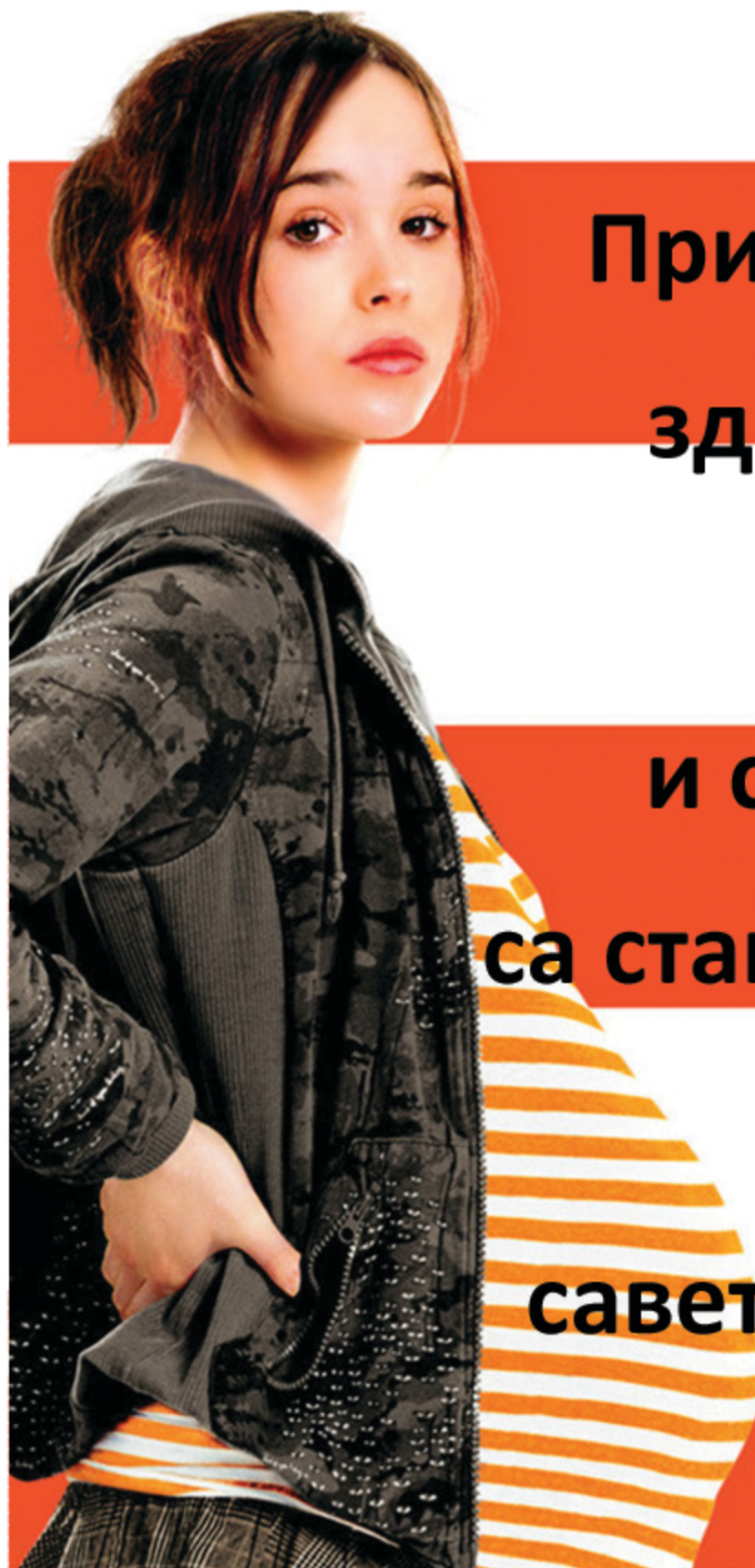




Република Србија
МИНИСТАРСТВО ЗДРАВЉА



**Приручник за
здравствене
раднике
и сараднике
са стандардима
рада у
саветовалишту
за младе**

Београд, 2014.

МИНИСТАРСТВО ЗДРАВЉА РЕПУБЛИКЕ СРБИЈЕ
ИНСТИТУТ ЗА ЗДРАВСТВЕНУ ЗАШТИТУ МАЈКЕ И ДЕТЕТА СРБИЈЕ
„ДР ВУКАН ЧУПИЋ“

**ПРИРУЧНИК ЗА ЗДРАВСТВЕНЕ
РАДНИКЕ И САРАДНИКЕ
СА СТАНДАРДИМА РАДА
У САВЕТОВАЛИШТУ ЗА МЛАДЕ**

Београд, 2014.

Овај приручник штампан је у оквиру пројекта „Унапређење здравствене заштите и репродуктивног здравља младих у Србији“ који финансира Министарство здравља Републике Србије

Издавач: Институт за здравствену заштиту мајке и детета Србије „Др Вукан Чупић“, Републички центар за планирање породице

За издавача: Мр сци. мед Радоје Симић, директор Института

Аутори:

Драгана Грбић

Драган Здравковић

Александра Капамација

Маја Радојевић

Мирјана Радовановић

Катарина Седлецки

Зоран Станковић

Штампа: Штампарија КОБДОМ, Ковин

Тираж: 1.000

CIP – Каталогизација у публикацији
Народна библиотека Србије, Београд

Приручник за здравствене раднике и сараднике са стандардима рада у саветовалишту за младе (аутори Катарина Седлецки ... и др.), Београд, Институт за здравствену заштиту мајке и детета Србије „Др Вукан Чупић“, Републички центар за планирање породице, 2014. (Ковин: Кобдом). V, 150 стр.: граф. Сlike, табеле; 21 cm

Тираж 1000. – Библиографија уз свако поглавље.

ISBN: 978-86-80451-14-5

САДРЖАЈ

Предговор	4
Мишљење рецензента	5
Здравствене службе које су прилагођене младима	6
Развој и сазревање током адолесценције	19
Пубертет	20
Психосоцијална обележја адолесценције	31
Сексуалност у адолесценцији	40
Поремећаји репродуктивног здравља адолесцената	49
Поремећаји менструационог циклуса у адолесценцији	50
Хиперандрогенизам и синдром полицистичних оваријума у адолесценцији	63
Хитна стања у адолесцентној гинекологији	71
Рад са младима који су жртве сексуалног насиља	75
Заштита репродуктивног здравља сексуално активних адолесцената	91
Комуникација здравствених радника са младим људима	92
Психосоцијална анамнеза	100
Адолесцентна трудноћа	102
Коришћење контрацепције у адолесценцији	108
Полно преносиве инфекције	123
Стандарди за рад здравствене службе која обезбеђује здравствене услуге за унапређење и очување репродуктивног здравља младих	141

ПРЕДГОВОР

Ова публикација је настала као одговор на потребу да се заштита репродуктивног здравља адолесцената и младих људи усклади са савременим стандардима. Заснива се на тренутним законским и подзаконским решењима Републике Србије, који омогућавају да се здравствена заштита прилагоди адолесцентима кроз развој одговарајућих саветовалишта у општинама које имају најмање 7.000 школске деце узраста 12-18 година. Недавно спроведено испитивање је, међутим, показало да велики број здравствених радника и сарадника широм Србије препознаје потребу да се рад на очувању здравља младих обогати додатним превентивним садржајима, независно од тога да ли раде у здравственој установи која испуњава законске услове за развој саветовалишта за младе.

То проистиче из чињенице да је адолесценција период бројних изазова који могу да наруше здравље и плодност адолесцената. Склоност ка брзој војњи, мењању физичког изгледа и стицању нових искустава са психоактивним супстанцама, ризичним спортовима и сексуалном активношћу може се одговарајућим превентивним радом преусмерити ка здравом стилу живота, бављењу спортом, ненасилној комуникацији и продуктивном личном и професионалном развоју младих. Здравствени радници могу да пруже важан допринос очувању и унапређењу здравља адолесцената ако поседују специфична знања и вештине, које су предуслов за успостављање доброг односа са младима и њихово мотивисање за усвајање пожељних здравствених навика и безбедно понашање.

У жељи да охрабримо здравствене раднике и сараднике који су заинтересовани да помогну младима да очувају своје репродуктивно здравље на мукотрпном путу одрастања, покушали смо да објаснимо најважнија стручна питања и дефинишемо стандарде у раду на заштити репродуктивног здравља адолесцената и младих. Приручник „Заштита репродуктивног здравља младих“ је настао у оквиру Пројекта Министарства здравља Републике Србије „Унапређење здравствене заштите и репродуктивног здравља младих у Србији“. Идеја о потреби унапређења заштите репродуктивног здравља младих зачета је, међутим, пре петнаест година. Аутори ове публикације дугују велику захвалност проф. др Милошу Банићевићу који је осмислио и започео са реализацијом те идеје.

У име групе аутора,

Др сц. мед. Катарина Седлецки

МИШЉЕЊЕ РЕЦЕНЗЕНТА

Приручник „Заштита репродуктивног здравља младих“ плод је богатог клиничког и академског искуства групе аутора на челу са др сц. мед. Катарином Седлецки, а део је Пројекта Министарства здравља Републике Србије „Унапређење здравствене заштите и репродуктивног здравља младих у Србији“. Текстови који чине Приручник заснивају се на најновијим доктринарним ставовима и стандардима Светске здравствене организације и резултат су личног искуства аутора из различитих области заштите репродуктивног здравља младих. Приручник снажно подржава потребу даљег ширења саветовалишта за младе и иновирање њиховог садржаја рада (нпр. сексуално насиље према деци и младима), уз учешће здравствених радника и сарадника, као и едукатора других профила.



Београд, 09.09.2014.

Проф др Милош Банићевић

ЗДРАВСТВЕНЕ СЛУЖБЕ КОЈЕ СУ ПРИЛАГОЂЕНЕ МЛАДИМА

Очување и унапређење општег и репродуктивног здравља младих зависи од њихове спремности да се обратe здравственој служби када су им потребни саветовање или преглед. Зато је важно да млади осећају да је здравствена служба поуздана, безбедна, приступачна и да на прави начин одговара на њихове потребе. Младима је свакако важно у ком простору и на који начин добијају здравствену заштиту. Ипак, здравствена служба не постаје прилагођена и прихватљива младима само тако што ће се за њих формирати одвојено саветовалиште. Много је важније да су здравствени радници обучени да делотворно излазе у сусрет здравственим потребама младих људи и да се у стручном раду руководе савременим и научно доказаним клиничким смерницама.

Светска здравствена организација (СЗО) је дефинисала критеријуме које треба да испуни здравствена служба да би била прилагођена и прихватљива младима.

1. **Једнакост** - Саветовалишта за младе и расположиве здравствене службе могу да користе сви адолесценти, а не само неки од њих.
2. **Приступачност** - Саветовалишта за младе и расположиве здравствене службе и услуге су доступне свим адолесцентима.
3. **Прихватљивост** - Саветовалишта за младе и расположиве здравствене службе су такве да адолесценти желе да их користе.
4. **Прикладност** - Саветовалишта за младе и расположиве здравствене службе могу да одговоре на већину здравствених потреба адолесцената.
5. **Делотворност** - Саветовалишта за младе и расположиве здравствене службе су оспособљени да адолесцентима пружају здравствене услуге на одговарајући начин и да тиме позитивно доприносе здрављу адолесцената.

Једнакост - Саветовалишта за младе и расположиве здравствене службе могу да користе сви адолесценти, а не само неки од њих.
Карактеристике
Здравствени прописи и процедуре не ограничавају пружање здравствених услуга.
Здравствени радници свим адолесцентима, без обзира на статус, указују поштовање и на једнак начин им пружају здравствену заштиту.
Немедицинско особље се према свим адолесцентима односи са једнаком пажњом и поштовањем, без обзира на статус.
Приступачност - Саветовалишта за младе и расположиве здравствене службе и услуге су доступне свим адолесцентима.
Карактеристике
Здравствени прописи и процедуре обезбеђују да здравствене услуге за адолесценте буду бесплатне или по прихватљивој цени.
Саветовалишта за младе имају радно време које одговара адолесцентима.
Адолесценти су упознати са расположивим службама за репродуктивно здравље и начином добијања здравствених услуга.
Чланови локалне заједнице разумеју добробити постојања саветовалишта и служби за адолесцентне и подржавају њихово коришћење.
Неке здравствене услуге и производе који су важни за здравље адолесцентима обезбеђују одабрани представници у локалне заједнице, теренски радници и посебно обучени вршњаци.
Прихватљивост - Саветовалишта за младе и расположиве здравствене службе су такве да адолесценти желе да их користе.
Карактеристике
Здравствени прописи и процедуре младима гарантују поверљивост личних података.
Саветовалишта за младе и расположиве здравствене службе осигуравају приватност приликом посете, прегледа и разговора.
Здравствене раднике одликује неосуђујући приступ, увиђавност и лакоћа у опхођењу са младима.
Саветовалиште за младе и расположиве здравствене службе одликује кратко време

чекања, са или без заказивања, и (када је потребно) брзо упућивање у друге здравствене службе.
Саветовалиште за младе и расположиве здравствене службе су привлачног изгледа и чисте.
Саветовалиште за младе и расположиве здравствене службе на више различитих начина информичу и едукују адолесцените.
Адолесценти су активно укључени у осмишљавање, процену и рад саветовалишта за младе.
Прикладност - Саветовалишта за младе и расположиве здравствене службе могу да одговоре на већину здравствених потреба адолесцената.
Карактеристике
Обезбеђене су здравствене услуге које испуњавају потребе адолесцената. Оне се пружају у саветовалишту за младе или упућивањем у одговарајуће здравствене службе.
Делотворност - Саветовалишта за младе и расположиве здравствене службе су оспособљени да адолесцентима пружају здравствене услуге на одговарајући начин и да тиме позитивно доприносе здрављу адолесцената.
Карактеристике
Здравствени радници су оспособљени за рад са адолесцентима и пружање потребних здравствених услуга.
Здравствени радници се у пружању здравствених услуга руководе протоколима и водичима заснованим на доказима.
Здравствени радници имају довољно времена за делотворан рад са адолесцентима.
Саветовалиште за младе и расположиве здравствене службе имају одговарајућу опрему, залихе и основне услове који су неопходни за пружање здравствених услуга које су потребне адолесцентима.

