colegiile de Medicină din Orhei și Chișinău.

Materiale și metode: Lotul de studiu l-au constituit 250 de adolescenți din Colegiul Pedagogic "Vasile Lupu" din Orhei și Colegiile de Medicină din Orhei și Chișinău, care a fost divizat în 3 loturi în dependență de IMC și sex. A fost efectuat un studiu clinico-statistic retrospectiv tip caz-martor pe perioada anilor 2013-2014. Au fost elaborate 2 chestionare, unul pentru adolescenți și altul pentru părinți. Parametrii antropometrici au fost determinați cu cântarul (masa corpului) și cu taliometrul (talie). IMC a fost calculat cu ajutorul programului EXCEL BMI Calculator. Analiza statistică a datelor s-a efectuat cu ajutorul testului t-Student. IC = 95% dacă $p < 0,05$.

Rezultate: În lotul de studiu, frecvența supraponderii a fost de 14,4 % și a obezității de 17,6%. Suprapondera a fost prezentă preponderent la fete în 10,4% cazuri, iar a obezității la băieți în 11,2% cazuri. La vârsta de 17-18 ani se observă o creștere progresivă a masei corporale atât la fete cât și la băieți.

Concluzii: Factorii de risc identificați pentru obezitate la adolescenți au fost: prezența obezității la rudele de gradul I, numărul mic (<2) mese pe zi, consumul de fastfood, lipsa activității fizice, timpul petrecut în fața TV și nerespectarea regimului somn-veghe.

Cătălina Croitoru
ACUZELE SUBIECTIVE SPECIFICATE DE COPII ÎN UTILIZAREA COMPUTERULUI
Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie "Nicolae Testemitanu"
Centrul Național de Sănătate Publică

Cuvinte cheie: elevi, computer, oboseală.

Actualitate. Fluxul informațional nou, utilizarea tehnologiilor computerizate, răspândirea jocurilor pe calculator influențează sănătatea și educația copilului. Unii oameni sunt convinși că computerul oferă noi posibilități pentru dezvoltarea creativă a copiilor și profesorilor, alții afirmă că activitatea incorectă, de lungă durată la computere poate afecta grav sănătatea copiilor.

Material și metode. Obiectul studiului au fost elevii din clasele a 7-a, din 10 instituții de învățământ preuniversitar din or. Chișinău. Metoda de cercetare utilizată a fost ancheta sociologică, iar instrumentul aplicat – chestionarul. Au fost supuși chestionării 1000 de copii, dintre care 905 copii au completat chestionarul fără greșeli. Din ele au fost analizate 552 chestionare, care au inclus răspunsuri despre apariția oboselii și acuze subiective prezentate de elevi.

Rezultate. Din acest număr, 42,6% elevi au afirmat că obosec și 33% – că obosec uneori, la utilizarea computerului. La o pătrime senzația de oboseală apare după 5 ore de lucru. Cota parte a senzațiilor neplăcute în regiunea ochilor (înțepături, usturime, uscarea suprafeței globului ocular, senzație de „nisip” în ochi, lăcrămație abundentă ș. a) - 35,4%. Dureri de cap au fost specificate în 28,5% cazuri, 26,2% din simptome constituiau dureri în regiunea coloanei vertebrale la diferite nivele: cervical, toracic, lombar. Un număr mic de senzații neplăcute sau referit la dureri în mâini, amorțirea degetelor, furnicături – 3,1%. Circa 2,6% elevi au acuzat simptomele oboselii generale, 2,5% – somnolență, 0,8% amețeli. De asemenea au fost specificate senzații pozitive – de bună dispoziție, distracție – 0,9%.

Concluzii. Există argumente pro și contra pentru folosirea computerului în educația copiilor și trebuie găsită soluția ideală pentru utilizarea fără daune pentru sănătate. Cheia succesului în acest caz, este limitarea timpului de aflare în fața computerului.

Lora Gîtu
**DEFICITUL DE FIER LA ADOLESCENȚI ÎN REPUBLICA MOLDOVA:
UNELE ASPECTE PROFILACTICE**

*Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie "Nicolae Testemițanu"
Catedra Medicina de familie*

Cuvinte-cheie: adolescente, deficit de fier, anemie, profilaxie.

Relevanța subiectului: Anemia fierodeficitară la adolescenți rămâne o problemă actuală a medicinei contemporane, atât datorită nivelului înalt al răspândirii, cât și sub aspectul alegerii metodelor curative și profilactice.

Material și metode: Am efectuat un studiu complex epidemiologic, clinic, paraclinic, sociologic al deficitului de fier (DF) la 220 adolescente din Republica Moldova, cu vârsta medie 16,9±0,04 ani, care în funcție de gradul DF, au fost repartizate în 4 loturi: sănătoase (n=114) și cu DF prelatent (n=68), DF latent (n=22) și cu anemie (n=16). Ulterior, prin metoda randomizării, au fost selectate câte 2 subgrupe în fiecare lot, cu și fără intervenție terapeutică și profilactică, cu preparat de fier (Sulfat de fier bivalent). Supravegherea cu examinare complexă în dinamică a tratamentului s-a efectuat după 6 luni, iar a profilaxiei după 12 luni. A fost aleasă metoda suplimentării cu preparat de fier bivalent, câte o pastilă de 2 ori pe săptămână.

Rezultate: Ca urmare a profilaxiei s-a constatat majorarea conținutului hemoglobinei și fierului seric în toate loturile. Conținutul de Hb a crescut de la 118,4±2,77 g/l la 127,8±1,72 g/l în lotul I (AF), de la 125,3±1,18 la 126,8±23,34 g/l în lotul II (DF latent) și de la 125,6±1,04 la 126,8±1,28 g/l în lotul III (DF prelatent) ($p<0,05$). Oscilațiile fierului seric se încadrează de la 11,7±1,69 la 13,6±1,54 în lotul I, de la 14,9±2,3 la 19,5±4,11 în lotul II și de la 13,4±0,91 la 16,1±1,64 în lotul III ($p<0,05$). Conținutul feritinei înregistrează o dinamică negativă, cu 1,5–3,9 ng/ml, în toate loturile investigate, iar în subloturile "fără profilaxie", descreșterea este mai mare constituind 5,1 ng/ml în cazul DF prelatent, 11,0 ng/ml în cazul DF latent și 5,8 ng/ml în cazul AF. S-a constatat anemizarea adolescentelor în 37 cazuri (33,7%), diagnosticate inițial sănătoase.

Concluzii: Restabilirea feritinei este de lungă durată și în condiții de ambulatoriu depinde de complianță, condiționată de nivelul de cultură sanitară a adolescenților, de particularitățile sociale și de comportament ale tinereii generații, de toleranța preparatelor de fier.

Eudochia Mihalachi, Victoria Purice
**IMPORTANȚA PROMOVĂRII IGIENEI ORALE PRINTRE ADOLESCENȚII CU AFECȚIUNI
SOMATICE CRONICE SANGVINE**

Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie "Nicolae Testemițanu", facultatea Stomatologie

Cuvinte-cheie: Igienă orală, leucemie, motivare, adolescenți

Relevanța subiectului: Cercetările recente în domeniu demonstrează tot mai mult interdependența dintre cavitatea bucală și restul organelor și sistemelor, putându-se astfel explica legătura care trebuie să existe între stomatologie și celelalte științe medicale, stomatologia devenind astfel un colaborator prețios pentru diagnosticarea unor boli generale, precum și pentru tratarea unor manifestări secundare afecțiunilor generale cronice.

Material și metode: În cadrul studiului, au fost investigați și instruiți 25 de pacienți cu afecțiuni cronice sangvine, s-a apreciat nivelul de motivare al adolescenților și părinților lor privitor la igiena orală prin metoda de anchetare.

Rezultate: Studiul nostru a demonstrat că adolescenții și părinții lor nu posedă cunoștințe suficiente pentru a efectua corect un program de igienizare a cavității orale. Atenționăm și asupra unui nivel inferior de cultură igienică a populației, lipsei comportamentului sanogenic în mediul familial.

Analiza rezultatelor aplicării metodelor educaționale a demonstrat că pentru a motiva și conștientiza adolescenții în vederea autoîngrijirii dentare corecte și continue, cele mai eficiente sunt metodele de educație complexă, cu utilizarea largă a mijloacelor audio-vizuale și instruirea bazată pe principiul de problematizare.

Concluzii:

1. Organismul uman este un tot unitar aflat într-un perfect echilibru biologic. Patologia analizată, atât la nivel oral cât și general, pledează pentru aspectele corelative ale binomului unitate dentară-organ afectat, elocvente fiind modificările traseelor termografice pentru aria somatică analizată ulterior terapiei specifice stomatologice.

2. Pacienții cu boli sistemice, igiena orală deficitară, boală parodontală, status nutrițional slab au ca rezultat diagnosticarea într-un timp foarte scurt a unei forme acute de boală carioasă.

3. Din punct de vedere parodontală, se remarcă forme de gingivită care variază de la forme simple la forme complicate, de la banale afectări inflamatorii bacteriene la gingivite hiperplazice, fiind puternic influențate de modificările repetate ale constanțelor sangvine, cum sunt: hemoglobina, hematocritul, numărul de leucocite și de trombocite.

Svetlana Taras
RELAȚIA DINTRE STILURILE DE DRAGOSTE ȘI SATISFACȚIA ÎN CUPLU
CSPT Orhei (magistru în psihologie clinică)

*Dragostea este unicul răspuns satisfăcător
la problema existenței umane.
(Erich Fromm)*

Cuvinte cheie: stil de dragoste, Eros, Ludus, Agape, satisfacție în cuplu

Psihosociologul american, J. A. Lee, a elaborat teoria stilurilor de dragoste – modelele prin care indivizii operează în iubire, astfel identificând șase stiluri: Eros (iubirea pasională), Ludus (iubirea joc), Storge (iubirea prietenească), Mania (iubirea posesivă), Pragma (iubirea practică), Agape (iubirea altruistă).

Satisfacția în cuplu reprezintă o apreciere globală, individual-subiectivă a calității vieții de cuplu. Ea este condiționată de un spectru larg de factori - premaritali, factori economici și sociali, factori ce țin de personalitatea partenerilor și de specificul cuplului: similitudinea, factorii cognitivi, atitudinea față de dragoste, intimitatea, stilul de atașament al partenerilor de cuplu.

Ne-am propus identificarea și studierea relației dintre stilurile de dragoste și satisfacția în cuplu.

Instrumentele utilizate în cercetare sunt *Scala atitudinii în dragoste* (Hendrick & Hendrick, 1986) și *Testul Satisfacției în cuplu* (Romanova, Butenko).