Унапређење параметара квалитета

Једнакост:

1. Здравствени прописи и процедуре не ограничавају пружање здравствених услуга.

(I) Шта то значи?

Не постоје закони нити прописи који ограничавају пружање здравствених услуга у односу на узраст, пол или неки други основ различитости.

Зашто је то важно?

Рестриктивни закони и прописи угрожавају јавно здравље. Они су такође у супротности са *Конвенцијом Уједињених нација о правима детета* која адолесцентима гарантује права на живот, развој и „највиши могући стандард здравља и коришћења здравствене заштите за лечење болести и рехабилитацију здравља.“ (Члан 24).

(II) Шта то значи?

Процедуре су такве да *било који чинилац*, попут узраста, пола, социјалног статуса, културног порекла, националне припадности, инвалидитета, ометености у развоју, сексуалне оријентације или нечег другог, *не може да*:

- спречи пружање здравствених услуга свим или неким групама адолесцената;
- онемогући добијање здравствене услуге свим или неким групама адолесцената.

Зашто је то важно?

Адолесценти неће посећивати здравствене службе ако се осећају искљученим или дискриминисаним на било који начин.

2. Здравствени радници све адолесценте, без обзира на статус, поштују и на једнак начин им пружају здравствену заштиту.

Шта то значи?

Здравствени радници на исти начин лече све адолесцентне и за њих једнако показују разумевање, независно од узраста, пола, социјалног статуса, културног порекла, етничке припадности, инвалидитета или неког другог обележја.

Зашто је то важно?

Омаловажавање ће обесхрабрити адолесценте да траже помоћ. Уколико се са њима поступа равноправно, биће позитивно подстакнути да посећују саветовалиште за младе и друге одговарајуће здравствене установе, као и да то препоруче својим вршњацима.

3. Немедицинско особље се према свим адолесцентима односи са једнаком пажњом и поштовањем, без обзира на статус.

Шта то значи?

Немедицинско особље на једнак начин и са уважавањем поступа према свим адолесцентима, независно од узраста, пола, социјалног статуса, културног порекла, етничке припадности, инвалидитета или неког другог обележја.

Зашто је то важно?

Омаловажавање ће обесхрабрити адолесценте да траже помоћ. Уколико се са њима поступа равноправно, биће позитивно подстакнути да посећују саветовалиште за младе и друге одговарајуће здравствене установе, као и да то препоруче својим вршњацима.

Приступачност:

4. Здравствени прописи и процедуре обезбеђују да здравствене услуге за адолесценте буду бесплатне или по прихватљивој цени.

Шта то значи?

Сви адолесценти могу бесплатно да добију здравствене услуге или су трошкови за њих такви да их могу себи приуштити.

Зашто је то важно?

Ово је посебно важно за адолесцентне кориснике здравствених услуга, јер они углавном имају ограничене материјалне могућности. Највећи број адолесцената материјално зависи од својих породица и можда неће желети да их додатно финансијски оптерети тражењем новца за плаћање здравствене услуге.

5. Саветовалишта за младе имају одговарајуће радно време.

Шта то значи?

Саветовалишта за младе су доступна свим адолесцентима у оно време дана које је њима погодно.

Зашто је то важно?

Долазак у саветовалиште адолесцентима може да представља потешкоћу ако се радно време саветовалишта поклапа са временом у којем су они заузети у школи, на послу или бављењем другим активностима.

6. Адолесценти су упознати са расположивим службама за репродуктивно здравље и начином добијања здравствене услуге.

Шта то значи?

Адолесценти знају које здравствене службе су им на располагању, где се налазе и како до њих да дођу.

Зашто је то важно?

Информисање адолесцената о спектру здравствених служби и услуга које су им на располагању, охрабрује их у коришћењу ових служби.

7. Чланови локалне заједнице разумеју добробити постојања саветовалишта и служби за адолесцентне и подржавају њихово коришћење.

Шта то значи?

Чланови заједнице (укључујући родитеље) су добро упознати са тим на који начин здравствене службе могу да помогну њиховим адолесцентима. Они подржавају пружање ових услуга, као и то да их адолесценти користе.

Зашто је то важно?

Локалне заједнице су склоне да се супротставе постојању саветовалишта за младе и других здравствених служби за адолесценте уколико не разумеју или не верују у њихову вредност. Укључивањем чланова заједнице у одговарајуће дискусије и радом на успостављању обостраног разумевања у вези са овом темом, обезбедиће се подршка за неометано пружање и коришћење здравствених услуга у саветовалиштима и одговарајућим здравственим службама.

- 8. Неке здравствене услуге и производе, који су важни за здравље, у локалној заједници адолесцентима обезбеђују одабрани представници, теренски радници и посебно обучени вршњаци.**

Шта то значи?

Потребно је уложити напор да здравствене службе и услуге буду у близини места на којима се окупљају адолесценти. Уколико то није изводљиво, онда у тај процес могу да буду укључени теренски радници, одабрани представници локалне заједнице (нпр. спортски тренери) и сами адолесценти.

Зашто је то важно?

Адолесцентима може да буде прихватљивије да здравствене информације и услуге добију од људи са којима лако комуницирају и на местима где се окупљају.

Приватљивост:

- 9. Здравствени прописи и процедуре младима гарантују поверљивост.**

Шта то значи?

Здравствени прописи и процедуре обезбеђују адолесцентима поверљивост у свим фазама коришћења саветовалишта или одговарајуће здравствене службе (с изузетком ситуација чије пријављивање за здравствене раднике представља законску обавезу, попут сексуалног насиља, саобраћајне незгоде или повреде од ватреног оружја).

Здравствени радник нема обавезу да поштује право на приватност ако адолесцент има суицидалне идеје или својим понашањем може да угрози другу особу, и о томе ће га информисати.

Здравствени прописи и процедуре који се тичу права адолесцента на приватност обухватају:

- *регистрацију* - информације о идентитету адолесцента и постојећем здравственом проблему су поверљиве;
- *консултацију* - поверљивост се односи на све што се дешава од тренутка када је адолесцент затражио здравствену услугу (тј. пре, за време и после консултације);

- *чувања података* - подаци се чувају на сигурном месту и доступни су само овлашћеном особљу;
- *обелодањивања информација* - особље без сагласности адолесцента не открива трећем лицу (нпр. члановима породице, професорима или послодавцима адолесцента) било коју информацију коју је дало или је примило од њега или ње.

Зашто је то важно?

Адолесценти су веома осетљиви на питања приватности и поверљивости. У свим земљама света они сматрају да је бојазан од недостатка приватности и поверљивости најчешћи разлог који омета њихове вршњаке да посећују саветовалиште за младе и одговарајуће здравствене установе.

10. Осигурана је приватност при посећивању саветовалишта за младе и расположивих здравствених служби.

Шта то значи?

Локација саветовалишта за младе и одговарајућих здравствених установа треба да обезбеђује приватност адолесцентним корисницима. Организација и уређење простора саветовалишта су такви да осигуравају приватност адолесценту током целог боравка у здравственој установи. Тиме су обухваћени улаз, пријемни део, чекаоница, ординација и картотека.

Зашто је то важно?

Адолесцентима је приватност веома важна. Зато радије користе здравствене службе које им пружају осећање сигурности да их неће видети и где ће се трајно чувати њихови приватни подаци.

11. Здравствене раднике одликује неосуђујући приступ, обзирност (увиђавност) и лакоћа у опхођењу са младима.

Шта то значи?

Здравствени радници не критикују своје пацијенте адолесцентног узраста, чак и када не одобравају њихове речи и поступке. Увиђавни су према својим пацијентима и теже да им се приближе пријатељским приступом.

Зашто је то важно?

Здравствени радници не треба да одустану од сопствених уверења и вредности, али морају да настоје да та уверења и вредности не утичу негативно на њихово опхођење са пацијентима адолесцентног узраста. Додатно, способност да се адолесценту приступи са емпатијом и осетљивошћу допринеће развоју добре комуникације и међусобном поштовању. Осуђујуће, безобзирно и непријатељско понашање ће омести комуникацију, а вероватно ће и одвратити адолесцента од следећег доласка у саветовалиште.

- 12. Саветовалиште за младе и расположиве здравствене службе одликује кратко време чекања, са или без заказивања, и (када је потребно) брзо упућивање у друге здравствене службе.**

Шта то значи?

Адолесценти могу у кратком временском року да се консултују са здравственим радником, било да имају заказани термин или не. Уколико њихов здравствени проблем захтева упућивање у другу здравствену установу - и тај други преглед треба заказати у кратком року.

Зашто је то важно?

Адолесценти су, много више него одрасли, осетљиви на дуго чекање на преглед или ригидан систем заказивања и у таквим случајевима они могу да одустану или да потраже помоћ на другом, потенцијално мање прикладном месту, које нуди краће време чекања.

- 13. Саветовалиште за младе и расположиве здравствене службе су привлачног изгледа и чисте.**

Шта то значи?

Саветовалиште или здравствена установа зрачи добродошлицом, привлачно је и чисто.

Зашто је то важно?

Адолесценти, као и одрасли, вероватно ће избегавати да иду у лоше одржаване и прљаве установе.

- 14. Саветовалиште за младе и расположиве здравствене службе на више различитих начина информичу и едукују адолесценте.**

Шта то значи?

Штампани материјал са информацијама важним за здравље адолесцената је у саветовалишту или одговарајућој здравственој установи доступан у различитим облицима (постери, брошуре, леци). Они су писани на прихватљив начин, лако их је разумети и допадљиви су.

Зашто је то важно?

Адолесценти који посећују здравствену установу не морају претходно да буду упознати са потенцијалним здравственим проблемима. Могуће је да су добили погрешне информације од својих вршњака или из других извора. Они могу да имају питања, која им је непријатно да поставе својим родитељима, професорима или неком другом.

15. Адолесценти су активно укључени у осмишљавање, процену и рад саветовалишта за младе.

Шта то значи?

Адолесцентима је дата могућност да поделе своја искуства о коришћењу саветовалишта и других одговарајућих здравствених установа, као и да изразе своје потребе и жеље. Они су укључени у одређене аспекте пружања здравствених услуга.

Зашто је то важно?

Укључивање адолесцената у процену пружања здравствених услуга и њихово директно учешће у процесу пружања услуга, може допринети да здравствене службе постану осетљивије и да боље одговарају на потребе адолесцената.

Прикладност:

16. Здравствене услуге које испуњавају потребе адолесцената се обезбеђују у саветовалишту за младе или упућивањем у одговарајуће здравствене службе.

Шта то значи?

Здравствене потребе и проблеми свих адолесцената су препознати у саветовалишту, а задовољавају се и решавају или у самом саветовалишту или упућивањем у одређене здравствене установе. Све здравствене службе одговарају потребама свих адолесцената, укључујући маргинализоване и посебно осетљиве групе младих.

Зашто је то важно?

Свим адолесцентима треба да буде омогућено добијање потребних здравствених услуга. То је могуће остварити било ангажовањем једне здравствене установе или више њих које су повезане са циљем да се адолесцентима обезбеди заштита репродуктивног здравља у складу са потребама те популационе групе.

Делотворност:

17. Здравствени радници су оспособљени за рад са адолесцентима и пружање потребних здравствених услуга.

Шта то значи?

Здравствени радници имају потребна знања и вештине за рад са адолесцентима, као и за пружање потребних здравствених услуга.

Зашто је то важно?

Здравствени радници морају бити компетентни за рад са адолесцентима, а то значи упознати са карактеристикама овог узраста и особеностима здравствене промоције, превенције, лечења и рехабилитације у тој популационој групи. Такође, они треба да буду обучени за успостављања доброг односа и комуникације са адолесцентима и оспособљени за примену посебних протокола и едукативних метода који су ефективни у раду с младима.

18. Здравствени радници се у пружању здравствених услуга руководе протоколима и водичима заснованим на доказима.

Шта то значи?

Пружање здравствених услуга је засновано на протоколима и водичима који су чврсти и доказано корисни. Идеално би било да су прилагођени захтевима националне или локалне ситуације и одобрени од стране одговарајућих институција.

Зашто је то важно?

Када користе протоколе и водиче, здравствени радници су сигурни да раде у најбољем интересу пацијената адолесцентног узраста.

19. Здравствени радници имају довољно времена за делотворан рад са адолесцентима.

Шта то значи?

Здравственим радницима је дата могућност да посвете довољно времена за делотворан рад са својим пацијентима адолесцентног узраста.