Eșantionul de studiu l-au constituit 40 cupluri cu durata căsniciei sub 10 ani.

Rezultatele studiului: *Agape* corelează cu satisfacția în viața de cuplu ($r = 0,741$, $p = 0,001$), patternurile de altruism, sacrificiu, responsabilitate condiționează o apreciere subiectivă înaltă și o implicare profundă în viața de cuplu.

O altă corelație semnificativă identificată în studiu este pentru stilul *Eros* ($r = 0,730$, $p = 0,001$), deci factori predictibili ai satisfacției sunt emoțiile intense, axarea pe senzualitate, sexualitate, romantism, idealizarea și preocuparea pentru înnoirea continuă a relației.

Între stilul *Ludus* și satisfacția în cuplu s-a stabilit o corelație invers proporțională ($r = -0,762$, $p = 0,001$). Or, factorii precum detașarea de relație, distanță emoțională față de partenerul de cuplu, iresponsabilitatea, imaturitatea, implicarea scăzută în relație, infidelitatea constituie predictorii negativi pentru satisfacția amoroasă sau factori ai eșecului conjugal.

Concluzii: unde dragoste nu e, nimic nu e, însă, în cheie psihologică, există necesitatea de a defini explicit fenomenul dragostei alături de calificativele de dăruire și acceptare necondiționată, sacrificiu, romantism, pasiune, senzualitate și sexualitate, acestea constituind premise și caracteristici ale racordării în melodiile armoniei în cuplu.

Galina Leșco

**PARTICULARITĂȚILE COMPORTAMENTULUI CONTRACEPTIV ȘI OPȚIUNILE DE SECTARE A
METODELOR DE CONTRACEPȚIE LA ADOLESCENȚII SEXUAL-ACTIVI**

Centrul de Sănătate Prietenos Tinerilor Neovita, IMSP AMT Râșcani, Chișinău, Republica Moldova

Cuvinte-cheie: adolescenți, sarcină precoce, comportament contraceptiv, contracepție, contracepția cu efect îndelungat reversibil (LARCS) .

Actualitate. Nașterile la adolescente constituie 10% din numărul total de nașteri în Republica Moldova, constituind un risc major de sănătate atât pentru mamă cât și pentru făt. Consecințele sarcinii precoce sunt atât de ordin medical, precum și psiho-social. Astfel, implementarea măsurilor eficace de prevenire a sarcinii precoce au o importanță prioritară pentru ameliorarea indicatorilor sănătății reproducerii în general.

Materiale și metode. Analiza secundară a rezultatelor studiilor comportamentale în sănătatea și dezvoltarea adolescenților (2003 și 2012) cu aplicarea unui chestionar autocompletat pe un eșantion de 2400 respondenți adolescenți de 10-19 ani în cadrul instituțiilor de învățământ, reprezentativ la nivel național (sondajul a fost efectuat în mod repetat – în 2003 și 2012 utilizând o metodologie similară); a statisticilor oficiale în domeniu și datele reviuului de evidențe referitor la abordările contemporane în selectare a metodelor de prevenire a sarcinii la adolescenți.

Rezultate. În 2012, 38% din adolescenții de 15-19 ani din Republica Moldova au indicat că au avut relații sexuale. Comportamentului sexual la adolescenți are o serie de particularități: la ei are loc debutul relațiilor sexuale, adeseori, nu conștientizează riscurile, nu pot prognoza urmările în multe cazuri și este mai mare probabilitatea să nu utilizeze metode de protecție; predomină curiozitatea, dorința de a fi matur; caută obținerea dragostei, plăcerii (în lipsa dragostei în familie – legături cu parteneri mai în vârstă, incest); are un caracter sporadic și întâmplător cu mai mulți parteneri ocazionali sau mai multe relații stabile în serie, au o complianță joasă cu metodele de contracepție care trebuie administrate zilnic/în mod constant.

Conform datelor disponibile, în decursul ultimului deceniu, a sporit proporția adolescenților de 15-19 ani sexual activi care au utilizat prezervativul la primul contact sexual (de la 47% în 2003 spre 61% în 2012) și a celor care l-au folosit consistent în decursul ultimului an (de la 35% în 2003 spre 52,8% în 2012). Totodată, este îngrijorător faptul, că s-a redus proporția adolescenților care utilizează și alte metode eficiente de prevenire a sarcinii, cum ar fi pastilele contraceptive (de la 17,4% în 2003 spre în 8,8% în 2012) și a DIU (de la 2,8% în 2003 spre 1% în 2012) și a sporit de circa 2 ori proporția celor care nu utilizează nici o metodă de prevenire a sarcini (de la 5,6% în 2003 spre 9% în 2012).

Concluzii. Pentru a reduce impactul sarcinii precoce, adolescenții trebuie să beneficieze de programe complexe de educație sexuală în instituțiile de învățământ, în familie și societate în general, care include și subiectele de comportament contraceptiv sigur. La fel, este crucial de asigurat accesul acestora la metode contraceptive eficiente. În selectarea metodelor de contracepție pentru adolescenți, specialiștii trebuie să ia în considerare, că adolescenții sunt eligibili pentru toate metodele de contracepție – nu este nici o metodă care nu poate fi folosită doar pe motive de vîrstă; prezervativul trebuie să fie totdeauna recomandat în consilierea contraceptivă; metoda dublă de protecție trebuie promovată printre adolescenți; adolescenții trebuie să fie informați despre contracepția de urgență. Contracepția cu efect îndelungat reversibil (LARCs) trebuie să fie în particular disponibilă și pentru adolescenți - DIU, injectabile.

Чебан О.С., Зарбаилова Н.К., Азбукина Л.Н.

«БЕЗОПАСНЫЙ АБОРТ» ДЛЯ СОХРАНЕНИЯ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ МОЛОДЕЖИ

Центр репродуктивного здоровья и планирования семьи при ГУ «Центр матери и ребенка», г. Тирасполь

Актуальность: Искусственное прерывание нежелательной беременности является одним из наиболее значимых медико-социальных факторов, оказывающих негативное влияние на репродуктивное здоровье молодежи.

Цель исследования. Изучить основные статистические данные и особенности оказания качественных услуг по прерыванию беременности медикаментозным методом у подростков и молодежи в условиях Центра репродуктивного здоровья и планирования семьи г. Тирасполь .

Материалы и методы исследования. Под нашим наблюдением в Центре репродуктивного здоровья, город Тирасполь находилось 305 женщин в возрасте от 13 до 40 лет, из которых возрастная группа до 25 лет составила 42,6%, которым было произведено медикаментозное прерывание беременности в сроке до 63 дней аменореи с заполнением анонимных анкет по желанию женщины в период с Января 2013 года по сентябрь 2014 года. Обязательное минимальное обследование: УЗИ органов малого таза, кровь на РВ и ВИЧ после консультирования «до теста», бактериологический анализ влагалищного содержимого. Во время консультирования установлено отсутствие противопоказаний для проведения медикаментозного прерывания, предоставлена информация о всех методах прерывания беременности, правах пациента, предложена психологическая помощь, заполнен бланк информированного согласия, подписывая который, женщина подтверждает что она полностью информирована о методе предстоящего прерывания и согласна с ним. В возрастной группе до 15 лет, согласно закона « Об охране репродуктивного здоровья граждан и о планировании семьи» прерывание производилось с согласия родителей или иных законных представителей. При первом посещении женщина получала препарат мифепристон (антипрогестагенное средство) в дозе 200 мг, под контролем медицинского персонала. Через 24-27 часов пациентка принимала простогландин в дозе 400 мкг сублингвально при желании под контролем специально обученного среднего медицинского персонала в специально оборудованном помещении. Подросткам предлагалась возможность присутствия партнера для поддержки при приеме мизопростола. Проведен анализ социального статуса, возрастного состава, паритета, предпочтения медикаментозному аборту, принятиях решения об аборте, некоторых психологических аспектов, присутствия партнера при процедуре у пациенток выбравших медикаментозный аборт с целью прерывания нежелательной беременности.

Результаты исследования. По изученным данным получены следующие факты. Возрастной состав: возраст 13-17лет – (4,9%); 18-19лет – (9,8%); 20-25лет – (27,9%); 26-35лет – (44,5%); старше 35 лет – (12,9%).

Паритет: не рожавшие-(42%) – 1 роды (36%) 2 и более родов – (22%).

В анамнезе: нет абортов – (46%); были аборты – (54%) из них хирургические – (40,5%); медикаментозные – (13,5%).

Семейное положение: замужем – 32%; не в браке – 68%.

Причина прерывания: не запланированная беременность – 46,7%; не устроенность в семье – 32%; недостаточная информированность в вопросах планирования семьи-10,3% другие причины – 11%.

Получили информацию о безопасном медикаментозном аборте: от медицинских работников – 72%; от знакомых – 20%; по информационным материалам в медицинском учреждении-8%.

Принимал ли участие партнер в решении вопроса об аборте: Да – 44,9%, а в возрастной группе 13-18 лет – 80% ; нет – 24%; мое личное дело – 31,1%.

Видите ли вы преимущества медикаментозного аборта: да – 96%.

Медикаментозное прерывание беременности с участием партнера в возрастной группе 13-19 лет- 76%, из них положительно отнеслись к поддержке партнера в течении двух дней 98%. Партнеры отметили в 80% желание совместно получить консультацию по вопросам контрацепции с бесплатной выдачей продуктов репродуктивного здоровья, предоставленных Фондом ООН в области народонаселения (UNFPA).

Выводы. Проведенный анализ показывает снижение минимального возраста пациентов прошедших процедуру медикаментозного прерывания до 13 лет, увеличение пациентов возрастной группы до 25 лет до 46,2%. Информацию о безопасном аборте получили от медицинских работников и по информационным материалам в медицинском учреждении в 80% случаях. Основная причина прерывания незапланированная беременность – 46,7%, и недостаточная информированность в вопросах планирования семьи – 10,3, что в сумме составляет 57% и является резервом для уменьшения абортов путем улучшения санитарной грамотности подростков и молодежи. Положительная оценка «партнерского» медикаментозного аборта в группе до 19 лет в 98% случаев является основанием для дальнейшего использования по желанию женщины данной практики, с последующим консультированием пары по планированию семьи.

Galina Leșco

EVALUAREA COSTURILOR PENTRU CENTRELE DE SĂNĂTATE PRIETENOASE TINERILOR ÎN REPUBLICA MOLDOVA CA BAZĂ PENTRU ÎMBUNĂTĂȚIREA MECANISMELOR DE FINANȚARE A SERVICIILOR DE SĂNĂTATE PRIETENOASE TINERILOR

Centrul de Sănătate Prietenos Tinerilor Neovita, IMSP AMT Râșcani, Chișinău, Republica Moldova

Cuvinte-cheie: servicii de sănătate prietenoase tinerilor (SSPT), Centre de sănătate prietenoase tinerilor (CSPT), cost-servicii de sănătate, rentabilitate.