Зашто је то важно?

То је важно из два разлога: прво, адолесцентима може бити тешко да разговарају, могу бити стидљиви или уплашени и зато ће им можда требати више времена и охрабривања да говоре о својим стварним бригама и проблемима; друго, за делотворан рад здравствени радници треба да располажу с довољно времена.

20. Саветовалиште за младе и расположиве здравствене службе имају одговарајућу опрему, залихе и основне услове који су неопходни за пружање потребних здравствених услуга.

Шта то значи?

Саветовалишта и одговарајуће здравствене установе имају неопходну опрему, материјал (укључујући лекове) и основне услове (нпр. воду и санитарни чвор) за пружање битних здравствених услуга.

Зашто је то важно?

Без основних средстава за рад, здравствене услуге се не могу успешно пружити. Пружање здравствених услуга у таквим условима може чак и да угрози здравље адолесцената.

Препоручена литература:

1. World Health Organization. Making health services adolescent friendly - Developing national quality standards for adolescent friendly health services. Geneva: World Health Organization; 2012. Dostupno na: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75217/1/9789241503594_eng.pdf?ua=1; preuzeto 20.04.2014.

РАЗВОЈ И САЗРЕВАЊЕ ТОКОМ АДОЛЕСЦЕНЦИЈЕ

ПУБЕРТЕТ

Дефиниција адолесценције и пубертета

Пубертет је период раста и развоја у току кога људска јединка завршава процес полног сазревања и стиче телесну способност за обнављање врсте. Временски посматрано, пубертет обично обухвата прву половину или прве две трећине адолесценције. Адолесценција (младост) означава период укупног телесног, психолошког, емоционалног и социјалног одрастања који се протеже од краја детињства до одраслог доба. Препознавање неусклађености између телесног раста и психосоцијалног сазревања омогућује родитељима, наставницима и лекарима да помогну у решавању проблема младих и на тај начин помогну да се одрастање у овом прелазном периоду из детињства у одрасло доба одвија на безболнији начин.

У већини земаља савремене западне културе током претходних 200 година регистроване су јасно изражене секуларне промене (тренд) ка ранијем почетку полног сазревања. Просечан узраст при појави прве менструације (менарха) код девојака током сваке протекле деценије прогресивно се смањивао за два или три месеца. Ова појава се приписује, пре свега, бољој исхрани и условима живота. Међутим, у деловима света где је недовољна исхрана масовна појава, утицај стања исхрањености на почетак пубертета је још увек изражен.

Познато је да почетак и брзина полног сазревања зависе и од других утицаја као што су географске карактеристике, етничко порекло и емоционални чиниоци. На пример, код девојака из планинских крајева менарха у просеку настаје касније у поређењу с онима из приморја или равничарских крајева. Код црнкиња пубертет се развија у ранијем добу независно од утицаја социјалних или економских чинилаца. Умерена гојазност удружена је с ранијом, док је изражена, болестима проузрокована (патолошка) гојазност повезана с каснијом појавом менархе. Исцрпљујућа физичка активност често доводи до закаснелог пубертета или до прекида пубертетског развоја. Ипак, у условима добре исхране и

одсуства болести, главну улогу у условљавању почетка полног сазревања играју наследни чиниоци.

Основни физиолошки механизми у настанку пубертета

Полни стероидни хормони испољавају директно анаболичко деловање, а њихов утицај најбоље се огледа у веома убрзаном линеарном расту током пубертета. То је нарочито изражено код деце са прераним пубертетом. Тестостерон посебно стимулише раст кичмених пршљенова, односно трупа.

Развој телесних промена које одликују пубертет настаје под утицајем мушких полних хормона код дечака, односно женских полних хормона код девојчица. Сазревање и лучење полних хормона из полних жлезда код деце оба пола одвија се под утицајем гонадотропних хормона хипофизе – фоликулостимулишућег хормона (ФСХ) и лутеинизујућег хормона (ЛХ). У пубертету је важно и лучење мушких полних хормона из коре надбубрежних жлезда које и код дечака и код девојчица доприноси расту пубичне косматости.

Сазревање полних жлезда

Развој оваријума. Током пубертета долази до потпуног сазревања јајника. Просечне димензије јајника код здравих, полно зрелих девојака износе 4 x 3 cm, док је њихова маса 14 грама. У узрасту прве менструације у оба јајника се налази укупно око 400.000 незрелих јајних ћелија (примарни ооцити). У процес сазревања током сваког менструационог циклуса улази око 20 примарних ооцита од којих по правилу само један (изузетно два или више) сазрева до стадијума зреле јајне ћелије способне за оплођење док остали пропадају. Према томе, свака жена током периода у коме је способна за затрудњавање и рађање има сасвим ограничен ооцита од којих током сваког менструационог циклуса настаје по једна јајна ћелија способна за оплођење. Губитак

једног јајника због болести или операције повезан је са двоструко мањим бројем тих ћелија што не мора да утиче на способност зачећа.

Развој тестиса. У целом периоду од рођења до почетка пубертета промене у величини и грађи тестиса су незнатне. Почетак пубертета обележава пораст њихових димензија. Из хормонски активних Лајдигових (Leydigovih) ћелија под утицајем ЛХ лучи се главни мушки полни хормон тестостерон. Такође, у каналићима тестиса под утицајем ФСХ почиње сазревање ћелија из којих на крају настају зреле мушке оплодне ћелије - сперматозоиди. За потпун развој тестиса од пресудног значаја је да се они налазе у скротуму. Нешто виша температура у трбушној дупљи од оне која је у скротуму неповољно делује на њихов развој и сперматогенезу.

Телесне промене у пубертету

Унутрашњи и спољашњи полни органи су релативно неразвијени до почетка пубертета када почињу брзо да расту и адултну величину достижу за свега неколико година. Према томе, пенис, скротум и тестиси незнатно порасту од рођења до почетка пубертета.

Промене у величини, грађи и функцијама организма које настају под утицајем хормона полних жлезда у пубертету захватају скоро све делове дечијег организма. Узрост и брзина развоја појединих знакова пубертета веома се разликују између појединих дечака, односно девојчица. Стога се појава првих знакова полног сазревања у добу између 9 и 17 година сматра нормалном. Главне клиничке појаве пубертета чине: повећана брзина раста, односно нагли пораст у телесној висини, развој полних жлезда, развој секундарних полних (репродуктивних) органа и секундарних полних одлика, промене у телесном саставу и пропорцијама проузроковане променама у количини и распореду масног ткива, растењем дугих костију и развојем мишића, као и развој кардиоваскуларног и респираторног система који, посебно код дечака, доводи до пораста снаге и издржљивости.

Непосредно пред почетак пубертета просечне телесне масе и висине дечака и девојчица су скоро једнаке. Нагли пораст брзине раста код девојчица наступа већ у време појаве првих секундарних полних одлика, обично око 11 година и траје до менархе. Иако дечаки улазе

у пубертет само 6-8 месеци касније, пораст брзине раста наступа две године касније у односу на девојчице, односно око 13. године и одвија се током друге половине пубертета. Убрзо после стицања полне зрелости и спајања епифиза дугих костију растење се завршава. Разлика у просечној висини између одраслог мушкарца и жене настаје, пре свега, због дужег периода препубертетског раста код дечака, а делом и због њиховог укупно већег добитка у телесној висини током пубертета.

У почетку убрзаног раста у пубертету, што је посебно изражено код дечака, расту прво шаке и стопала. После тога се издужују ноге и руке и тек на крају расте кичмени стуб. Стога у тој фази растења дечаци често изгледају несразмерно. Често су забринуте што носе велики број ципела. Међутим, у већини случајева стопала и шаке први завршавају растење и њихова величина на крају пубертета постаје складна с укупном висином.

Развој пубертета код девојака. Први знак пубертета код девојчица најчешће је пораст дојки, али код приближно 15% здравих девојчица расту дојки претходи раст пубичне косматости. Просечан узраст у коме почиње пубертет је 11, а код већине се креће у распону 8 – 13 година. Трајање пубертетског развоја обично износи 3-3,5 (креће се у широком распону од 2 до 5-6 година). Пораст концентрације естрогених хормона стимулише раст дојки (**теларха**) и карактеристичан женски распоред поткожног масног ткива. Није редак случај да пубертет почне растом једне при чему некада прође и шест месеци пре него што почне раст друге дојке. Асиметрија у величини дојки је честа у почетку пубертета. Поред хормона, на величину и облик дојки утиче и стање исхрањености као и наследни чиниоци. Велике и мале усне стиднице се увећавају. Пре појаве менархе повећава се секреција из вагине која је бистрог или беличастог изгледа. Унутрашњи полни органи – вагина, материца и јајници такође прогресивно расту.

Раст пубичне (**пубарха**) и пазушне (аксиларне) косматости и лучења зноја у пазуху почињу унутар шест месеци после почетка раста дојки под утицајем мушких полних хормона из надбубрежних жлезда. Убрзан пубертетски раст је приметан већ у време појаве првих знакова, а најинтензивније током прве половине пубертета. Од почетка убрзаног пубертетског раста до потпуног престанка растења просечна девојка порасте укупно 15-20 цм.

Код женске деце постепени пораст укупног садржаја масти у организму протеже се на цео пубертет. И код девојчица долази до повећања мишићног и других ткива која не садрже масти.

Прва менструација (**менарха**) повезана је према неким теоријама с достизањем одређеног процента масти у организму (тзв. „критична” телесна маса), а најчешће наступа у просеку две године после почетка раста дојки (у просеку са 12,7 година) с израженим разликама између појединих девојчица. После менархе девојке у просеку израсту још 4–6 цм - оне које су менарху добиле раније и до 10 цм, док оне које су менарху добиле релативно касно мање од 4 цм. Појава менархе у ранијем узрасту (пре 10. године) обично је повезана с ранијим престанком растења и нешто мањом висином у одраслом добу.

Неуредност менструација у трајању од годину или неколико година после менархе је честа појава што се објашњава чињеницом да првих 18 месеци после менархе изостаје овулација. Тај размак у просеку износи 28, али се нормално креће у распону од 22 до 40 дана.

Развој пубертета код дечака. Све телесне промене у пубертету код дечака су првенствено условљене лучењем тестостерона из тестиса. Први знак пубертета је пораст величине тестиса праћен растом скротума у просеку у узрасту 11,5 – 12 (распон од 9 до 14) година, после шест месеци почиње раст пубичне косматости и раст пениса. Пазушна косматост се развија две године, а косматост на лицу и бради три године после стидне косматости с великим разликама између појединих дечака. Мушки полни хормони пореклом из надбубрежних жлезда доприносе расту косматости, а такође појачавају и секрецију лојних жлезда. Сперматозоиди (**спермарха**) се могу открити у урину после првог јутарњег мокрења већ у раном пубертету, а прва ејакулације настаје средином пубертета и претходи убрзаном пубертетском расту. У свим стадијумима раста десни тестис је обично нешто већи од левог, леви тестис је обично ниже постављен у скротуму од десног.

Средином пубертета, у периоду када се нивои тестостерона у крви брзо повећавају, наступа период убрзаног пубертетског растења. Дечаци достижу највећу брзину растења две године касније у односу на девојчице, односно у стадијуму 3 и 4 у расту спољашњих

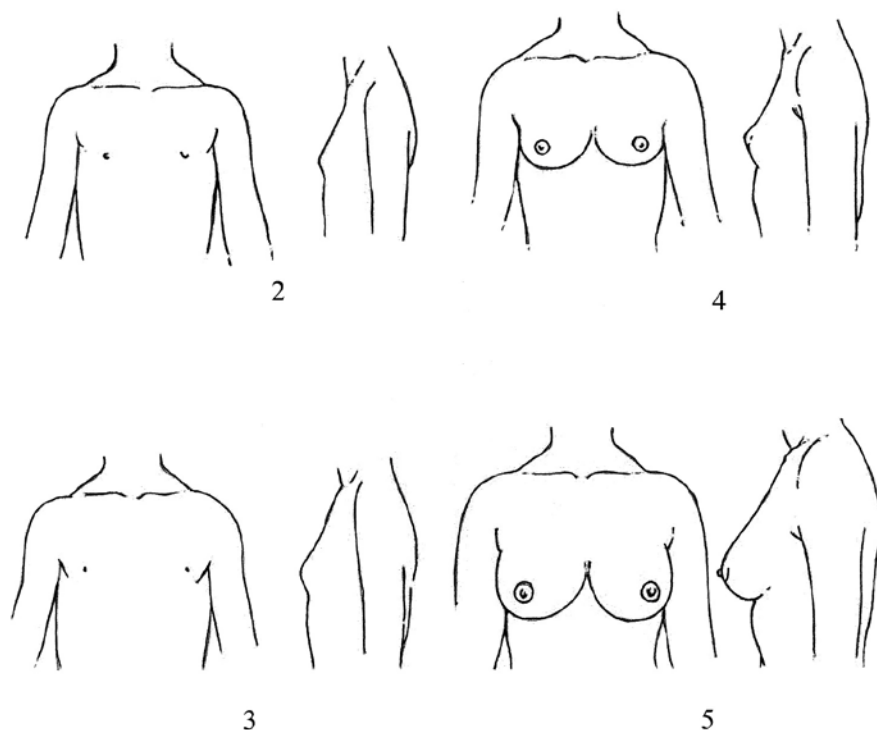
полних органа, односно у просеку у добу од 14 до 15 година. Промена гласа у пубертету, која је резултат раста ларинкса, наступа истовремено с убрзаним растом.