Actualitate. Serviciile de sănătate prietenoase tinerilor au o importanță prioritară în protecția sănătății adolescenților și tinerilor. Totodată, evaluarea costurilor și a rentabilității acestor servicii este esențială pentru a asigura durabilitatea financiară și calitatea acestor servicii.

Materiale și metode. Analiza secundară a rezultatelor studiului de evaluare economică a Centrelor de sănătate prietenoase tinerilor (2012-2013) și datelor Ministerului Sănătății referitoare la finanțarea CSPT. Costurile SSPT au fost evaluate în baza a 4 CSPT de performanță înaltă. Analiza costurilor a fost efectuată în funcție de sursa de finanțare, costurile serviciilor și a unui serviciu pentru o persoană. Rezultatele au fost extrapolate pentru a estima costul unui program național de SSPT bună calitate în Republica Moldova. La fel, a fost efectuată analiza pragului de rentabilitate a SSPT în Republica Moldova.

Rezultate

Costul mediu anual al unui CSPT performant la nivel de un raion mediu cu populația de circa 90000 locuitori a fost de circa 300000 lei în 2011. 58% din bani au fost alocați de către Compania de Asigurări de Sănătate Națională, iar restul de către donatorii externi (42%). Salariile de personal au constituit 47% din sumă. Costurile anuale de implementare a unui YFHSs de bună calitate în toate 37 de CSPT din Republica Moldova, conform costurilor anului 2011, au fost estimate la circa 12500000 lei anual. Rezultatele analizei pragului de rentabilitate indică faptul că prevenirea a numai 9 cazuri de HIV la nivel național de către toate CSPT le face rentabile. Evidențele acumulate au permis argumentarea necesității de sporire a finanțării SSPT și a facilitat elaborarea indicatorilor de calitate pentru CSPT. Ca rezultat, în 2014 finanțarea CSPT a sporit în baza performanțelor centrelor cu 40% (7,6 mln lei în comparație cu 5,2 mln lei în 2013) și se planifică în 2015 să se acopere necesitățile de finanțare evaluate în cadrul studiului de costing.

Concluzie. Finanțarea durabilă a serviciilor de sănătate prietenoase tinerilor în baza evaluării costurilor poate asigura eficiența, în special în prevenirea infecțiilor cu transmitere sexuală, inclusiv HIV, și a sarcinii nedorite, precum și rentabilitatea acestor servicii.

REZULTATELE MATERNE ȘI FETALE ALE EVOLUȚIEI SARCINII ȘI NAȘTERII LA ADOLESCENTE (IMSP Institutul Mamei și Copilului, director general – dr.med.Șt. Gațcan)

Actualitatea: Sarcina și nașterea la adolescente continuă să rămână o problemă globală și cu toate datele contradictorii, fac parte din categoria gravidității cu risc înalt.

Scopul studiului: de a determina incidența sarcinilor și nașterilor la adolescente; a evalua rata complicațiilor materno-fetale specifice în comparație cu grupul de femei adulte. În studiu au fost incluse 159 de adolescente gravide cu vârsta cuprinsă între 13-18 ani și 290 femei adulte cu vârsta cuprinsă între 19-25 de ani care au născut în IMSP IM și C în anul 2013. A fost efectuată analiza: datelor socioeconomice, evoluției sarcinii, nașterii și perioadei postpartum și complicațiilor materno-fetale.

Rezultate Vârsta medie a adolescentelor din grupul de studiu constituit 17,04 ani, în majoritatea cazurilor ele fiind primipare. Analizând cazurile nașterilor la adolescente, am observat că ele au un risc vădit de dezvoltare a complicațiilor materne, ca depresie legată de sarcină (OR=0,2 (0,1<OR<0,3), RR=0,2(0,2<RR<0,4), p<0,0001), anemie (OR=12,8 (6,6<OR<27,4), RR=71(3,9<RR<12,4); p<0,001), naștere prematură (OR=1,9 (1<OR<3,8), RR=1,5(1,06<RR<2,05), p<0,05). Adolescente gravide sunt mult mai predispuse pentru a naște pe calea vaginală, cu risc scăzut al nașterilor prin operația cezariană în comparație cu femeile adulte. Mamele adolescente prezintă un risc mai mare de a naște un copil subponderal (<2500 g) (OR=2,4 (1,2<OR<4,8), RR=1,6 (1,2<RR<2,2), p<0,05, $\chi^2=6,9$ în comparație cu femeile adulte.

Concluzii. Datele studiului efectuat ne arată un nivel stabil ridicat al sarcinilor și nașterilor la adolescente în Republica Moldova, constituind 57,4%, cu vârsta medie de 17,04 de ani. Analizând cazurile nașterilor la adolescente, am observat că ele au un risc sporit de dezvoltare a complicațiilor materne, inclusiv anemie, gestoza precoce, naștere prematură, de complicații neonatale și masă mică a nou-născuților (RR=1,6; p<0,05) în comparație cu femeile adulte. A fost observată frecvența crescută a complicațiilor septico-purulente în perioada post-partum în rândul adolescentelor. Astfel, am constatat necesitatea aprecierii prenatale a factorilor de risc de apariție a infecțiilor puerperale pentru a acționa prompt în scopul diminuării riscului complicațiilor septice în rândul adolescentelor.

DIFORMITĂȚILE COLOANEI VERTEBRALE LA ADOLESCENȚI O PROBLEMĂ MEDICO-SOCIALĂ Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie "Nicolae Testemițanu"

Cuvinte-cheie: scolioză, diformități ale coloanei vertebrale, calitatea vieții, problemă medico-socială

Actualitatea: Diformitățile coloanei vertebrale la copii și adolescenți reprezintă o problemă actuală a ortopediei contemporane atât din punct de vedere medical cât și social. Scolioza este larg răspândită la copii și adolescenți, cu o rată de la 1-2% (F.Montgomery, 1997) până la 27,6% (H.B.Корнилов, 2001). Creșterea numărului elevilor depistați cu diformități ale coloanei vertebrale este cauzată de schimbarea modului de viață al adolescentului și influența factorilor negativi asupra organismului în creștere. Diagnosticarea tardivă, metode neadecvate de tratament, cheltuieli enorme pentru tratamentul chirurgical și reabilitarea socială, invaliditatea primară ca urmare a scoliozei (8-9%) au plasat această problemă în rândul celor prioritare în multe țări ale lumii.

Materiale și metode: în școlile municipiului Chișinău a fost organizat un screening-control al elevilor din clasele I-XII. Au fost examinați 1036 adolescenți cu vârsta cuprinsă între 10-17 ani: 502 (48,4%) fete și 533 (51,6%) băieți. Examenul ortopedic includea 6 poziții standarte, testul lui Adams, scoliometria (măsurarea unghiului de rotație al trunchiului) și examinarea în poziția șezândă. O atenție specială s-a acordat elevilor cu dereglări de ținută, cu scurtarea sau deformarea unui membru pelvin. Aspectul vizual al diformității se aprecia după scara TRACE. Schimbările vizibile depistate, testul lui Adams pozitiv și scoliometria $\geq 7^\circ$ au servit ca indicații către radiografia coloanei vertebrale pentru precizarea diagnosticului. Calitatea vieții elevilor cu scolioza a fost evaluată după chestionarul SF-36.

Rezultate: După examinarea detaliată, 42 (4,05%) de elevi au avut indicații pentru radiografia coloanei vertebrale. Analizând calitatea vieții, s-a stabilit că adolescenți cu diformități ale coloanei vertebrale aveau un nivel mai scăzut în comparația cu colegii sănătoși de aceeași vârstă. Majoritatea adolescenților, mai ales fetele cu diformități ale coloanei vertebrale în viața lor zi de zi se confruntă cu limitări funcționale majore, au satisfacția scăzută de propria lor percepție de sine ca personalitate umană.

Concluzii: diformitățile coloanei vertebrale afectează nu numai corpul dar și sufletul adolescentului creând limitări funcționale, în socializare și dezvoltare a personalității tinerilor. De aceea această problemă trebuie să fie rezolvată de o echipă multidisciplinară specializată.

Natalia Bivol
IMPACTUL FLUROZEI ASUPRA SĂNĂȚĂȚII COPIILOR ȘI ADOLESCENȚILOR
Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „N. Testemițanu”
Catedra Igienă Generală

Cuvinte-cheie: fluor; fluoroză dentară; dinți; factori de risc; discromii.

Materiale și metode: Au fost referate 8 lucrări științifice și 5 comunicări din internet, care ne demonstrează acțiunea excesului fluorului din apa potabilă.

Rezultatele obținute și discuții: Republica Moldova este considerată zonă biogeochimică în privința unor elemente chimice din mediul ambiant inclusiv conținutul fluorului în sol, ape subterane, ulterior produse alimentare.

Fluorul este o substanță naturală, minerală ce se găsește în sol și în alimente doar în combinații chimice. El protejează dinții, contribuie la dezvoltarea și creșterea structurilor osoase la copii și întărește smalțul. Fluorul devine periculos când este ingerat în cantități mari timp îndelungat. Prea mult fluor la o vârstă fragedă poate provoca fluoroza dentară. Aceasta nu apare după formarea completă a dinților.

Cele mai multe cazuri de fluoroză dentară se înregistrează în or. Fălești, unde sunt afectați 70% din copii. Copiii cu discromii fluorozice ale dinților suferă de probleme psiho-emoționale, profunzimea acestora datorându-se severității bolii și vârstei.

Apariția fluorozei dentare la copii este favorizată de următorii factori de risc: numărul de copii în familie, maladiile suportate în primul an de viață, alimentația, patologia gravidității, numărul maladiilor somatice la copii, nașterea prematură, alimentația artificială cu substituenți ai laptelui matern până la vârsta de 6 luni. Odată ingerat, fluorul se depozitează în țesuturile osoase ale corpului și în glanda pineală (care controlează pubertatea). Efectele adverse se observă de obicei numai după un timp mai îndelungat.

Discromiile dinților datorate fluorozei dentare sunt, indubitabil, un factor de risc pentru formarea dificultăților psihologice la o bună parte din copii, adolescenți și tineri.

Concluzie: Fluorul devine periculos când este ingerat în cantități mari timp îndelungat.

Factorii de risc pentru apariția fluorozei dentare la copii sunt: consumul apei cu concentrație ce depășește 1,5 mg/l F până la vârsta de 12 ani; luna nașterii (decembrie-ianuarie și august), numărul de copii în familie, nașterea prematură, alimentația cu substituenți ai laptelui matern, patologia gravidității, numărul maladiilor somatice.

Fluoroza dentară este un factor de risc pentru formarea dificultăților psihologice.

O. Cernelev

PROMOVAREA SĂNĂȚĂȚII NUTRIȚIONALE PRIN INTERMEDIUL REȚELEI INTERNET
Centrul Național de Sănătate Publică

Cuvinte-cheie: nutriție, alimentație, promovare, sănătate, rețea internet, pagină web

Relevanța subiectului: Nutriția și alimentația proastă au devenit o preocupare științifică, medicală, psihologică, socială și economică datorită consecințelor nefaste asupra sănătății populației și mai ales, a copiilor și adolescenților. Promovarea produselor alimentare nesănătoase prin intermediul canalelor TV, radio, internet etc. reprezintă o problemă de relevanță majoră ce duce la sporirea consumului acestora și ca rezultat, la apariția și dezvoltarea unui șir de boli netransmisibile, printre care și obezitatea. Conform Programului național în domeniul alimentației și nutriției pentru anii 2014-2020 se preconizează „crearea unei pagini web privind nutriția și sănătatea nutrițională și asigurarea funcționării durabile a acesteia”. Astfel, orientarea copiilor, adolescenților și părinților acestora spre adoptarea obiceiurilor alimentare sănătoase cu ajutorul mediului virtual va constitui un instrument rapid, util și eficient în sporirea nivelului de cunoștințe al populației în domeniul nutriției și alimentației. În acest context, a fost lansată pagina web: www.nobezitate.com.

Materiale și metode: Direcțiile principale de promovare a sănătății nutriționale prin intermediul paginii web includ următoarele:

- informarea publicului larg privind recomandările Organizației Mondiale a Sănătății în domeniul nutriției și alimentației;
- conștientizarea publicului larg privind riscurile nutriției și alimentației proaste (bolile netransmisibile legate de dietă);
- popularizarea noilor elaborări științifice în domeniul alimentației și nutriției;
- asigurarea asistenței și consultanței prin intermediul recomandărilor și sfaturilor în domeniul alimentației și nutriției;
- sporirea responsabilității față de sănătatea proprie, familială și colectivă.

Rezultate: Lansarea paginii web: www.nobezitate.com la 01.10.2014 s-a soldat cu următoarele rezultate: 600 de intrări unice pe site (474 - Republica Moldova, 27 - Romania, 31 - SUA, etc.); 367 de aprecieri prin intermediul rețelei de socializare facebook (58% - femei; 42% - bărbați începând cu vârsta de 13 ani).

Concluzii: Succesul în promovarea sănătății nutriționale e favorizat de crearea unui mediu propice de informare, educare și consiliere necesar pentru încurajarea părinților, copiilor și adolescenților spre îmbunătățirea cunoștințelor privind riscul nutriției și alimentației proaste și spre adoptarea obiceiurilor alimentare sănătoase. Cu această abordare, pagina web www.nobezitate.com, reprezintă un instrument modern și util atât pentru sănătatea copiilor și adolescenților, cât și pentru întreaga populație a Republicii Moldova.

Svetlana Clivadă, Svetlana Rusnac

PERCEPȚIA PERIOADEI ADOLESCENȚEI DE CĂTRE TINERII DIN COMUNITATEA LGB

Centrul de Informații „GENDERDOC-M”, UNICEF

Cuvinte-cheie: LGB (lesbiene, gay, bisexuali)

Relevanța subiectului: Prin intermediul studiului, ne-am propus să cercetăm problemele și nevoile tinerilor din comunitatea LGB în ceea ce privește accesul la servicii, interacțiunile sociale cu colegii, cu membrii familiei, cu furnizorii de servicii și cu organele de drept, precum și să oferim o serie de evaluări fiabile privind comportamentele riscante și nevoile acestora.

Metodologia: 40 de subiecți au fost anchetați prin intermediul interviului, dintre care doar 10 au dat acordul de înregistrare video a interviului, cu condiția păstrării confidențialității și 100 de persoane au completat chestionarul on-line.

Studiul a scos în evidență următoarele probleme ale adolescenților LGBT:

1) Relațiile cu specialiștii

Doar 21% au comunicat medicului căruia s-au adresat că sunt homosexuali. Membrii comunității LGB manifestă neîncredere și teamă că nu vor fi tratați obiectiv dacă medicii vor afla despre orientarea lor sexuală.

Serviciile asistentului social nu sunt atât de populare ca cele ale psihologului, doar 8% s-au adresat asistentului social.

2) În majoritatea cazurilor, tinerii LGBT se confruntă mai întâi cu problema acceptării de sine, care se manifestă ca un conflict intern puternic și dureros.

Conform rezultatelor, 90% și-au conștientizat orientarea sexuală în timpul școlii.

Doar 13% au indicat că profesorii cunoșteau orientarea lor sexuală. 45% dintre participanți au răspuns că au avut nevoie de ajutor în școală.

Numai 10% dintre respondenți au cerut ajutorul în timpul școlii, cu privire la problema orientării lor sexuale.

4) 61% dintre respondenți au declarat că în perioada când își conștientizau orientarea sexuală, au devenit mai închiși în sine, au indicat prezența stărilor emoționale grave și, pentru a-și ameliora starea de spirit, au recurs la fumat, la consumul de alcool, s-au înregistrat și cazuri de utilizare a drogurilor.

Concluzii:

Este necesar de a stimula nivelul de participare socială al comunității LGB, de a fi mai activi în diferite activități sociale, în apărarea drepturilor lor. Urmează a informa societatea despre ce este orientarea sexuală, prin diverse cursuri, emisiuni TV, pentru a scădea nivelul de homofobie socială.

Victoria Ciubotaru

ASPECTE EPIDEMIOLOGICE A OLIGOMENOREEI LA ADOLESCENȚE

IMSP Institutul Mamei și Copilului, Centrul de Sănătate a Reproducerii și Genetică Medicală

Actualitate. Vârsta la menarhă este un semn biologic important în viața femeii, aflându-se sub un control genetic relativ puternic, cu eritabilitatea estimată la circa 50%. Adolescențele la care menarha a apărut până la vârsta de 10 ani și după 16 ani fac parte din grupul de risc pentru oligomenoree și sindromul metabolic la maturitate. Este important de menționat că următorii doi ani după menarhă, oligomenoreea poate fi considerată o stare absolut normală dar poate fi și simptomul unei endocrinopatii. Din această afirmație rezultă importanța delimitării stării normale de una patologică care presupune corecția oportună a acestei dereglări.

Scopul studiului. Evaluarea privind debutul maturizării sexuale la adolescente prin estimarea Vârstei la menarhă, caracteristica ciclului menstrual și determinarea unor aspecte epidemiologice ale oligomenoreei în grupul de vârstă 16-19 ani.

Material și metode. Studiul a fost efectuat pe un eșantion național reprezentativ - 1154 adolescente, cu vârsta

cuprinsă între 16 și 19 ani. Chestionarele au fost completate de elevele claselor X, XI, XII din licee, colegii, școli profesionale din republică.

Rezultate. Datele privind vârsta la prima menstruație indică că din numărul total de adolescente intervievate circa $\frac{3}{4}$ au avut menarha între 12 și 14 ani. La circa 10% dintre adolescente debutul menstruației a avut loc la vârsta de 15 ani. Numai 5% au raportat vârsta la prima menstruație pînă la 11 ani și 5,7% – după 15 ani. În 80,2 % cazuri durata menstruației este de 3-5 zile, în 11,7% – 6 și > zile, 8,0% – 1-2 zile. A fost evaluată durata ciclului menstrual: mai puțin de 25 zile – 48,9%, 25-31 zile – 43,0%, 32-35 zile – 6,3%. Prevalența oligomenoreei în rândul adolescentelor cu Vârsta cuprinsă între 16 și 19 ani a constituit 1,8%.

Concluzii. Prevalența oligomenoreei în rândul adolescentelor cu vârsta cuprinsă între 16 și 19 ani constituie 1,8%. În contextul cunoașterii magnitudinii problemei, ținând cont de faptul că oligomenoreea este simptomul frecvent întâlnit în unele endocrinopatii care ulterior pot avea repercusiuni asupra sănătății reproductive la adulte, este important de întreprins măsuri concrete în vederea optimizării conduitei acestor paciente.

Aliona Tihon

VIOLENȚA ȘCOLARĂ

Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie "Nicolae Testemitanu"

Catedra Igiena Generală

Cuvinte cheie: Violența școlară, discriminări, tentative de suicid.

Abstract

Schools are in a unique position to identify violent behavior among students early and to implement prevention strategies that affect the entire community. This column is the first in a three-part series on preventing school violence.

Obiective: Cercetările și statisticile oficiale raportează o creștere spectaculoasă a fenomenului în ultimile trei decenii în mai multe țări ale lumii, astfel încât escaladarea violenței în școală a devenit cea mai vizibilă evoluție din câmpul educației formale. Violența este dezorganizarea brutală sau continuă a unui sistem personal, colectiv sau social și care se traduce printr-o pierdere a integrității, ce poate fi fizică, materială sau psihică. Aceasta dezorganizare poate să opereze prin agresiune, prin utilizarea forței, conștient sau inconștient, însă poate exista și violența doar din punctul de vedere al victimei, fără ca agresorul să aibă intenția de a face rău. Este dificil să se realizeze discriminări între cele două concepte agresivitate și violența.

Material și metode: Cercetarea literaturii.

Rezultate: Violența școlară este de cele mai multe ori nefatală, dar poate cauza serioase prejudicii dezvoltării persoanei. Violența fizică și cea verbală sunt două dintre cele mai des întâlnite tipuri de violență în școlile din Europa. În Suedia, 22% dintre elevi de sex masculin cu vârsta 13–17 ani au fost implicați în trei sau mai multe violențe fizice în anul 2000. În Nurenberg, Germania, 53% dintre baieti au fost implicați în violențe fizice în școală. Un studiu britanic a descris, că în fiecare an 10 elevi au tentative de suicid determinate de actele de violență de la școală; 80% din victimele violențelor consideră violența verbală mai stresantă decât atacurile fizice, 30% din victime afirmă că agresiunile le afectează capacitatea de a se concentra asupra sarcinilor școlare.

Concluzii: Violența în școală este o expresie a violenței din societate; când violența se produce în școală, ea conduce și la alte consecințe, alături de prejudicii, victimizare, uneori moarte, violența din școală reduce șansele elevilor de a-și dezvolta personalitatea pe deplin și de a dobândi o educație de calitate.