Код дечака није ретка појава развоја умерене гојазности у годинама које претходе појави пубертета. У току убрзаног пубертетског раста преовладава раст мишића тако да се укупни садржај масти у организму смањује. Поред тога, тестостерон проузрокује повећање целокупног телесног садржаја минерала и дебљине костију.

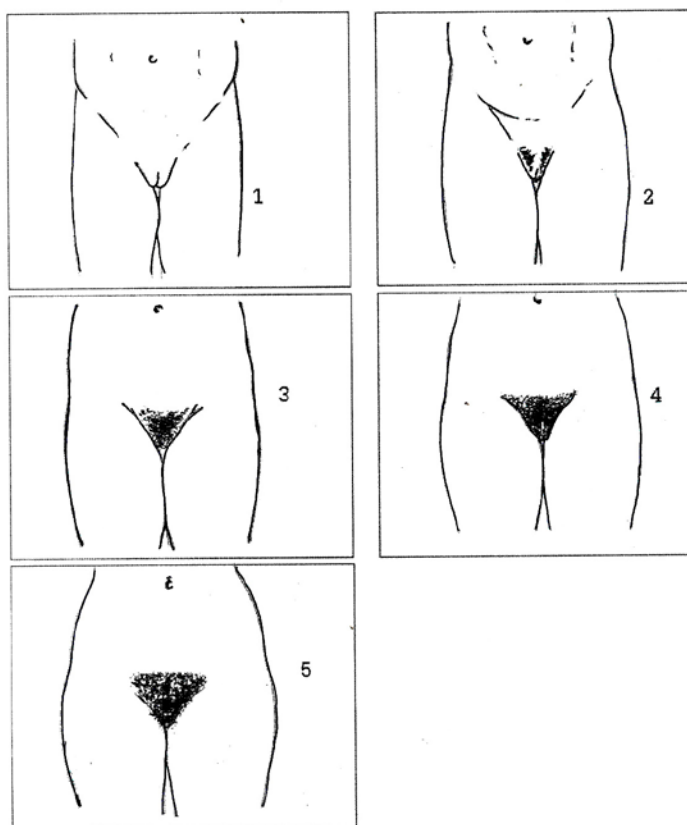
Дечаци завршавају пубертетски развој за 2 – 4,5 године, у просеку за 3,5 године. Главна разлика у распореду стидне косматости одраслих мушкараца у односу на жене је њено ширење уз средњу линију трбуха на више све до пупка. Израженост и распрострањеност косматости на лицу, грудима, трбуху и пределу спољашњих полних органа напредује годинама после завршетка пубертета и разликује се између одраслих мушкараца. Разлике су више условљене наследним чиниоцима, а мање количином мушких полних хормона у крви.

Процена и праћење пубертетског развоја

Девојке. Развој пубертета код девојчица се прати на основу праћења раста дојки и раста пубичне косматости који су према стандардима Тенера (Tanner) и сарадника подељени у пет стадијума (Слика 1 и 2). Развој дојки је најчешћи први клинички знак пубертета, почиње у просеку око 11 година, а пубична косматост око шест месеци касније, у просеку око 11,5 година. Менарха се обично јавља половином пубертета, у просеку са 12,5 година.



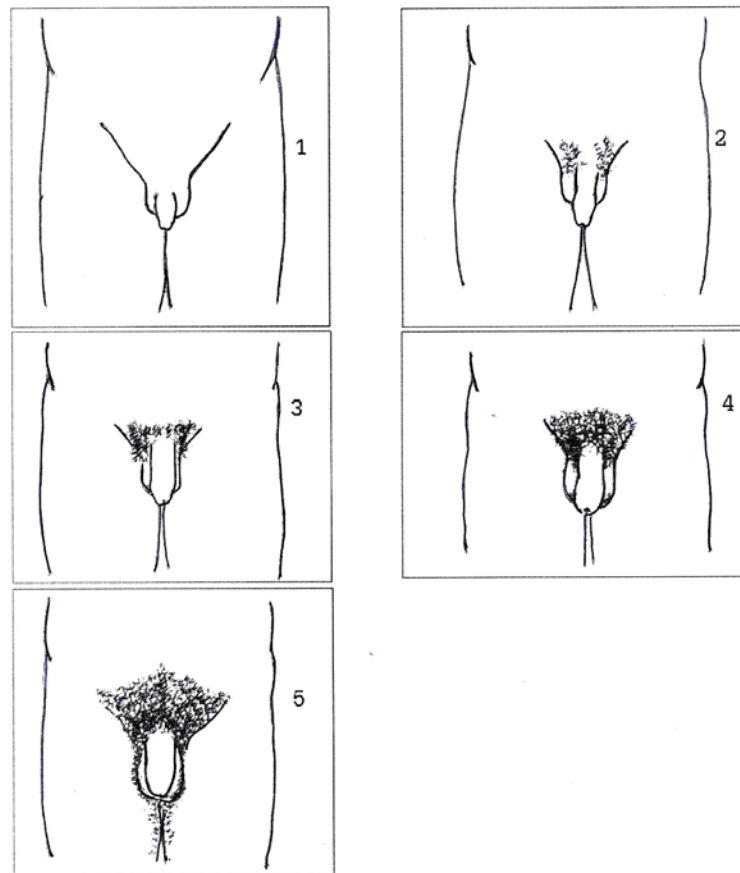
Слика 1. Развој дојки у пубертету. **Стадијум 1:** Препубертетски изглед (Није приказан на цртежу!). **Стадијум 2:** Појава пупољка дојке у виду брежуљка с благим повећањем промера ареоле. **Стадијум 3:** Раст целе дојке и испупченост мамиле. **Стадијум 4:** Даљи раст тела дојке, раст ареоле и мамиле у виду јединственог купастог брежуљка. **Стадијум 5:** Адултни изглед дојке с испупченошћу мамиле, ареола је у равни тела дојке.



Слика 2. Пубертетски развој пубичне косматости код девојака. **Стадијум 1:** Препубертетски, нема косматости. **Стадијум 2:** Праве длаке на великим уснама. **Стадијум 3:** Ширење косматости на пубични троугао. **Стадијум 4:** Даљи пораст стидне косматости, длаке су тамније, гушће и коврцаве. **Стадијум 5:** Изражена косматост као код одрасле жене, косматост се код појединих особа шири и на унутрашњу страну бутина.

Дечаци. Процена и праћење пубертетета код дечака обавља се на основу величине и изгледа спољашњих полних органа. Цео пубертетски развој је подељен на пет стадијума (Слика 3). Стадијум 1 означава изглед и величину спољашњих полних органа код дечака пре почетка пубертета, док стадијум 5 означава величину и изглед спољашњих полних органа, односно изглед и развијеност пубичне косматости одраслог мушкарца.

Пазушна косматост се развија две године, а косматости на лицу и бради три године после пубичне косматости. У свим стадијумима растења десни тестис је обично нешто већи од левог, док је леви тестис обично ниже постављен у скротуму од десног.



Слика 3. Пубертетски развој спољашњих гениталија и пубичне косматости код дечака. Стадијум 1: Препубертетски изглед. Стадијум 2: Ретке длаке уз корен уда (пениса),

почетни пораст уда, скротума и тестиса, кожа скротума благо наборана. **Стадијум 3:** Косматост се шири на стидни брежуљак. Даљи раст тестиса, скротума и пениса, посебно у дужину. **Стадијум 4.** Пубична косматост гушћа, длаке коврцаве. Гениталије изгледају као код одраслог, гланс је већи и шири, кожа скротума тамније пигментована. **Стадијум 5:** Изглед косматости одраслог мушкарца која се шири на унутрашњу страну бутина. Тестиси и скротум димензија као код одраслих мушкараца.

Чешћи проблеми у току пубертетског развоја

Гинекомастија. Гинекомастија је несумњиво један од најчешћих поремећаја са којим се среће лекар примарне здравствене заштите код дечака у адолесценцији. Око 40% дечака у узрасту између 10 и 16 година развија пролазну гинекомастију. Највећа учесталост се запажа средином пубертета, односно у узрасту од 14 година. Гинекомастија се одликује порастом промера брадавице и колута (ареоле) дојке и једва опипљивим порастом жлезданог ткива. Пубертетска гинекомастија може да буде једнострана.

Осетљивост дојки на додир и притисак је честа, али је пролазног карактера. Спонтано повлачење увећаних дојки може да настане за неколико месеци. У ређим случајевима гинекомастија траје дуже од две године. Пубертетска гинекомастија ишчезава спонтано код 75% дечака унутар две године и код 90% унутар три године.

У већини случајева једина неопходна мера је уверавање дечака и његове породице о безазленој и пролазној природи гинекомастије које спроводи лекар примарне здравствене заштите. Родитељи и наставници треба да имају у виду да појава гинекомастије често представља узрок озбиљне патње код дечака. Они често избегавају да се скину у присуству других особа, избегавају купање на плажи и часове физичког васпитања. Увек им треба омогућити да, ако то желе, вежбају у мајици док се гинекомастија не повуче.

Неједнакост раста и претерана развијеност дојки код девојака. Изражена разлика у величини дојки током њиховог растења је веома честа појава. Често пубертет почиње растењем једне дојке тако да може проћи и неколико месеци док почне растење друге.

Некада је тешко да се процени да ли је једна дојка мања од нормале или је друга претерано развијена. Не постоји хормонски поремећај који би могао да објасни неједнакост у расту дојки. Тек после потпуног завршетка раста, могуће је да се процени степен неједнакости.

Препоручена литература:

1. Behrman RE, Kliegman RM, Jenson HB, eds. Nelson Textbook of Pediatrics, 17th ed. Philadelphia: WB Saunders; 2003.
2. Neinstein LW, ed. Adolescent Health Care – A Practical Guide. Philadelphia: Lippincot Williams & Wilkins; 2002.
3. Здравковић Д. Клиничка педијатријска ендокринологија. Београд: Завод за уџбенике и наставна средства; 2001.

ПСИХОСОЦИЈАЛНА ОБЕЛЕЖЈА АДОЛЕСЦЕНЦИЈЕ

За разлику од пубертета, који је претежно *биолошки* одређен развојни период, са препознатљивим почетком у телесним променама, адолесценција је *социјално* и *културно* одређена и претежно је карактеришу промене у психосоцијалном и психосексуалном развоју. Ово је период наглих и брзих *развојних* промена људске јединке. Кључне прекретнице се дешавају у когнитивној и социо-емоционалној сфери, сексуалности, развоју моралности и употреби језика. Иако адолесцентни развој карактеришу колебања, исход је увек у *формирању личног идентитета* који наставља да се стабилизује и учвршћује у младом одраслом добу и касније.

Још увек није постигнута сагласност у вези са узрастима који означавају почетак и крај овог периода. *Улазак* у адолесценцију се понекад одређује као почетак пубертета (између 9. и 12. године), а понекад као крај пубертета (између 12. и 14. године). *Изразак* из адолесценције је узрасно још шире одређен (између 19. и 25. године) и заправо се изједначава са уласком у зрело доба. Додатно, због бројности и брзине појављивања промена у адолесценцији, појавила се потреба за поделом на *рану адолесценцију* (од око 9. до око 13. године), *средњу адолесценцију* (од око 13. до око 15. године), *касну адолесценцију* (од око 15. до око 19. године) адолесценцију и *младо одрасло доба* (од око 19. до око 25. године). Узрасне границе између ових подпериода су такође нејасне јер се њихова специфична обележја не јављају одвојено нити одређеним редоследом пошто су великој мери индивидуално и друштвено-културно-историјски одређена.

Адолесценцију је, због свега овога, најтачније одредити као скуп међусобно повезаних и преклапајућих процеса који не почињу код сваке особе у тачно одређено време, а сасвим сигурно се не завршавају у истом узрасту. За многе адолесценте би се могло рећи, на пример: „Он/она има петнаест година, али се већински понаша као да има шеснаест, с тим што се у нечему понаша као да има двадесет, а у нечему као да има десет година.“ Пошто има много индивидуалних варијација у почетку и одвијању ових процеса, најпогодније је укрстити развојни поглед са хронолошким узрастом и на основу тога, за сваког појединог адолесцента, одређивати где се он у актуелном тренутку налази у погледу развоја сваког од тих процеса.

Кључне промене у когнитивном развоју су:

- Прелаз са конкретног на *апстрактно мишљење* у раној и средњој адолесценцији - пораст капацитета за анализирање, упоређивање и разумевање искуства и теоријских становишта; у касној адолесценцији и младом одраслом добу когнитивни капацитети значајније напредују у погледу способности антиципације, разрађивања идеја, разматрања алтернатива, заузимања различитих углова гледања на ствари и хипотетичко- дедуктивног резонувања; све ове новоразвијене способности олакшавају планирање и решавање проблема и погодују академском и професионалном напретку.

- Појава *метакогниције* - способности посматрања сопствених мисаоних процеса, ставова, вредности, па и својих особина и осећања; у касној адолесценцији млади људи су способнији да истражују своја унутрашња искуства и боље разумеју себе, због чега почињу све више да прихватају своје (не)могућности, реалистичније сагледавају понашања других људи и имају рационалнији однос према догађајима; због развоја метакогниције, код адолесцената се често уочава склоност ка *интелектуализацији* и преиспитивању закључака о себи, другима и свету.