Natalia Zarbailov

ADOLESCENȚI / TINERI ÎN STARE DE VULNERABILITATE ȘI DE RISC

Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemitanu”

Cuvinte-cheie: adolescenți, tineri, vulnerabilitate, risc.

Actualitate. În anul 2013, existau aproximativ 5 milioane de persoane cu vârsta cuprinsă între 10-24 de ani care trăiesc cu HIV, și tinerii cu vârsta cuprinsă între 15-24 de ani au reprezentat o valoare estimată de 35% din totalul infecțiilor noi depistate la nivel mondial la persoanele de peste 15 ani. Numărul de decese legate de HIV în rândul adolescenților a crescut cu 50% în perioada 2005-2012. Termenii „Adolescenți/Tineri în stare de vulnerabilitate” și „Adolescenți/Tineri în stare de risc” sunt utilizați pe larg în legătură cu epidemia HIV în lume.

Materiale și Metode. Am cercetat variate publicații consacrate problemelor de prevenire a infecției HIV în rândurile

adolescenților și tinerilor. Strategia de căutare a inclus cuvintele „most at risk adolescents” și „most at risk young people”.

Rezultate. Prin analiza publicațiilor consacrate problemelor prevenirii infecției cu HIV constatăm că termenii „Adolescenți în stare de risc” (10-19 ani) și „Tineri în stare de risc” (10-24 ani) reflectă riscul sporit al adolescenților și tinerilor de a se contamina cu HIV și alte ITS, de a avea o sarcină nedorită și alte riscuri pentru sănătatea sexuală și reproductivă din cauza comportamentului riscant.

Exemplele de comportament riscant includ: multiple relații sexuale neprotejate, inclusiv sexul anal neprotejat cu mai mulți parteneri, injectarea drogurilor cu echipament nesteril. Adolescenții și tinerii care sunt expuși riscului sporit de a începe angajarea în comportamentele menționate mai sus, dar nu se angajează în aceste comportamente cu risc ridicat pentru HIV, se consideră vulnerabili și includ: adolescenții și tinerii care trăiesc pe străzi, în penitenciare / centre de corecție, în familii în care există abuz fizic și / sau sexual, în sărăcie extremă, au acces ușor la droguri (la colegi, în familie sau în comunitate), sunt traficați.

Concluzii. Uneori, percepția riscului la adolescenți depășește realitatea; în alte cazuri, ei subestimează riscurile acțiunilor concrete sau de comportament. Este posibil ca unii adolescenți și tineri să practice comportamente riscante, din cauza percepției de invulnerabilitate. Alții, însă, se comportă riscant pentru că se simt extrem de vulnerabili. În orice caz, aceste idei pot determina tinerii să ia deciziile greșite care i-ar putea pune în pericol, fizic sau psihic, care ar putea avea un impact negativ asupra sănătății lor pe termen lung și asupra vitalității.

Pentru a răspunde necesităților adolescenților și tinerilor cu privire la sănătatea lor sexuală și reproductivă este nevoie de a evalua două dimensiuni - vulnerabilitatea și riscul.



Мельникова И.Ю., Руденко Н.Н.

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ НАРУШЕНИЙ ПИТАНИЯ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ САНКТ-ПЕТЕРБУРГА

ГБОУ ВПО СЗГМУ им. И.И. Мечникова Минздрава России

Ключевые слова: дети, подростки, физическое развитие, нарушение питания.

Актуальность темы. Физическое развитие, наряду с рождаемостью, заболеваемостью и смертностью, является показателем уровня здоровья населения. В детском возрасте закладываются основы здоровья взрослого населения. Оценка физического развития является важнейшим фактором, для выявления различных гетерохроний развития у детей и подростков.

Цель исследования: выявить взаимосвязь физического развития школьников мегаполиса с отклонениями в состоянии здоровья и трофологическими расстройствами.

Объект и методы: результаты комплексного антропометрического обследования 15230 школьников в возрасте от 6 до 18 лет Санкт-Петербурга, полученные во время профилактических осмотров. Выделены три возрастные группы: младшая – соответствующая начальной школе, в которую вошли дети в возрасте от 6 до 9 лет ($n = 2611$); • средняя, в которую вошли дети в возрасте от 10 до 14 лет ($n = 4406$); старшая, составленная из учеников старших классов в возрасте от 15 до 18 лет ($n = 8213$). В основу формирования групп заложены такие критерии как анатомо-физиологические особенности организма, социальная нагрузка, степень приспособленности к условиям окружающей среды, с которыми связана специфика ухода и воспитания ребенка. В данной работе использован профиль питания (трофологические нарушения), а так же оценены интегральные непараметрические критерии физического развития.

Результаты. Из 15230 обследованных детей трофологические нарушения выявлены в 19,7% случаев, с преобладанием девочек (в 20,6% и 18,9% соответственно) ($p < 0,001$). Детей угрожаемых по возникновению трофологических нарушений выявлено – 29,1%, без достоверных различий по полу ($p > 0,05$).

Наибольшее количество детей с нарушениями питания выявлены в старшей возрастной группе - в 24,6% случаев против младшей (7%) и средней возрастных групп (18%) ($p < 0,001$). Наиболее частая девиация физического развития у детей с трофологическими расстройствами – дисгармоничный тип с отстающим темпом развития выявлен - в 26% случаев от всех обследованных детей.

Заключение: Нарушение питания чаще встречаются у подростков 15-18 лет, с достоверным преобладанием девочек.

Дети с трофологическими расстройствами в большинстве случаев имеют отклонения в физическом развитии. Наиболее часто у них выявлялся наиболее неблагоприятный ход физического развития - дисгармоничный тип с отстающим темпом.

Грибова Елена Петровна

**УСОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ МОДЕЛИ ФИНАНСИРОВАНИЯ ГОСУДАРСТВОМ
ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ПРОГРАММ ДЛЯ ПОДРОСТКОВ, ВНЕДРЯЕМЫХ СОВМЕСТНО С
ОБЩЕСТВЕННЫМИ ОРГАНИЗАЦИЯМИ**

Ключевые слова: подросток, социальный заказ, общественная организация, профилактика.

Актуальность темы. По данным государственного комитета статистики, в Украине насчитывается более 67000 общественных организаций, что демонстрирует существенный ресурс для привлечения к сотрудничеству с государственным сектором в решении социальных проблем различных слоев населения, в том числе и молодых людей.

Одной из форм такого сотрудничества является социальный заказ. Украина стремится к мировым стандартам как в экономической, так и в социальной сферах. Поэтому, применение закупок социальных услуг, так называемый «социальный заказ», необходимо для реализации целей государства по эффективному использованию бюджетных средств, повышения социальных стандартов, обеспечения адресности социальных услуг. Социальный заказ обеспечивает процесс децентрализации социальной сферы, который в свою

очередь предполагает передачу соответствующих обязательств на местный уровень. Однако, самой передачи полномочий недостаточно, необходимо также создание соответствующих условий, чтобы эти полномочия могли быть выполнены: наличие на областном и местном уровнях организаций, которые предоставляют необходимые социальные услуги; наличие соответствующих специалистов, которые будут заниматься реализацией механизма социального заказа; наличие понимания среди главных распорядителей бюджетных средств и депутатов областного совета относительно необходимости привлечения организаций различных форм собственности к предоставлению социальных услуг; использование механизмов определения потребностей общества в социальных услугах; внедрена система контроля за процессом предоставления социальных услуг.

Введение социального заказа на уровне области, позволяет эффективно использовать средства, выделяемые на решение социальных проблем в подростковой среде, в том числе, предотвращать развитие негативных общественных тенденций, содействовать участию общественных организаций в реализации социальной политики, привлекать дополнительные средства в социальную сферу региона, повысить уровень удовлетворения населения качеством и количеством социальных услуг.

Социальный заказ внедряется в Украине с 2000 года когда было принято Положение о социальном заказе в г. Одесса. В течение 14 лет Одесский городской совет внедряет социальный заказ, в рамках которого общественные организации принимают участие в конкурсах социальных проектов. Победители получают финансирование для решения социальных проблем. На выполнение проектов в 2014 году было выделено из городского бюджета около 750 тысяч гривен.

Выводы. В сфере развития социального заказа, как механизма удешевления и повышения эффективности социальных услуг, органы местного самоуправления имеют общие задачи с НПО, увеличение части бюджета, который остается на местном уровне, позволит автоматически увеличивать объемы бюджетного финансирования социальных услуг. Необходимо системно на уровне государства повышать экономическую роль НПО в сфере услуг и рассматривать их как важную часть социальной экономики. Положительный опыт финансирования деятельности НПО на местном уровне, является необходимым условием для успешности этого процесса. НПО должны повышать качество своих услуг, в своей деятельности ставить на первое место вопросы решения социальных проблем территориальных общин и своих целевых групп и постоянно участвовать в лоббировании социального заказа как в контексте ежегодного выделения бюджетных средств, так в контексте совершенствования механизма.

Камалдинов Д.О., Арукина О.М., Касик Е.П., Василец Н.В.,

ПРОГРАММА «15» - ТРЕНИНГОВАЯ СЕМЕЙНАЯ ПРОГРАММА ФОРМИРОВАНИЯ ЖИЗНЕННЫХ НАВЫКОВ С ПРИВЛЕЧЕНИЕМ СООБЩЕСТВА.

Российская Федерация, Новосибирск

Общественная организация «Гуманитарный проект»

Программа «15» является современной технологией, которая включает в себя все аспекты эффективной профилактики и соответствует приоритетам национальной политики России в области сохранения здоровья населения.

Цель Программы «15»: повышение качества жизни и предотвращение распространения социально-значимых заболеваний (ВИЧ-инфекции, ИППП, алкоголизма и наркомании), а также насилия в сообществе, путем проведения целенаправленной профилактической групповой деятельности с родителями и детьми-подростками. Инновационность Программы «15» в том, что она направлена на работу с семьей и местным сообществом, таким образом формируя поддерживающую среду для подростка, молодого человека, которая состоит из семьи, друзей и знакомых, педагогов и сообщества в целом.

Темы тренинговых сессий программы подобраны таким образом, чтобы предоставить участникам основные знания и навыки в области эффективного общения, разрешения конфликтов, поведения в ситуациях, связанных с угрозой для жизни и здоровья. Принадлежность участников программы к одному сообществу дает возможность обсуждать обычаи, ситуации и традиции, которые актуальны именно для данного сообщества, что делает информацию еще более злободневной и значимой для каждого из участников. Благодаря такой организации занятий возникает высокий уровень вовлеченности участников и формирование мотивации для позитивных изменений в своей жизни. Подробнее на сайте Программы www.progam15.ru

В настоящее время опыт реализации программы в 5 регионах РФ (Новосибирская область, Республики Бурятия, Горный Алтай и Удмуртия, а также Алтайский край) показывает, что Программа «15» может быть успешно использована для любых сообществ и территорий, т.к. программа позволяет учитывать существующие

традиции и культурные особенности сообществ.

В 2012 году была проведена оценка Программы «15», в исследовании приняли участие подростки и их родители, участники Программы «15» в 2010 – 2012 годах. Проведенное исследование показало, что участие в программе способствует позитивным изменениям в жизни людей, которые принимали в ней участие: так у трети респондентов (31,7 %) произошел отказ от рискованных форм поведения (употребление алкоголя, незащищенные сексуальные контакты, курение), более половины опрошенных отметили, что у них улучшились взаимоотношения с окружающими (55%), что у них появились жизненные планы (50%). Таким образом, Программа «15», оказывая влияние на поведение людей, может быть успешно использована для профилактики социально – значимых заболеваний, и в частности ВИЧ-инфекции среди подростков, семьи и сообщества

Камалдинов Д.О.

ПРОБЛЕМА ВЫДЕЛЕНИЯ УЯЗВИМЫХ ГРУПП ПОДРОСТКОВ И ЭФФЕКТИВНЫЕ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЕ СТРАТЕГИИ В ОБЛАСТИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ И ДРУГИХ СОЦИАЛЬНО-ЗНАЧИМЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Общественная организация «Гуманитарный проект», Российская Федерация, Новосибирск

«Уязвимые группы - какая-либо группа или часть общества с более высоким по сравнению с другими группами или остальным обществом риском подвергнуться мерам дискриминационного характера, насилию, стать жертвами природных, техногенных катастроф или экономических кризисов (напр., женщины, дети, пожилые люди). Уязвимые группы также зачастую подвергаются риску в периоды конфликтов или кризисов». (Юридический словарь)

В области ВИЧ/СПИДа, «уязвимые» - это группы находящиеся в условиях повышенного риска инфицирования ВИЧ ввиду социально-экономических или поведенческих причин.

Итак, выделяются следующие черты для характеристики уязвимой группы:

- рискованное поведение, которое может привести к инфицированию ВИЧ;
- социально-экономические условия, способствующие рискованному поведению данной группы;
- стигма и дискриминация со стороны общества;

Нет единой классификации уязвимых групп. Подростки- из числа потребителей инъекционных наркотиков, работников секс-бизнеса, мужчин практикующих секс с мужчинами, - это неоднородные группы, которые объединяет только то, что риск инфицирования среди них выше, чем в среднем в популяции.

Взрослые представители уязвимых групп выделяются не по одному фактору, а по их совокупности – рискованное поведение, социальные причины и стигма со стороны общества. Так как подросток находится в процессе формирования идентичности, при котором присоединение к той или иной группе может иметь ситуативный характер, поэтому выделения уязвимых групп среди подростков сложно и на практике сводится к факту констатации того или иного вида поведения, а возраст подростка сам по себе относится к дополнительному фактору уязвимости.

Подросток может относиться сразу к нескольким группам. Еще один важный момент это то, что у одного отдельно взятого подростка может быть несколько опасных в плане заражения типов поведения, например молодая девушка 16 лет, наркозависимая, зарабатывающая секс-услугами. Данного конкретного человека можно было бы отнести сразу к трем группам – подростки, потребители инъекционных наркотиков и работники секс-бизнеса.

Основные стратегии эффективной профилактики вне зависимости от выделенной группы для профилактической работ.

Если мы хотим построить эффективную систему профилактики для любой из целевых групп, то мы должны придерживаться следующих ключевых стратегий:

- Доступная Информация для целевой группы
- Формирование Навыков поддерживающих благополучие
- Доступный медицинский, социальный психологический Сервис для сохранения здоровья
- Доступные Материальные средства (препараты, инструментарий, средства защиты) для поддержания здоровья
- Защита прав Права уязвимых групп и борьба со стигмой и дискриминацией
- Работа в среде, в том числе аутрич
- Участие представителей самой целевой группы, в том числе программы «Равный - равному»

Osoianu Lina
EXPERIENȚA DE LUCRU A CSPT „ATIS” CU TINERII VULNERABILI.
Centrul de Sănătate Prietenos Tinerilor „ATIS”

Adolescența este o etapă importantă a dezvoltării umane. Modificări biologice și psihosociale rapide care au loc în a doua decadă după naștere afectează fiecare aspect al vieții adolescentului. Unii adolescenți sunt deosebit de predispuși la sănătate precară ca urmare a influenței factorilor individuali și de mediu, inclusiv marginalizarea, exploatarea și traiul în sărăcie, fără părinți. Masurile primare inclusiv serviciile medicale ajung dificil la acești adolescenți în ciuda faptului că ei au nevoie de ele cel mai mult. Acești tineri deseori sunt lipsiți de conștientizare și de cunoștințe despre sănătatea sexuală practicând comportamente riscante, ceea ce duce la răspândirea virusului HIV și a altor infecții cu transmitere sexuală.

Astfel Centrul de Sănătate Prietenos Tinerilor „ATIS” din Bălți timp de 9 ani de activitatea sa, intensiv acordă o deosebită atenție anume grupurilor de adolescenți MARA (adolescenți cu risc sporit de infectare la HIV) și EVA (adolescenți extrem de vulnerabili). Mergând spre realizarea acestui scop în cadrul CSPT au fost create echipe de outreach, pentru fiecare grup specific UDI, LSC și BSB, aplicând în activitatea sa metodele de lucru outreach – mobil, outreach cu grup specific și acțiuni comunitare. Din experiența de lucru aceste metode sau dovedit a fi destul de eficiente pentru identificarea adolescenților vulnerabili și ai încuraja de a accesa serviciile existente medicale adresate tinerilor.

Cel mai deosebit succes este că echipele de outreach sunt formate din tineri care ei însuși au avut în experiență comportamente riscante, în prezent cu ajutorul specialiștilor CSPT au conștientizat riscurile propriului comportament și ajută pe alți tineri prin propria experiență să conștientizeze și să – și construească un viitor sănătos și sigur. O deosebită atenție voluntarii outreach atrag „Cercului solidarității” (fiind informați despre serviciile pentru tineri existente la nivel local și fiind instruiți despre cum să ajute tinerii să acceseze aceste servicii), astfel voluntarii sunt gata să direcționeze și să însoțească adolescenții și tinerii către servicii specializate diferite de celea a Centrului de Sănătate Prietenos Tinerilor.

Ina Moraru
METODE ȘI TEHNICI ÎN FORMAREA ASERTIVITĂȚII LA ADOLESCENȚI

Universitatea Liberă Internațională din Republica Moldova

Cuvinte-cheie: asertivitate, comportament asertiv, adolescent.

Actualitate: Conform lui Gheorghe Tomșa, psihologul trebuie să acorde atenție la ceea ce subiectul gândește, simte și face. Problemele esențiale pe care psihologul trebuie să le aibă în vedere este dezvoltarea la subiect a unui sistem concret de scopuri în viață și întărirea comportamentului asertiv și a unei imagini de sine pozitive. Deși psihologul urmărește dezvoltarea personală, educațională și cea socială a elevilor, responsabilitatea pentru dezvoltarea celor din urmă le revine direct elevilor cât și psihologului.

Dacă să vorbim în perspectivă, adolescența este percepută de mulți ca o perioadă de criză, în care individul încearcă să-și găsească locul în societate și să își „constituie identitatea”. Dezvăluirea sentimentelor se realizează prin intermediul comunicării în cadrul conversațiilor și a discuțiilor obișnuite pe care le întreținem cu ceilalți. Astfel, asertivitatea implică și abilitatea de a iniția, continua și finaliza o conversație utilizând strategii de menținere a cursivității discuției și a interesului partenerului. Mai mult decât atât, asertivitatea presupune și susținerea propriilor opinii care, îmbinată cu strategiile comunicării și cele ale afirmării de sine, consolidează capacitatea de a-l convinge pe celălalt.

Adolescenții găsesc de cele mai multe ori demersul terapeutic ca o activitate în care își pot înțelege și descoperi sentimentele, speranțele, visele și temerile, în care se pot concentra asupra propriei lor persoane, asupra experiențelor și a relațiilor cu ceilalți. O formă de consiliere foarte agreată de adolescenți este cea de grup, deoarece reprezintă o excelentă oportunitate de a aparține unui grup și de a învăța abilități și modalități de adaptare de la persoane de vârstă apropiată și cu probleme asemănătoare.

Rezultate: Metodele de acțiune au fost elaborate și dezvoltate de către Jacob Levy Moreno și folosesc tehnici precum: sociometria, inversiunea de rol, dublul, oglinda etc. pentru a facilita înțelegerea propriilor nevoi și schimbări constructive, prin accesarea spontaneității și creativității. În acest scop este binevenită crearea centrelor de consultanță și asistență psihologică, menite să contribuie la diminuarea disproporției dintre o imagine de sine scăzută și un comportament non-asertiv.

А.М. Куликов

ТРАНЗИТОРНЫЕ СОСТОЯНИЯ В ЗДОРОВЬЕ ПОДРОСТКОВ

Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова, Санкт-Петербург, Россия

Ключевые слова: пубертатный период; вегетативная дисфункция; ростовой скачок; психонейроэндокринноиммунная регуляция.

Актуальность. Заболеваемость подростков выше, чем заболеваемость детей и взрослых. В значительной степени это обусловлено резким подъемом количества функциональных расстройств и пограничных состояний, а даже анатомо-физиологических особенностей, которые исчезнут после выхода из пубертатного периода. В описании болезней подростков появляется понятие «ювенильный» или «относящийся к пубертатному периоду».

Специалист, не имеющий опыта работы с подростками, нередко принимает такие изменения за серьезные органические заболевания. Не составляя угрозу для жизни, эти расстройства могут серьезно нарушать качество жизни молодых людей.

Материалы и методы. Анализ данных государственной статистической отчетности о заболеваемости подростков, результаты профилактических медицинских осмотров и дополнительного клинического обследования подростков.

Результаты. Пубертатный период можно рассматривать как естественную функциональную нагрузочную пробу. Есть абсолютно прямая корреляционная связь между ростовым скачком и появлением отклонений в здоровье. Чем бурнее протекает пубертатный период, тем больше у подростка появляется функциональных нарушений и пограничных состояний. Основная причина транзиторных изменений в состоянии здоровья подростка состоит в том, что структуры лимбико-ретикулярного комплекса, отвечающие за рост и развитие подростка, также контролируют адекватное функционирование физиологических систем организма. Существенный вклад в формировании отклонений в здоровья вносят типичные для подростка психосоциальная дезадаптация и интенсивный метаболизм, создающий значительную нагрузку на органы пищеварительной системы и детоксикации.