- *Имагинарна публика* и *лична посебност* су две когнитивне дисторзије које се јављају у адолесценцији; наиме, адолесценти често верују да су други људи заинтересовани за њих у истој мери у којој се они интересују за себе саме и зато мисле да су стално у центру пажње других људи; због тога закључују да су посебни и јединствени и да се њихова осећања разликују од осећања других људи - да су јача и тежа и да зато нико не може да их разуме, а поготову не одрасли.

- Проширивање *интелектуалних интересовања* и радозналости, уз могућност истовременог постојања незаинтересованости за уобичајене школске предмете; већа заинтересованост за искуствено и интерактивно, него за пасивно учење; образовни циљеви и тежње у раној и средњој адолесценцији су бројни и површни, док су пред крај касне адолесценције утемељенији, радне навике су устаљене, а у младо одрасло доба учење и/или рад постају задовољство.

- Убрзано *језичко напредовање* - фонд речи се обогаћује, све више се користе апстрактни термини, овладава се нагласком и интонацијом; постепено се напушта читање дечје литературе и прелази се на литературу за одрасле; у касној адолесценцији фонд речи

може да премаши 40.000 речи, у комуникацији су присутне сложене реченичне конструкције, разумевање префињеног хумора, препознавање и употреба нијанси у разговору (нпр. сарказма и ироније), што све омогућава младима да адекватно изразе своје мисли, ставове и осећања и на зрелији начин саопште своје психолошке потребе.

Кретање ка независности и социо-емоционални развој:

- Започињање процеса формирања *личног идентитета* и трагања за индивидуалношћу; од ране па све до касне адолесценције, осећање себе је нестабилно, тинејџери су заокупљени собом, преиспитују своје особине и испробавају различите улоге у домену рода, физичких особина, сексуалности, осећања националне припадности (*Ко сам ја? Како се уклапам у друштво? Да ли сам вољен и да ли могу да волим? Које способности имам?* и сл), експериментишу са различитим привременим „идентитетима“ кроз алтернативне стилове одевања, фризуре, музике, манира и животног стила; на крају касне адолесценције, осећај личног идентитета је чвршћи и кохезивнији, али још увек може постојати истраживање идентитета (посебно у погледу односа са људима, образовања, посла, породице).

- Суочавање са већим и другачијим *социјалним очекивањима и захтевима*, у раној и средњој адолесценцији има за резултат ниско самопоуздање и лако обесхрабривање због тога што су способности тинејџера још увек недовољно развијене па је испуњавање очекивања често мањкаво; старији тинејџери и млади одрасли умају стабилније самопоуздање и све више се ослањају на себе у решавању проблема и доношењу одлука; тежња ка независности тада добија неке опипљиве форме кроз ангажовање у „одраслим“ активностима, као што су повремено запошљавање, управљање аутомобилом, изласци са друштвом, дубље емоционалне партнерске везе (које су често и сексуалне); ипак, већа самосталност не повлачи за собом и објективну независност, због чега се млади могу осећати незадовољно и неадекватно.

- Жеља да се буде прихваћен и да се припада *вршњачкој групи*; саглашавање са њеним нормама у погледу интересовања, стила одевања и говора, начина провођења слободног времена, ставова и вредности; у раној адолесценцији су вршњачке групе претежно истополне, док су у средњој адолесценцији полно мешовите; повећан притисак вршњака (у средњој адолесценцији) да се, зарад припадности одређеној вршњачкој групи,

улази у авантуре и ризична понашања, укључујући криминал и злоупотребу психоактивних супстанци; у касној адолесценцији почиње дистанцирање од вршњачке групе (клике) и она више не представља чврст лични ослонац.

- *Пријатељства* се граде на основу препознатих сличности у погледу личних особина, интересовања, проблема и брига (а не као у детињству, на основу спремности на заједничку игру и спољашњих обележја друге деце); пријатељства се одликују приврженошћу и трајношћу, а психолошка функција им је, осим разоноде и структурисања слободног времена, надограђена потребом за комуникацијом, емоционалном разменом и блискошћу; због тога „глуварење“ са пријатељима, „бескрајно“ телефонирање или четовање на друштвеним мрежама имају значајну развојну улогу; у младом одраслом добу, адолесценти склапају и одржавају индивидуална пријатељства и придају им значајно, али не и најважније место међу осталим интересовањима и односима; заснивају се на препознатим сличностима у погледу личних вредности и ставова, на очекивањима и одговорностима, емоционалној размени, разумевању и подршци.

- Увиђање да *родитељи* и *одрасли* нису савршени и свемогући (дезидеализација) почиње у раној адолесценцији; однос према родитељима се мења - адолесценти са њима избегавају физичку нежност и показују им мање наклоности, а повремено могу бити и вербално груби; ово је тзв. *адолесцентни бунт* и одликују га жалбе на родитељско неразумевање, сукоби са родитељима поводом ограничавања слобода (поготову у избору пријатеља и начина дружења), велика осетљивост на критику, изражено незадовољство када се родитељи и одрасли према њима односе као према деци, уз истовремено присуство повремених детињастих понашања, посебно у стресним ситуацијама (нпр. у форми негативизма: „*Нећу да учим кад ми ти кажеш, иако сам намеравао*“); у касној адолесценцији, сукоби са родитељима се смањују, а у младом одраслом добу породица поново постаје значајна и добија одговарајуће место у животу, било да се ради о примарној било о новооснованој породици.

- Јака *потреба за уважавањем* од стране одраслих и укључивањем у доношење одлука.

- *Супротстављање правилима* и захтевима одраслих и друштвене средине протеже се од ране до касне адолесценције и испољава се било кроз активни (бунтовност,

одбијање) било кроз пасивни отпор (одлагање, игнорисање); *тестирање граница* до којих се може проћи некажњено - лагање и обмањивање, кашњење са повратком кући, бежање из школе, непристојни телефонски позиви, па и екстремнија понашања као што су туче, ситне крађе по радњама или у кући, а понекад и вандализам и експериментисање са психоактивним супстанцама.

- *Осећај неповредивости* (у средњој и на почетку касне адолесценције), проистекао из адолесцентних когнитивних дисторзија; отуда склоност ка ризичним понашањима и експериментисању - пребрзој вожњи, небезбедним сексуалним односима, употреби дувана, алкохола и психоактивних супстанци: „*Други могу да се навуку на дроге, али не и ја*“ или „*Друге девојке могу да остану трудне, али се то мени не може никад догодити*“ или „*Мени се не може догодити да ме неко непознат обмане и злоупотреби преко друштвених мрежа*“ и сл.

- *Снажно саосећање* када су у питању људи у невољи, велико интересовање за заштиту животиња и животне средине, али *слаба емпатија* када су у питању личне потребе - млађи тинејџери нису у стању да сагледају туђу перспективу нити да узму у обзир како задовољење њихових потреба може да утиче на друге људе; тек у касној адолесценцији почиње развој емпатије, тј. разумевање потреба и осећања других људи.

- Игра не престаје, већ се постепено преображава у друге форме - *глуварење, ћаскање*, друштвене игре, рекреативне активности.

- Слабије сналажење у свакодневним активностима - *неуредност, заборавност, непажња, расејаност, губљење ствари* и сл. јер су очекивања и захтеви социјалне средине већи и сложенији, а лични капацитети још увек недовољно развијени да би тинејџери на њих адекватно одговорили (за овако понашање тинејџера се често користи метафора: „*хаос у соби - хаос у души*“); тек се пред крај касне адолесценције може очекивати боља самоорганизованост.

- *Честе промене расположења* - од еуфоричности до узнемирености и обрнуто; осамљивање, туговање или импулсивност - често без очигледних повода; боља контрола емоција, поготову у управљању бесом, почиње да се показује на уласку у младо одрасло доба када је адолесцент способнији за реалистичка сагледавања, одлагање задовољења потреба и компромисе.

- *Заљубљивање* и успостављање првих романтичних веза, најчешће кратког трајања; маштање о идеалним партнерима, али и почетак разумевања партнерских односа и љубави кроз лично искуство; смењивање интензивних емоција - од усхићења до разочарења и љубавне патње; на преласку из касне адолесценције у младо одрасло доба очекује се остваривање дубљих и трајнијих партнерских веза и развој капацитета за зрелу љубав.

- *Могући проблеми* у касној адолесценцији и младом одраслом добу:

- туговање због одвајања од старих пријатеља или породице,
- колебање самопоуздања због тешкоћа у преузимању одговорности одрасле особе,
- анксиозност због непостојања јасног животног правца или, уколико је тај правац јасан, недовољна самодисциплина да се њиме крене,
- препуштање забавама и доколици као свесни или подсвесни маневри у негирању проблема или избегавању одговорности,
- почетак редовне злоупотребе психоактивних супстанци.

Формирање телесног идентитета и развој сексуалности:

- *Збуњеност* због наглих и брзих телесних промена, развоја секундарних сексуалних особина, незграпних телесних пропорција и лошије координисаних покрета у периоду пубертета и средње адолесценције; као последица тога - *незадовољство својим телом*; потреба да се оно „поправи“ необичним фризурама, шминкањем, прикривајућим маневрима (дугачке шишке, широка одећа, високе потпетице и сл), спровођењем ригорозних дијета и интензивним телесним вежбањем, тетоважом, пирсингом, а понекад и естетском хирургијом; став према свом телу може понекад да варира из дана у дан, од стида и одвратности према свом телу до (нарцистичког) обожавања и поноса.

- Повећано *интересовање за сексуалне теме и понашања*; мастурбација учестала, поготову код младића; крајем средње адолесценције су могући први сексуални односи.

- *Забринутост* у вези са својом физичком и сексуалном привлачношћу - често огледање, мерење димензија и тежине тела, фотографисање свог лица и тела и сл; преиспитивање личних сексуалних компетенција - најчешће у разговору са вршњацима, кроз мастурбацију, увидом у еротске и порнографске садржаје, а у средњој и касној адолесценцији и кроз испробавање неких сексуалних понашања - од завођења преко

честих промена партнера до „веза за једну ноћ“; старији тинејџери све више прихватају свој изглед, а у младом одраслом добу се коначно прилагођавају на сексуално зрело тело и сексуална осећања.

- *Повећање капацитета за емоционалну и чулну интимност*, које се дешава на почетку касне адолесценције има за резултат заинтересованост за трајније партнерске везе које почињу да укључују сексуалне односе; адолесценти размишљају о квалитету партнерских односа и формирају своја очекивања (*Каква особа би ми највише одговарала као љубавни/сексуални партнер?*); трајније установљење ставова у вези са личним сексуалним понашањима и преференцијама, дешава се тек у младом одраслом добу.

- *Преиспитивање родног идентитета* (осећања мушкости/женскости) и *полне оријентације* одвија се постепено од уласка у пубертет до краја тинејџерског периода; доминирају хетеросексуална осећања, али су присутни страхови и колебања, фантазирање, а понекад и експериментисање у вези са хомосексуалношћу и бисексуалношћу; на изласку из касне адолесценције постоји јасна свест о својој полној оријентацији, а родни идентитет се учвршћује и инкорпорише у лични идентитет.

Кључне промене у моралном развоју и односу према будућности су:

- *Нове фигуре идентификације* (изван породице); у раној адолесценцији узор се обично препознају у вршњачкој групи и међу јавним гламурозним личностима (музичари, глумци, манекени, спортисти), а у средњој адолесценцији међу одраслима који покажу спремност да саслушају и разговарају, укажу поштовање и разумеју потребе адолесцената (професори, лекари, рођаци); одвајање од родитеља као узора је привремено и не значи напуштање родитељских вредности, премда понекад може тако да изгледа; могуће је проналажење узора и у социјално девијантним појединцима који, углавном захваљујући медијским презентацијама, привлаче адолесценте својим омнипотентним имиџом и утиском недодирљивости; идолатрија се потпуно губи уласком у младо одрасло доба.

- *Преиспитивање породичних и друштвених вредности и ауторитета* и супротстављање правилима дешава се током целе адолесценције, мењајући током година своју појавну форму од бунтовности до аргументованог дебатованања; постепен пораст способности да се уважавају становишта и вредности других људи, прихватају различитости и развија толеранција; крајем касне адолесценције почиње интересовање за

друштвена збивања, анализирање и довођење у питање политичких и верских идеологија, а могуће је и активно укључивање у политичка и друштвена збивања; у младом одраслом добу развијена је лична филозофија живота и кохерентнији поглед на свет.

- Интензивно *спекулисање* о другачијем свету и људима у средњој и касној адолесценцији; *сањарење, идеализација*, превиђање реалних ограничења, а са друге стране - суочавање са стварношћу и разочарење; осетљивост на опажену *неправичност* у свакодневним односима са људима (поготову у породици и школи); на уласку у младо одрасло доба, поштовање личног и достојанства других и социјална правда постају изузетно важни, развија се асертивност у залагању за себе и друге, одлуке и вредности више нису под утицајем вршњака, а уместо њих - породичне, друштвене и културне вредности поново постају значајне за формирање личног система вредности.

- *Површина и нереалистичка размишљања о будућности* у раној и средњој адолесценцији, док се у касној адолесценцији постављају јаснији циљеви и реалистичније сагледавају могућности; по изласку из адолесценције, млада одрасла особа је веома заинтересована за своје будуће улоге, систематичније их бира и планира, информисано доноси одлуке и учи вештине које су јој неопходне за реализацију тих улога и бројних захтева (са тржишта рада, од стране породице, заједнице и државе); у раној младости почиње зрелије размишљање о браку и планирање породице, а могуће је и реализовање брака и породичног живота.

Наведена обележја адолесценције су за здравственог радника путоказ, а не шаблон. Познавање ових обележја олакшава разумевање *узрасних могућности*, тј. шта је то што би девојка или младић *могли*, а не шта би *морали* знати/ разумети/умети/осећати. Такође, познавање очекиваних развојних промена омогућава препознавање одступања због којих је младима потребно пружити додатну стручну помоћ. Потпуније разумевање сваког појединог адолесцента са којим се сусреће, клиничар ће постићи само ако свом младом пацијенту/клијенту прилази као *засебној личности* која се, са свим својим *индивидуалним* особинама, знањима и вештинама, налази у специфичном животном периоду који називамо адолесценцијом. Због тога, *мања* одступања у времену појављивања неких психосоцијалних обележја код одређеног адолесцента, не треба одмах сматрати застојем/кризом или прераним сазревањем.

Корисни линкови:

1. Brković A. Razvojna psihologija. Regionalni centar za profesionalni razvoj zaposlenih u obrazovanju. "Svetlost", Čačak, 2011.
http://svetlost.org/podaci/Razvojna_psihologija_Brkovic.pdf
2. Guerra N, Williamson A, Lucas-Molina B. Normal Development: Infancy, Childhood and Adolescence. IACAPAP Textbook of Child and Adolescent Mental Health
<http://iacapap.org/wp-content/uploads/A.2.-DEVELOPMENT-072012.pdf>
3. <http://www.albulj.co.rs/izdanja/psihologija/index.htm>

СЕКСУАЛНОСТ У АДОЛЕСЦЕНЦИЈИ

Телесни и психосоцијални развој адолесцената праћен је порастом интересовања за сексуалност и сексуалне манифестације. Адолесценција је период у коме се обично остварују прве озбиљније емотивне везе, а све већи број младих доживљава и сексуалне односе. Здравствени радници и сарадници могу да помогну младима да развију и остварују здраву сексуалност, усклађену са достигнутим степеном развоја, личним карактеристикама и потребама.

Развој сексуалности током детињства и адолесценције

Сексуална осећања и сексуалне манифестације постоје током целог живота. Основни сексуални одговори постоје већ на рођењу. Код женске новорођенчади повремено долази до лубрикације вагиналних зидова, а код мушких беба до спонтаних ерекција. Као вид сексуалног узбуђења, у првој години живота деце се повремено запажа напетост мишића и убрзано дисање које после неколико минута замењује опуштање тела. Оргазме неки дечаци и девојчице доживљавају већ у трећој и четвртој години живота, а практично сви дечаци бар три до пет година пре уласка у пубертет. Ови оргазми се квалитативно разликују од оргазма код одраслих јер немају исту когнитивну компоненту, тј. деца их опажају само као пријатну телесну сензацију, а не као сексуални доживљај. Са наступањем пубертета долази до јачања сексуалног нагона и уобличавања психичког одговора на динамичке процесе телесног сазревања. То доводи до постепеног формирања полног идентитета младе особе, кроз процесе који се обично завршавају до краја адолесценције.

Развој сексуалности почиње преко телесног контакта, тоpline и блискости коју мајка пружа малом детету док га негује, купа и храни. Та рано доживљена осећања сигурности и блискости имају велики утицај на сексуално понашање и ставове у младости и одраслом добу. Сексуалност мале деце није усмерена према другим особама, већ је по својој природи аутосексуална. Потакнута радозналошћу, деца испитују различите реакције

сопственог тела, укључујући и гениталне. Некима од њих посебно се допада додиривање спољашњих гениталија, јер изазива пријатност и сексуални осећај налик узбуђењу.

Аутоеротске радње и тзв. инфантилна онанија су нормалне развојне појаве у свим препубертетским узрастима. Ако је онанија детета компулзивна, сматра се неуротском реакцијом чији узроци могу бити различити, укључујући трпљење сексуалног злостављања. Интересовање за особе супротног пола се буди већ на почетку адолесценције, али дечаци и девојчице то манифестују на сасвим различите начине. Дечаци обично избегавају сусрет и разговор са девојчицама, а понекад су и одбојни јер сакривају страх који осећају у комуникацији са њима. Девојчице истог узраста, овај појачани полни нагон сублимирају маштањем о идеалној љубави, а неке од њих га прикривају већом моторном активношћу и ратоборним, мушкобањастим понашањем. У пубертету и адолесценцији девојке и младићи све чешће мастурбирају. Мастурбација у овом узрасту има више функција: доживљавање сексуалног задовољства, упознавање својих сексуалних реакција, одлагање активне сексуалности. Зато се мастурбацији, колико год да је учестала, не може безрезервно приписати неуротски карактер. С отпочињањем сексуалне активности, адолесценти ређе мастурбирају, али се овај вид постизања сексуалног задовољства задржава целог живота.

У раној адолесценцији (11-14 година) појачано се осећа сексуална привлачност према другим особама. Праве хетеро- или хомосексуалне везе су још увек ретке, до њих обично долази из радозналости и доживљавају се са страхом. Много чешћа је ситуација да млади овог узраста имају блиске пријатеље истог пола при чему ове везе имају и извесну компоненту сексуалне привлачности, која је тинејџерима обично толико застрашујућа да је у потпуности потискују.

У периоду тзв. праве адолесценције (14-17 година), емоционални живот младих постаје богатији. Они све чешће доживљавају узајамну привлачност са особом супротног или истог пола и успостављају хетеро- или хомосексуалне везе, попут одраслих особа, с тим што су хомосексуалне везе знатно ређе. Млади овог узраста осећају потребу за надопуњавањем или поседовањем. Они трагају за сексуалним партнером који има оне квалитете какве би и адолесцент сам желео да поседује.

У касној адолесценцији (17-20 година) млади су довољно зрели за остваривање стабилне емотивне везе, а већина њих има јасну свест о својој сексуалној оријентацији. Сматра се да је млада особа достигла задовољавајући степен психосоцијалне и сексуалне зрелости када се понаша као одрасла особа и не осећа стид и кривицу због својих сексуалних доживљаја и понашања (табела 1).

Табела 1. Понашање сексуално здраве одрасле особе

Прихвата и цени своје тело.
Тражи сврсисходне додатне информације о репродукцији.
Према свима се опходи, без обзира на родну припадност, прикладно и с поштовањем.
Изјашњава се о својој сексуалној оријентацији и поштује сексуалну оријентацију других.
У стању је да воли и успостави блискост.
Развија и одржава садржајне и искрене партнерске односе, без експлоатације и манипулације.
Живи у складу са сопственим начелима и преузима одговорност за сопствено понашање.
Ефикасно доноси информисане одлуке о партнерским везама и заснивању породице.
Ужива у испољавању сексуалности током целог живота.

Извор: Клиничке смернице Савета Сједињених Америчких Држава за информисање и едукацију о сексуалности; 2004. Доступно на:

http://www.siecus.org/_data/global/images/guidelines.pdf.

Сексуална оријентација

Сексуална оријентација се формира током адолесценције и обухвата идентитет (хетеросексуални, хомосексуални и бисексуални), род особа према којима се осећа привлачност (супротни, исти или оба) и пол особа са којима се остварују сексуални односи (супротни, исти или оба). Искључиво хетеросексуални идентитет, осећања и понашање има приближно 90% адолесцената, а преосталих 10% може имати склоност ка хомосексуалној или бисексуалној оријентацији која се не мора и остварити кроз сексуални однос.

Важно је да педијатри отворено разговарају о сексуалности са свим адолесцентима и да им пруже објективну, непристрасну информацију о развоју сексуалне оријентације. То ће им олакшати да уоче оне адолесценте који немају јасну свест о својој сексуалној оријентацији, па им је потребна додатна подршка да себе разумеју и прихвате своју сексуалност.

Одрастање нехетеросексуално оријентисаних адолесцената је оптерећено низом додатних проблема у поређењу са вршњацима који су хетеросексуални. Зато су нехетеросексуални адолесценти склонији депресији, суициду и усвајању облика понашања који су штетни за здравље, попут злоупотребе дувана, алкохола и дроге, поремећаја исхране и ризичног сексуалног понашања. Бити различите сексуалне оријентације од већине својих другова и другарица често изазива осуду вршњачке групе, стигму, малтретирање, социјалну изолацију, као и трпљење физичког и сексуалног насиља.

Улога здравственог система у очувању сексуалног здравља адолесцената

Учесталост сексуалне активности расте међу адолесцентима, а просечна узрасна граница ступања у сексуалне односе се смањује. Разлике у сексуалном понашању између девојака и младића постају све мање, мада су у великом броју земаља Европе, укључујући и Србију, младићи још увек у већем обиму сексуално активни у односу на девојке истог узраста.

Циљ здравствених радника и сарадника који раде са младима је да им помогну у одлагању сексуалних односа до узраста када су за то развојно и лично спремни, мотивишу их да се у сексуалним везама понашају безбедно и сагледају стање сексуалног здравља код оних који су сексуално активни. Чиниоци који доприносе остваривању тих циљева су едукација, саветовање и процењивање анамнестичких података о сексуалном понашању. Најважнији предуслови за успостављање доброг односа с младима су поштовање њиховог права на приватност и поверљивост, неосуђујући и недискриминишући приступ и усклађивање професионалног рада са принципима добре клиничке праксе и клиничким смерницама заснованим на доказима.

Едукација адолесцената. Са едукацијом деце и адолесцената о сексуалном и репродуктивном здрављу здравствени радници треба да почну у што ранијем узрасту и да је трајно спроводе. Пожељно је да едукација буде интерактивна, индивидуална или групна. Бољи резултати се постижу комбиновањем информационих канала, односно постављањем плаката (постера) у саветовалишту и дељењем информативних брошура, организовањем трибина и кампања, учешћем у пригодним радио и телевизијским емисија, објављивањем чланака у средствима јавног информисања, развијањем одговарајућих вебсајтова и упућивањем порука путем друштвених мрежа.

Саветовање адолесцената. Саветовање адолесцената треба обављати без присуства родитеља. Међународна конвенција о правима детета обавезује здравствене раднике да поштују право адолесцената на приватност и поверљивост. Адолесценти, ипак, морају бити упознати да информације не могу остати поверљиве када указују на опасност по здравље или живот тог адолесцента или неке друге особе.

Једнакост у приступу је основни принцип рада с адолесцентима. Сексуално понашање адолесцента, без обзира у којој мери је ризично или у супротности са схватањима и моралним начелима здравственог радника који је у улози саветника, не сме да буде предмет осуде. Адолесценција је период авантуризма и експериментисања, прихватања изазова и преузимања ризика. Саветник ће на прави начин помоћи адолесценту ако покуша да разуме мотиве и осећања која су га руководила, покаже му емпатију и помогне да ублажи последице.

Процена анамнестичких података о сексуалном понашању адолесцената. У разговору с адолесцентом се прикупљају подаци који помажу у процени тренутног стања њеног/његовог сексуалног и репродуктивног здравља и усмеравају дијагностички и терапијски поступак. Анамнеза омогућава и идентификовање ризика који у будућности могу да услове нове здравствене проблем адолесцента. Мада приступ треба прилагодити индивидуалним карактеристикама адолесцента и специфичним проблемима због којих се обраћа здравственом раднику/сараднику, постоје заједничке препоруке у погледу садржаја анамнезе. Пожељно је почети од тренутног проблема адолесцента, а затим прећи на питања која су интимнијег карактера.

Предлажу се следеће окоснице у структурисању разговора:

- **Које тегобе су навеле младу особу да се обрати за помоћ?** Наведени симптоми помажу лекару да сачини план потребних прегледа и лабораторијских тестова.
- **Какво је сексуално понашање младе особе?** Подаци од посебног значаја су: када је био последњи сексуални контакт, број партнера у претходна три месеца и од почетка сексуалне активности, пол партнера, врсте сексуалних односа, учесталост односа и редовност коришћења кондома.
- **Коју врсту контрацепције користи млада особа или њен партнер?** Добијени одговор помаже у процени ризика за настанак трудноће.
- **Да ли је млада особа претходно имала полно преносиве инфекције, трудноће или неки други проблем сексуалног и репродуктивног здравља?**
- **Да ли је млада особа претходно обављала тестирање на инфекцију вирусом хумане имунодефицијенције (ХИВ), хепатитис Б и Ц?**

Пожељно је да се разговором обухвати и следеће:

- Да ли је млада особа некада доживела нежељени сексуални однос или насиље у партнерској вези?
- Да ли повремено или редовно користи алкохол и дрогу?
- Да ли постоје потешкоће у остваривању сексуалног односа или постизању сексуалног задовољства?

Пре завршетка разговора, младу особу треба охрабрити да слободно постави питање или изнесе још неки проблем који би желела да размотри са здравственим радником.

Наставак дијагностичког поступка, лечење и саветовање адолесцената треба да буду усклађени са смерницама заснованим на научним доказима и принципима добре клиничке праксе. Тиме ће здравствени радник/сарадник задобити поверење својих пацијената и задржати професионални ауторитет. Такав приступ, међутим, захтева континуирано улагање у иновирање стручних знања и вештина.