Клиническими признаками нарушений в психонейроэндокринноиммунной регуляции оказывается одновременное наличие изменений в психическом, соматическом и репродуктивном здоровье, например, нарушения сна, дисморфофобия, обильные менструации, юношеские угри и доброкачественная гипербилирубинемия. Основное транзиторное состояние представлено вегетативной дисфункцией с множественными и разнообразными клиническими проявлениями.

По мере завершения полового созревания транзиторные состояния исчезают самостоятельно. Тем не менее, любые транзиторные нарушения требуют пристального внимания специалиста. Они могут помочь выявить и серьезные скрытые проблемы со здоровьем подростка. Отличием транзиторных состояний от истинных органических заболеваний служит полисистемность процесса и отсутствие явных изменений при лабораторном и инструментальном обследовании. Необходим холистический подход к оценке здоровья подростка.

Выводы. Функциональные нарушения и пограничные состояния являются самыми распространенными нарушениями в пубертатном периоде. Сочетанный характер клинических проявлений транзиторных состояний требует комплексного подхода к их коррекции. Поэтому идеальным местом для работы с такими подростками оказываются клиники, дружественные к молодежи.

А.М. Куликов

ХРОНИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ У ПОДРОСТКОВ

*Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова,
Санкт-Петербург, Россия*

Ключевые слова: хронические заболевания; подросток; пубертатное развитие; социализация подростка; приверженность лечению; качество жизни.

Актуальность. В Европе около 10-30% подростков страдают хроническими заболеваниями. На лечение таких пациентов расходуется 70-80% бюджета здравоохранения. Реабилитация больных подростков требует решения не только медицинских вопросов, но и широкого спектра социальных проблем, и новых форм организации медицинской помощи молодежи.

Материалы и методы. Анализ государственной статистической отчетности о заболеваемости подростков, опыта работы молодежных клиник и литературных данных.

Результаты. Хроническими называют группу болезней, которые имеют долговременное или даже пожизненное течение, излечиваются трудно или не полностью, требуют продолжительного лечения и

реабилитации. Это серьезные врожденные нарушения, заболевания внутренних органов, эндокринной, репродуктивной и нервной системы, психические расстройства, онкологические заболевания. Ребенок пока еще не понимает, что его заболевание может привести к инвалидности, ограничению социальных контактов, к задержке и нарушениям в физическом и половом развитии, крушению жизненных планов и даже смерти.

От родителей подростка будет требоваться огромная самоотверженность и психологическая поддержка своих детей. Надо быть готовым к психологическим и поведенческим изменениям молодого человека: эгоцентризм, инфантильность, низкая самооценка, депрессии, проблемы во взаимоотношениях со сверстниками, любовные переживания, рискованное поведение для доказательства своей полноценности, уход в алкоголь, наркотики или секты.

Проблемы, которые надо обсудить с подростком: влияние заболевания и лечения на рост и развитие, на внешность (изменение массы тела и состояния кожи), реализация сексуального влечения, взаимодействие со сверстниками, возможность исполнения надежд. Необходима активизация ресурсов подростков, поддержка семьи и сверстников. Стационарное лечение подростков с хроническими заболеваниями должно быть организовано по принципу «Больница, доброжелательная к подростку». К реабилитации пациентов должны быть привлечены сверстники и добровольцы. Особую проблему составляет низкая приверженность подростков к рекомендациям врачей, манипуляция подростками родителями и учителями.

Видаеале его будущая работа подростка должна соответствовать не только желанию, но и психофизиологическим качествам, и не наносить вреда здоровью.

Выводы. Хронические заболевания подростков создают гораздо больше проблем для медицинских работников, самих пациентов и их родителей, чем аналогичные состояния у детей. Работа с больными подростками требует не только качественного лечения, но и обеспечения их полноценного роста, развития, социализации и мобилизации внутренних защитных ресурсов на основе принципов дружественного подхода на амбулаторном и стационарном этапах оказания помощи.

Кай Халдре

ОБЯЗАТЕЛЬНОЕ ШКОЛЬНОЕ СЕКСУАЛЬНОЕ ОБРАЗОВАНИЕ В ЭСТОНИИ: РАЗВИТИЕ И СЕГОДНЯШНЕЕ СОСТОЯНИЕ

Центр репродуктивной медицины. Женская клиника Центральной больницы Ляяне-Таллинна

Ключевые слова: обязательное школьное сексуальное образование, Эстония, сексуальные права

Целью доклада является обзор о внедрении и развитии сексуального образования в школах Эстонии, более подробное ознакомление с принципами новой, действующей с 2010 года, государственной учебной программы и с анализом эффективности затрат на сексуальное образование в Эстонии в 1996-2009 годах.

Материал и методика. Основой обзора являются учебная программа общеобразовательных школ и издания, в которых приводятся используемые в таком обучении методики (см. перечень в конце тезисов), а также опубликованное в 2011 году исследование ЮНЕСКО об эффективности затрат на сексуальное образование в Эстонии.

Результаты: учение о человеке, включающее и учебные часы, отведенные на сексуальное образование, в качестве обязательного предмета было впервые введено в учебную программу общеобразовательных школ Эстонии в 1996 году; учебная программа обновлялась в 2002 и 2010 году. По оценкам в 1996-2009 годах примерно 18% отведенных на учение о человеке часов посвящались сексуальному поведению и здоровью, причем около 40% учащихся ознакомились с тем или иным молодежным консультационным центром и получали там информацию на темы сексуального здоровья.

В соответствии с обновленной в 2010 году учебной программой, учение о человеке является одним из относящихся к социальным предметам в основной школе (1-9 классы) и в гимназии (10-12 классы). Близкие по тематике учебные программы впервые собраны в тематические группы с целью обеспечения лучшей связности учебных предметов.

Кроме учения о человеке, к той же тематической группе в основной школе относятся история, обществоведение и в качестве предмета на выбор учение о религии. В гимназии обязательными социальными предметами являются история, обществоведение, учение о человеке и география (общественная география), в дополнение несколько предметов на выбор.

При подсчете эффективности затрат на школьное сексуальное образование в Эстонии учитывались затраты на его внедрение, число получивших образование учеников и экономический эффект, полученный в тот же период от улучшения показателей состояния сексуального здоровья молодежи (нежелательные беременности, случаи первичного сифилиса, гонорреи и ВИЧ). Успешность сексуального образования в Эстонии тесно связано с распространением молодежных консультационных.

Выводы: право на сексуальное образование – это одно из прав человека, сексуальных прав. Разные исследования, проведенные в Эстонии, показали, что, хотя внедрение разностороннего сексуального образования занимает годы, его положительное влияние на знания, безопасное поведение и показатели состояния сексуального здоровья молодежи вполне оценимо уже через пять лет после начала образовательной программы. Обязательное школьное сексуальное образование даёт существенный экономический эффект.

Талалаев Константин Александрович
**ФОРМИРОВАНИЕ ОТВЕТА ОБЩЕСТВА НА ПОТРЕБНОСТИ ПОДРОСТКОВ В СФЕРЕ
ЗАЩИТЫ ИХ ПРАВ НА РЕПРОДУКТИВНОЕ И СЕКСУАЛЬНОЕ ЗДОРОВЬЕ**
*Кафедра социальной медицины, медицинского права и менеджмента Одесского национального
медицинского университета*

По определению Всемирной организации здравоохранения, репродуктивное здоровье - это состояние полного физического, умственного и социального благополучия, а не просто отсутствие болезней или недугов, во всех вопросах, касающихся репродуктивной системы, её функций и процессов. Право на сохранение репродуктивного и сексуального здоровья – неотъемлемое право каждого гражданина цивилизованного государства независимо от возраста. В процессах планирования деятельности, направленной на обеспечение и реализацию прав, необходимо учитывать особенности подростковой среды.

В течение последних десятилетий в мире увеличилось количество сексуально активных подростков, в т.ч. с ВИЧ-инфекцией. Сексуально-активные подростки нуждаются в услугах, предоставляющих услуги по сексуальному и репродуктивному здоровью и, прежде всего, по предохранению от нежелательной беременности и профилактики заражения инфекциями, которые передаются половым путем (далее - ИППП), в том числе ВИЧ-инфекции.

Подростков характеризуют отличия от взрослых клиентов в духовном и физическом развитии, семейное положение, юридическая, финансовая и эмоциональная зависимость от родителей или официальных опекунов, личный опыт половой жизни и повышенная чувствительность к негативному общественному мнению в отношении внебрачной половой жизни.

Одно из актуальных направлений профилактической работы – обеспечение хорошего информирования подростков, живущих с ВИЧ, о возможных рисках раннего начала половой жизни, профилактики заражения ИППП, предохранения от нежелательной беременности и правильного применения контрацепции.

Особые потребности озвучиваются подростками, живущими с ВИЧ-инфекцией, - дополнительное более глубокое консультирование по вопросам применения контрацепции, особенно гормональных контрацептивов на фоне применения антиретровирусной терапии и вопросы стабилизации психоэмоционального равновесия и формирования уверенного утвердительно поведения в своей подростковой среде.

Очевидна необходимость продолжения работы в направлении создания дружественных медико-психосоциальных сервисов с привлечением к участию представителей подростковой среды (модели Y-Peer, работа в местах скопления молодежи, Peer-to-peer).

Е.В. Аноприенко Е.М. Мешкова, Л.Вю Романенко
ПРОФИЛАКТИКА ВИЧ СРЕДИ ПОДРОСТКОВ ГРУПП РИСКА В УКРАИНЕ
*Национальная детская специализированная больница НДСБ
«ОХМАТДЕТ» г. Киев. Украина.*

Ключевые слова: подростки групп риска к ВИЧ-инфицированию, рисковое поведение, «дружественные клиники к молодежи», профилактика, до тестовое консультирование и тестирование на ВИЧ.

Актуальность: На сегодняшний день *вопрос подросткового здоровья* стоит очень остро, в первую очередь, из-за быстрых темпов распространения ВИЧ инфекции среди этой возрастной категории. Эпидемия ВИЧ в Украине – одна из наиболее распространенных в Европе и Центральной Азии. Так, по оценке национальных экспертов, распространенность ВИЧ среди взрослого населения (в возрасте 15-49 лет) составляет 1,1%; почти 78% ВИЧ инфицированных в Украине люди молодого, репродуктивного возраста. Согласно данным Детского

Фонда ООН-ЮНИСЕФ количество подростков групп риска в Украине в 2011 году составило 85 тысяч от общего числа подросткового населения страны.