Сексуално здравље и сексуална права

Задатак здравствених радника и сарадника је да адолесцентима пружи подршку у развоју здраве сексуалности. То се остварује кроз индивидуални рад с адолесцентима, саветовање са њиховим родитељима и активностима усмереним ка бољем разумевању сексуалног здравља и сексуалних права младих у школама и локалној заједници. Младима треба обезбедити и правовремено откривање и лечење, односно ублажавање последица сексуалне активности, попут полно преносивих инфекција, малолетничких трудноћа, као и последица евентуално преживљеног сексуалног насиља.

Светска здравствена организација сматра да сексуалност представља централни аспект људског бића и да обухвата пол, родни идентитет и улогу, сексуалну оријентацију, еротизам, задовољство, интимност и репродукцију. Сексуалност се доживљава и изражава путем мисли, фантазија, жеља, уверења, ставова, вредности, понашања, навика, улога и веза. Начин испољава сексуалности зависи од садејства биолошких, психолошких, социјалних, економских, политичких, културних, законских, историјских, религијских и духовних фактора.

Сексуално здравље подразумева задовољавајуће телесно, емоционално, ментално и социјално стање у односу на сексуалност, а не само непостојање болести, дисфункције и немоћи. Предуслови за остваривање сексуалног здравља на индивидуалном, локалном и националном нивоу су постојање благонаклоног става према сексуалности и сексуалним везама и омогућавање задовољавајућих и безбедних сексуалних искустава, лишених

принуде, дискриминације и насиља. Отуда је за постизање и очување сексуалног здравља потребно обезбедити поштовање, заштиту и испуњавање сексуалних права свих особа.

Међународно усвојена сексуална права од значаја за сексуално здравље су:

- право на једнакост и недискриминацију
- право на третман без мучења, нехуманости, понижавања и кажњавања
- право на приватност
- право на највиши могући стандард здравствене заштите и социјалне сигурности
- право на слободно одлучивање о заснивању и раскидању породице
- право на слободно одлучивање о броју деце и размаку између порођаја
- право на информисање и едукацију
- право на слободу мишљења и изражавања
- право на делотворан правни поступак у случају повреде основних права.

Препоручена литература:

1. Igartua K, Thombs BD, Burgos G, Montoro R. Concordance and discrepancy in sexual identity, attraction, and behavior among adolescents. *J Adolesc Health* 2009; 45:602–8.
2. Ott MA. Examining the development and sexual behavior of adolescent males. . *J Adolesc Health* 2010; 46:S3–S11.
3. Sedlecki K. Reproductivno zdravlje mladih. Gavrilović A, urednik. Beograd: Službeni glasnik; 2002.
4. Erić Lj. Istorijski razvoj medicinske seksologije. U: Erić Lj, Šulović V, Manojlović D. (urednici). *Medicinska seksologija*. Medicinska knjiga: Beograd – Zagreb; 1988:s. 1-17.
5. World Health Organization, United Nations Population Fund (UNFPA) and the United Nations Children’s Fund (UNICEF). Investing in our future : a framework for accelerating action for the sexual and reproductive health of the young people. Geneva: World Health Organization; 2006.

ПОРЕМЕЋАЈИ РЕПРОДУКТИВНОГ ЗДРАВЉА АДОЛЕСЦЕНАТА

ПОРЕМЕЋАЈИ МЕНСТРУАЦИОНОГ ЦИКЛУСА У АДОЛЕСЦЕНЦИЈИ

Менструациони циклус нормално траје 21-45 дана, а у просеку од 28 дана. Колебања у дужини менструационих циклуса, која се крећу у наведеном физиолошком распону, представљају уобичајену појаву. Разлике у трајању циклуса код адолесценткиња су, услед незавршених процеса биолошког сазревања, веће у поређењу с особама старијег животног доба. Менструација обично траје до 7, а највише 10 дана. Губитак крви током менструације у просеку износи 40 мл (распон 25-70 мл) што обично захтева употребу од три до шест уложака дневно.

Свим адолесценткињама треба препоручити редовне превентивне прегледе код гинеколога. Овај преглед обавезно обухвата питање о карактеристикама менструационих циклуса. Важно је да се при свакој посети евидентира датум почетка последње менструације. То је прилика да се девојка упозна с обележјима нормалних менструационих циклуса, начином вођења календара менструација и ситуацијама које налажу обавезно обраћање лекару (обилно или продужено крварење, изостанак менструације, јак бол у малој карлици, и сл.). Очекује се да ће разговор с гинекологом мотивисати девојке да преузму одговорност за своје репродуктивно здравље и уверити их да лекару могу у поверењу да изложе своје тегобе или проблеме.

Анамнеза

Поремећаји менструационог циклуса се дефинишу у односу на учесталост менструација и карактеристике крварења (дужина, интензитет и пратеће тегобе).

Код свих адолесценткиња треба прибавити податке о:

- датуму прве менструације (менархе)
- карактеристикама менструационих циклуса у погледу учесталости, дужине и обилности менструација

- евентуалној појави тегоба непосредно пре и током менструације (болони у доњем трбуху, мучнина, дијареја, и сл.)

Код девојака са поремећајем менструационог циклуса треба дефинисати:

- врсту преовлађујућег поремећаја менструационог циклуса (табела 1)
- датум појаве нередовних менструационих циклуса (непосредно после менархе или одређени број постменархалних година)
- карактеристике менструационих циклуса код мајке и других женских чланова уже породице
- постојање потенцијално неповољних егзогених чинилаца (штетне навике у исхрани, дијете за мршављење или поремећаја исхране, интензивна физичка или спортска активност, стрес, анксиозност или депресивност, хроничне или инфективне болести, оперативни захвати, узимања лекова или ризична понашања)
- постојање других симптома или знакова болести (главобоље, сметње вида, опстипација, лако замарање и поспаност, наступи глади, себореја, акне, појачана длакавост, галактореја, стрије)
- да ли је девојка сексуално активна (ако је одговор потврдан, шта користи од контрацепције) и да ли је имала искуство насилног или нежељеног сексуалног односа.

Физикални преглед

Код адолесценткиња с поремећајем менструационог циклуса треба измерити и проценити:

- телесну висину и степен ухрањености (индекс телесне масе исказати као перцентилну вредност за одређени хронолошки узраст)
- степен развијености секундарних полних одлика методом по Тенеру (Tanner)
- постојање клиничких знакова хиперандрогенизма - евентуални хирзутизам проценити скором по Фериману и Галвеју (Ferriman-Gallwey)
- постојање галактореје

- изглед и степен естрогенизације спољашњих гениталија, као и величину клиториса

Разлике између појединих облика поремећаја менструационог циклуса су донекле вештачке, јер су њихови узроци често слични. Код девојчица у перименархалном периоду, менструациони циклуси су због функционалне незрелости хипоталамусно-хипофизно-оваријумске осовине често ановулаторни, што се може манифестовати олигоменорејом или метрорагијом.

Адолесценција је период интензивног телесног и психосоцијалног развоја са повећаном осетљивошћу на негативне утицаје спољашњег окружења. Понекад је тешко раздвојити појединачне ефекте истовременог деловања различитих егзогених чинилаца – на пример, психолошки фактори су често удружени са нутриционим чиниоцима, јер у низу поремећаја, попут депресије, анорексије нервозе и стреса, долази и до губитка телесне масе.

Табела 2. Врсте нередовних менструационих циклуса

Поремећаји учесталости крварења

Полименореја: крварења наступају у интервалима <21 дана

Олигоменореја: крварења наступају у интервалима >45 дана

Примарна аменореја: изостанак менархе до 15,5 година или дуже од годину дана после достизања стадијума 5 у развоју секундарних полних одлика (по Тенеру)

Секундарна аменореја: изостанак менструације у периоду од три месеца или три уобичајеног дужине менструационог циклуса

Нередовна крварења: крварења наступају у неправилним временским интервалима, али између 21 и 45 дана

Поремећаји карактеристика крварења

Хипоменореја: смањен интензитет менструација

Хиперменореја: обилне менструације нормалног трајања

Метрорагија - абнормално матерично крварење (abnormal uterine bleeding - AUB): честа, нередовна, обилна или продужена матерична крварења

Међу ендокриним обољењима, на карактеристике менструационог циклуса посебно утичу синдром полицистичних оваријума, поремећаји или обољења штитасте жлезде, хипофизе и надбубрежних жлезда.

Код девојака са секундарном аменорејом које су сексуално активне и жале се на мучнину и напетост дојки у првом реду треба искључити трудноћу.

Код девојака са честим, продуженим или обилним материчним крварењем најважније је одмах проценити виталне параметре (првенствено артеријски крвни притисак и пулс).

Мада оскудна или умерена крварења обично нису праћена поремећајем општег здравственог стања, обилна крварења могу да доведу до хиповолемије и изражене анемије, синкопе и смртог исхода, што их издваја као једно од ретких ургентних стања у гинекологији адолесцентног узраста.

Додатни дијагностички поступци код адолесценткиња с различитим поремећајима менструационог циклуса

Примарна аменореја. Изостанак материчних крварења у узрасту или стадијуму пубертетског развоја када се очекује наступање менструације може да укаже на више клиничких проблема. Испитивање је потребно код адолесценткиња које нису добиле менарху:

- напуниле су 13,5 година, раст дојки још није почео
- три године после почетка раста дојки
- узраста 015,5 и више година без обзира на степен развијености секундарних полних одлика

- годину дана после достизања IV стадијума у развоју дојки и пубичне косматости (по Тенеру).

У дијагностичком поступку (графикон 1) је потребно да се:

- утврди развијеност секундарних полних одлика
- искључи постојање аномалија у развоју унутрашњих полних органа
- уоче друга одступања од нормалног налаза (хирзутизам, галактореја, стрије и др.)

Графикон 1: Дијагностички поступак код девојака с примарном аменорејом



Узроци примарне аменореје код девојака без или са недовољном развијеношћу секундарних полних одлика

Дисгенезија гонада. Нема раста дојки док је пубична косматост оскудна или недостаје у потпуности. Спољашњи и унутрашњи полни органи су женског типа. Најчешћи узрок је Тарнеров синдром, а знатно ређе изолована гонадна дисгенезија са мушким (46,XY) или женским (46,XX) кариотипом. Код гонадне дисгенезије са мушким кариотипом (Swyerov синдром), због повећаног ризика за малигну алтерацију, дисгенетичне гонаде треба одстранити одмах по потврди дијагнозе.

Калманов (Kallmann) синдром. Генетски условљен хипоталамусни поремећај, који је обично удружен с поремећајем чула мириса. Чешћи је код мушких него код женских особа.

Хипопитуитаризам. У хипопитуитаризму неравијеност секундарних полних одлика и примарна аменореја су условљени недостатком гонадотропних хормона, а клиничку слику често употпуњује недостатак и других хормона хипофизе (хормона раста, тиреостимулишућег хормона, адренкортикотропног хормона или антидиуретског хормона у панхипопитуитаризму).

Узроци примарне аменореје код девојака са нормалним развојем секундарних полних одлика

Агенезија Милерових (Müller) канала (Mayer-von Rokitansky-Küster-Hausenov синдром). Функција оваријума је нормална, вагина недостаје, а утерус је најчешће рудиментаран без функционалног ендометријума. Често постоје удружене аномалије уринарног система и скелета. Фенотип и кариотип су женског типа, а секундарне полне одлике су добро развијене.

Синдром комплетне неосетљивости на андрогене (Морисов синдром или синдром тестисне феминизације). Генетски условљен облик мушког псеудохермафродитизма. Фенотип је женски, а кариотип мушки. Дојке су добро развијене, а полна косматост одсутна или оскудна. Спољашње гениталије су женског типа, а вагина и утерус нису

развијени. Тестисе, који су локализовани у абдомену или у ингвиналним каналима због повишеног ризика за малигну алтерацију треба уклонити, најкасније у узрасту када се заврши раст дојки.

Опструктивне аномалије у развоју вагине и утеруса. Настају због поремећаја у диференцијацији Милерових канала, а најчешће се откривају током адолесценције. Често су удружене с развојним аномалијама уринарног система. После успостављања менструација, крв се задржава изнад места опструкције. Ако је препрека у вагини, развија се хематоколпос, а ако је на нивоу цервикса утеруса, развија се хематометра.

Секундарна аменореја. Код девојака са секундарном аменорејеом треба првенствено искључити:

- трудноћу
- неповољно деловање егзогених чинилаца (дијета за мршављење или поремећај у исхрани типа анорексије или булимије, интензивна физичка активност, стрес, депресивност, злоупотреба психоактивних супстанци и др.)

Остали могући узроци аменореје су: хронична обољења која изазивају потхрањеност или хипоксију у ткивима (дијабетес мелитус, инфламаторна болест црева, цистична фиброза, урођена цијаногена срчана обољења), тумори централног нервног система (краниофарингеом, пролактином), хипертироидизам, анорексија нервоза, и др.