Результаты: По данным социологических исследований, проведенных в 2013 году Украинским институтом социальных исследований имени А.А. Яременко, при поддержке Детского Фонда ООН ЮНИСЕФ, были получены следующие результаты, что больше половины случаев ВИЧ-инфицирования подростков и молодежи возрастом 15-24 лет состоялась через незащищенные половые контакты, причем среди ребят и молодых мужчин этот показатель составлял 57,3%, среди девушек и молодых женщин – 89%. Подростки и молодежь, заразившиеся ВИЧ путем употребления инъекционных наркотиков, равнялась 17,8%.

Начиная с 2006 года, наблюдается стабильное развитие КДМ с постоянным увеличением их количества от 10 до 24 ежегодно. На 01.01. 2014 года в Украине работает 147 «Клиник, дружественных к молодежи».

Были созданы КДМ, где целевой группой являются подростки групп риска, в г. Днепропетровске (областной наркологический диспансер), г. Николаеве (областной кожно-венерологический диспансер), г. Киеве (городской кожно-венерологический диспансер).

С 2007 года в Украине реализуется Проект ЮНИСЕФ «Профилактика ВИЧ-инфекции среди подростков групп риска в Украине и Юго-Восточной Европе», к которому привлечлось довольно значительное количество общественных организаций, предоставляющих услуги подросткам групп риска.

В 2013 г была разработана, а с мая 2014 года началось внедрение «Инновационной интегрированной модели профилактики ВИЧ-инфекции среди молодых женщин группы риска» в г. Запорожье с последующим внедрением на Запорожскую область и другие регионы Украины.

За 2013 год в КДМ получили медико-социальную помощь 252084 подростков и молодых людей, из них 7180 подростков групп риска и охват этой категории подростков составил 2,9% от общего количества обращений в КДМ.

Выводы: развитие медицинских услуг на принципах «дружесвенного подхода» к молодежи, с имплементацией проведения дотестового консультирования и тестирования на ВИЧ (проведение ДКТ) в КДМ способствует профилактике ВИЧ-инфекции, изменение рисков поведения подростков и молодежи на «профилактическое поведение». По данным ЮНИСЕФ 22% всех подростков, прошедших тестирование на ВИЧ, прошли его в КДМ. И это позитивный показатель в работе по профилактике ВИЧ-инфекции в Украине.

Е. Морару, Людмила Сидоренко, Светлана Сидоренко
**PAS SPRE VIS –ПРОЕКТ, НАПРАВЛЕННЫЙ НА ПРОФИЛАКТИКУ ПОДРОСТКОВОЙ
НАРКОМАНИИ И АЛКОГОЛИЗМА, И ПРОТИВОДЕЙСТВИЕ ВОВЛЕЧЕНИЮ ДЕТЕЙ В
АНТИСОЦИАЛЬНЫЕ ГРУППЫ**

*Государственный Медицинский Университет Медицины и Фармации «Н.Тестемицану»
(Ректор – Акад. И. Абабий)*

Ключевые слова: Pas Spre Vis, социализация, профилактика вредных привычек, здоровый образ жизни, физические упражнения, дополнительная мотивация

Цель: Проект „Pas Spre Vis“ направлен на социализацию детей и подростков, а также приобщение их к физически активному образу жизни.

В группе молодежи из социально неблагоприятных семей бесцельное времяпровождение является важным фактором риска асоциального поведения. **Задачи:**

- минимизация бесцельного времяпровождения подростков за счет привлечения их к полезным занятиям – к физическим упражнениям, создавая дополнительные стимулы;
- объективная оценка двигательной активности во время тренинга, как основа для дополнительного материального стимулирования.

Материалы и методы: Основная идея: «Если человек занят чем-то, он не занят чем-то другим». Подросток, выполняя физические упражнения на занятиях, в рамках проекта, зарабатывает определенное количество очков (виртуальных денег). Очки фиксируются наручным электронным прибором, регистрирующим траекторию и интенсивность движений подростка. За заработанные в ходе тренировок очки предоставляются призы, эквивалентные заработанным очкам.

При регулярных занятиях подросток может заработать как маленькие призы (напитки, шоколадки), так и серьезные дорогостоящие призы (фотокамеру, велосипед, скейтборд и т.п.). Это стимулирует подростка на повышение интенсивности и регулярности занятий с целью заработать большее число очков. Возможность

получения подобного рода престижных призов и информация, о реальных фактах таких награждений, очень быстро распространяются в среде подростков, что еще больше повышает их интерес к занятиям.

Результаты: Помимо основных – социализации, привития полезных навыков и физического развития, проект решает и некоторые смежные задачи.

Появляется возможность проследить динамику физического развития каждого ребенка в течение ряда лет. Поскольку все данные в электронном виде, мониторинг физического состояния участников и их статистический анализ становятся частью проекта.

Также ребенок учится управлять своими «заработанными» ресурсами и принимать решения по их распределению, что во взрослой жизни им пригодится.

Кроме того, стоит отметить, что проект является прикладным и в рамках программ поощрения здорового образа жизни или борьбы с ожирением.

Вывод: Проект направлен на социализацию детей и подростков, а также приобщение их к физически активному образу жизни. Подросток за время участия в проекте перестраивается психологически, развивается физически и приобщается к социальному поведению, учится взаимодействовать с окружающей средой и получать от общения со сверстниками положительные эмоции и положительный жизненный опыт.

Кришталь Татьяна

Индикаторы соответствия статусу «Клиника, дружественная к молодежи» - результаты аккредитации российских КДМ.

Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова

В России работа по организации Клиник, дружественных к молодежи, ведется с 1999 года. Большую роль в организации и поддержке работы КДМ сыграло российское представительство Детского Фонда ООН (ЮНИСЕФ).

В Санкт-Петербурге при поддержке ЮНИСЕФ был организован учебно-методический Центр по развитию КДМ, который занимается разработкой учебных программ и методическим сопровождением деятельности КДМ.

В определенный момент возникла необходимость оценки эффективности работы КДМ. Для проведения оценки работы клиники, дружественной к молодежи, были разработаны критерии, по которым оценивается работа персонала клиник – «индикаторы соответствия статусу «КДМ».

Для получения показателей работы созданы анкеты для персонала КДМ, руководителей клиники и пациентов.

Аккредитация проводится в 2 этапа – самооценка и представление результатов в УМЦ и выезд экспертов в КДМ для «внешней» оценки работы клиники. По результатам оценки экспертов УМЦ клиника получает рекомендации по работе и сертификат соответствия статусу «КДМ». В РФ аккредитовано 40 клиник из работающих 150 КДМ.

Кришталь Татьяна

Методические основы формирования навыков здорового образа жизни у подростков и молодежи.

Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова

Подростки и молодежь являются *особой популяцией* любого общества в силу своего социального положения – еще не взрослые, но уже не дети. Вступая во взрослую жизнь, они становятся нашим ресурсом – трудовым, репродуктивным, оборонным. И при этом, получая права «взрослого человека», в определенных ситуациях ведут себя неразумно и инфантильно.

Период социальной зрелости запаздывает и не совпадает с периодом биологической зрелости, что диктует необходимость активной работы с подростками и молодежью, направленной на социальную адаптацию и компетентность в их самостоятельной жизни. В такую работу должны привлекаться все специалисты, работающие с молодежью в силу профессии: педагоги, медики, психологи, социологи.

Одним из важнейших разделов такой работы является «обучение здоровью», формирование навыков здорового образа жизни (ЗОЖ).

В «обучении» мы, взрослые, значительно преуспели, а с формированием навыков ЗОЖ испытываем большие проблемы. И причин для этого много – отсутствие таких навыков у самих обучающихся, социальная реклама и пропаганда нездорового образа жизни, формирование системы ценностей, в которой многие прежние понятия «правильности» жизни утрачены или вытеснены, психологическая некомпетентность в определенных вопросах специалистов, проводящих обучение. Эти вопросы будут рассматриваться на мастер классе.

Майри Каха
МОЛОДЕЖНЫЕ ЦЕНТРЫ КОНСУЛЬТАЦИЙ И ИХ РАЗВИТИЕ В ЭСТОНИИ

Эстонский союз сексуального здоровья

Начиная с 1990 года, в Эстонии произошло множество изменений в области сексуального здоровья, по большей части, положительных. Одним из важнейших достижений было создание в Эстонии сети молодежных консультационных центров. В развитии этой сети можно выделить различные этапы - от идеи до стабильного финансирования и одинаково работающей системы. 18 молодежных консультационных центров во всех регионах страны. Принципы работы, требования к помещениям и персоналу прописаны в документе **Принципы работы и требования к уровню качества молодежных консультационных центров**. Начиная с 2002 года, деятельность молодежных центров финансируется Эстонской больничной кассой, и их работу координирует Эстонский союз сексуального здоровья. У Эстонского союза сексуального здоровья заключен отдельный договор с Эстонской больничной кассой для координирования и руководства проекта. Это позволило проводить ежегодное обучение персонала, супервизии, аудиты и развивающие встречи в центрах для обеспечения и отслеживания качества их работы. Для достижения этой же цели для посетителей центров создана возможность давать через интернет отзывы о посещениях центров, было проведено три опроса об удовлетворенности посетителей и один об удовлетворенности работников. Деятельность Эстонского союза сексуального здоровья получила признание со стороны Всемирной организации здоровья, на ее основе составлена модель лучшей практики (http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241598354_eng.pdf). Дополнительной деятельностью молодежных центров является интернет-консультирование на www.amog.ee, где на вопросы молодежи отвечают 40 специалистов в своей области.

За эти годы сильно изменились показатели в области сексуального здоровья, например, число аборт среди женщин 15-49 лет составляло 70 из 1000 в 1992 г., а в 2013 г. - 19,37. Число беременностей среди несовершеннолетних также существенно сократилось. В 2012 г. коэффициент рождаемости среди 15-19-летних молодых женщин был 16,8 и коэффициент абортности 19,2. Исследование ЮНЕСКО (Ketting, E; Kivela, J; jt 2010) показало, что школьное сексуальное образование совместно с сетью молодежных консультационных центров (поддержкой которому является также интегрированная деятельность интернет-консультаций [amog.ee](http://www.amog.ee)) является очень эффективным методом предупреждения распространения ВИЧ и нежелательных беременностей. Обнародованный в 2011 г. анализ стратегической информации по ВИЧ-эпидемии показал, что с продолжением теперешних тенденций – если сохранятся качественное сексуальное образование и соответствующие консультационные услуги и если эпидемия внутривенного употребления наркотиков будет взята под контроль, есть основания надеяться, что эпидемия ВИЧ в Эстонии не распространится на общее народонаселение (Rüütel т др. 2011).