Синдром полицистичних оваријума је једно од најчешћих ендокриних обољења жена у генеративном периоду живота. Обично се манифестује нередовним менструационим циклусима (продужена матерична крварења се смењују са периодима аменореје) и показатељима хиперандрогенизма (хирзутизам, акне, себореја). Диференцијално-дијагностички треба размотрити: хиперпролактинемију, туморе оваријума и надбубрежних жлезда, употребу неких лекова (даназол, психотропни лекови) и неklasични (касни) облик конгениталне адреналне хиперплазије.

Метрорагија. Честа, продужена или обилна матерична крварења су најчешћа у првој години после менархе. Обично се појављују без евидентног органског узрока или су проузрокована хематолошким обољењима (vonWillbrandova болест, тромбоцитопенија и др.), хипотироидизмом, неоплазмама репродуктивног система (хормонски активни тумори

оваријума, тумори утеруса или вагине), компликацијама трудноће (ектопична трудноћа, претећи побачај), ендометритисом и коришћењем хормонске контрацепције (табела 3).

Табела 3. Узроци нередовног материчног крварења код адолесценткиња

Дисфункционално матерично крварење
Трудноћа компликованог тока, гестациска трофобластна болест и компликације артифицијалног побачаја
Запаљење органа мале карлице
Обољења крви (тромбоцитопенија, коагулациони поремећаји)
Ендокрина обољења (хипотироидизам и хипертироидизам, обољења надбубрежних жлезда, хиперпролактинемија, синдром полицистичних оваријума, инсуфицијенција оваријума)
Промене у вагини (запаљење, неоплазма, лацерације)
Промене у цервиксу утеруса (запаљење, бенигна или малигна неоплазма)
Промене у утерусу (конгениталне аномалије, миом, полип, овулаторно крварење, коришћење интраутериног улошка)
Промене у оваријуму (функционалне цисте, бенигни и малигни тумори)
Ендометриоза
Повреде
Страно тело (нпр. заборављени тампон)
Системске болести (дијабетес мелитус, болест бубрега, системски лупус еритематозус)
Лекови (хормонски контрацептиви, антикоагуланси, инхибитори агрегације тромбоцита, андрогени, спиронолактон)

У циљу ургентне процене непосредне угрожености здравља девојке са продуженим материчним крварењем испитивање треба почети мерењем концентрације хемоглобина и хематокрита (табела 4).

Табела 4. Процена обилности крварења

Обим губитка крви метрорагијом	Концентрација хемоглобина у крви (г/л)	Хематокрит (%)
Мали	>110	>33
Умерен	90 - 110	27 - 33
Велики	<90	<27

Хоспитализација је потребна адолесценткињама са:

- израженом анемијом (концентрација хемоглобина у крви нижа од 70 г/л)
- умереном анемијом (концентрација хемоглобина у крви нижа од 100 г/л) ако постоје ортостатска хипотензија или обилно матерично крварење.

Код сексуално активних адолесценткиња потребно је урадити тестове на трудноћу, гонореју и инфекцију хламидијом.

Даље испитивање обухвата тестове за процену функција јетре и тироидне жлезде и одређивање протромбинског времена, парцијалног тромбопластинског времена и времена крварења. Испитивања треба предузети пре започињања хормонске терапије, јер естрогени могу утицати на вредности наведених показатеља процеса коагулације.

Терапијски поступак код адолесценткиња с различитим поремећајима менструационог циклуса

Аменореја. Лечење девојака са примарном и секундарном аменорејом зависи од узрока и врсте поремећаја. Код девојака са одсутним или оскудним развојем секундарних полних одлика и примарном аменорејом, која је проузрокована хипоталамусно-хипофизним

поремећајем или дисгенезијом гонада, раст дојки и других секундарних полних знакова треба индуковати естрогенима, уз постепено повећавање дозе хормона до појаве првог матичног крварења. Лечење се наставља комбинованом применом естрогена и прогестерона. Код свих особа са дисгенезијом гонада и позитивним Y хромозомом у кариотипу, тракасте гонаде треба одмах одстранити (због ризика од малигне алтерације), а затим применити хормонску терапију на претходно описани начин.

Код девојака са недостатком вагине, услед агенезије Милерових канала или синдрома комплетне неосетљивости на андрогене, потребно је омогућити сексуалну функцију применом неког од нехируршких или хируршких поступака формирања вагине. Код особа са синдромом неосетљивости на андрогене одстрањују се и тестиси, обично после завршетка пубертетског раста и развоја, јер ризик за развој гонадних неоплазми значајно расте тек после 20. године живота. Код тих девојака се потом полни хормони надокнађују континуираном применом естрогена.

Успостављање правилног ритма матичних крварења, када је индиковано код девојака с примарном или секундарном аменорејом, може се постићи применом прогестагена током 10 дана сваког месеца или комбинованом применом естрогена и прогестерона. Поремећаји функције тироидне жлезде и хиперпролактинемија захтевају каузалну терапију.

Код девојака са функционалном хипоталамусном аменорејом треба тежити отклањању неповољних чинилаца који су условили настанак поремећаја. У почетним фазама лечења не треба примењивати хормонску терапију естрогенима и прогестероном, већ се саветује ублажавање психичке напетости младе особе, увођење корекција у исхрани и обиму физичког ангажовања, као и промовисање здравих стилова живота. Одлука о примени хормонске терапије се доноси у договору са нутриционистом и психотерапеутом.

Метрорагија. Код адолесценткиња са метрорагијом умереног степена препоручује се надокнада гвожђа и праћење карактеристика наредних менструација. Када је крварење умереног степена потребно је применити хормонску терапију - прогестагене током 10 дана месечно или комбиновану оралну контрацепцију (КОК). Пожељна дужина лечења је 3-6 месеци. Код адолесценткиња с обилним крварењем у лечењу могу се применити прогестагени или КОК. Ако се лечење спроводи комбинованим оралним контрацептивима, почиње се са вишом хормонском дозом (по једна таблета на 6-12 сати),

а затим се размак између доза продужава, да би се наставило са једном таблетом дневно. Прогестагене или КОК у почетку треба давати континуирано до излечења анемије, а затим наставити у уобичајеном режиму.

Дисменореја

Болни грчеви у доњем трбуху током менструације чести су код адолесценткиња. Процењује се да од дисменореје пати приближно две трећине адолесценткиња, а код сваке седме девојке болови су толико јаки да онемогућавају свакодневне активности и резултују изостајањем из школе.

Дисменореја може да буде примарна и секундарна. Код примарне дисменореје, која је чешћа у адолесценцији, не постоји патолошки процес у малој карлици. Сматра се да настаје због ослобађања простагландина из ендометријума током менструације. Секундарна дисменореја је најчешће последица аномалија у развоју унутрашњих полних органа које доводе до опструкције у отицању менструационе крви или ендометриозе органа мале карлице.

Дијагностички и терапијски поступак - Код девојака с дисменорејом потребно је да се гинеколошким бимануелним и ултрасонографским прегледом искључе органски узроци поремећаја.

У лечењу се користе инхибитори синтезе простагландина, попут парацетамола и ибупрофена, које треба применити непосредно пре или у време наступања менструације. Када се тегобе недовољно ублажавају применом инхибитора синтезе простагландина или када је девојка сексуално активна, препоручује се примена комбиноване оралне контрацепције.

Синдром пременструационе напетости

Синдром пременструационе напетости (ПМС) је неодређен клинички проблем кога карактерише циклична појава различитих физичких и психичких тегоба у другој половини менструационог циклуса. Те тегобе ремете нормалан живот и професионалну активност, а ублажавају се и нестају после почетка менструације. Најчешћи симптоми ПМС-а су абдоминална надутост, анксиозност и раздражљивост, болна напетост у дојкама, наступи плача, депресивност, малаксалост, недостатак концентрације, жеђање, промене апетита и отоци на екстремитетима.

С обзиром да етиологија ПМС-а још увек није расветљена, лечење је усмерено ка отклањању преовлађујућих тегоба. Запажено је да примена комбиноване оралне контрацепције (КОК) у одређеним случајевима има повољан ефекат, за који се верује да је условљен спречавањем великих промена у концентрацијама полних хормона у крви које постоје током нормалног менструационог циклуса. Ефекат КОК може да буде још повољнији када се скраћују или прескачу паузе у узимању таблета.

Препоручена литература:

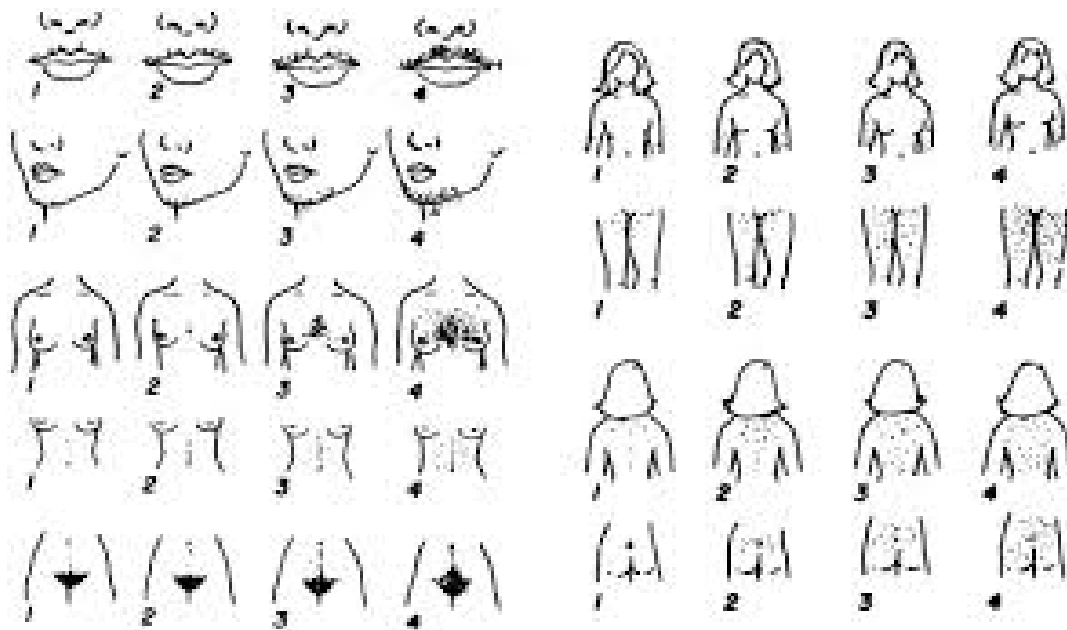
1. Amy JJ. Other menstrual disorders: secondary amenorrhoea, excessive menstrual bleeding, dysmenorrhoea. In: Amy JJ, volume editor. Paediatric and Adolescent Gynaecology. European Practice in Gynaecology and Obstetrics; 6. Amsterdam: Elsevier Science B.V; 2003. p. 151-62.
2. Emans SJH, Laufer MR, Goldstein DP, editors. Pediatric and Adolescent Gynecology, 5th ed. Philadelphia: Lippincot Williams & Wilkins; 2005.
3. Neinstein LS, editor. Adolescent Health Care – A Practical Guide, 4th ed. Philadelphia: Lippincot Williams & Wilkins; 2002.
4. Speroff L, Fritz MA. Clinical gynecologic endocrinology and infertility. 8th ed. Philadelphia: Lippincot Williams & Wilkins; 2011.
5. American Academy of Pediatrics. American College of Obstetricians and Gynecologists. Committee on Adolescent Health Care. Menstruation in girls and adolescents: using the menstrual cycle as a vital sign. ACOG Committee Opinion No. 349. Obstet Gynecol 2006; 108:1323-8.

ХИПЕРАНДРОГЕНИЗАМ И СИНДРОМ ПОЛИЦИСТИЧНИХ ОВАРИЈУМА У АДОЛЕСЦЕНЦИЈИ

Хиперандрогенизам код девојака у адолесценцији карактерише хиперсекреција мушких полних хормона из оваријума или надбубрежних жлезда, најчешће се испољава хирзутизмом и често акнама. Сличне поремећаје проузрокује и појачано деловање мушких полних хормона у периферним ткивима. Највећи број поремећаја који изазивају хиперандрогенизам се развија у пубертету. Адолесценткиње посебно забрињава појава косматости лица, браде, леђа, груди, трбуха и унутрашњих страна бутина, односно оних делова тела на којима длаке терминалног типа (дугачке пигментоване длаке) код девојака и жена обично не расту или су једва приметне.

С биолошког и клиничког аспекта, хирзутизам се може дефинисати као најблажи, тзв. кутани облик хиперандрогенизма. Хирзутизам је, међутим, клинички знак који може да укаже на више обољења. Услучају тежег облика хиперандрогенизма промене захватају кожу и мишиће, као и репродуктивни тракт и називају се вирилизација или маскулинизација. Појава вирилизације код жена, која обухвата пораст клиториса, мушку телесну конституцију, губитак косе у фронталним деловима поглавине („залисци”), промену дубине гласа, атрофију дојки и поремећаје менструација, најчешће је проузрокована адреналном хиперплазијом или тумором надбубрежних жлезда, односно оваријума који продукује андрогене. Услед развоја мушког типа длакавости, девојка се суочава са проблемима претежно козметске и психолошке природе, које покушава да реши уз помоћ лекара.

Израженост тог поремећаја се процењује скором по Фериману и Галвеју (Ferriman-Gallwey).



Слика 4. Скор по Фериману и Галвеју за процену изражености хирзутизма

Узроци и клинички знаци хиперандрогенизма

Потребно је направити разлику између хирзутизма и физиолошког облика хиперандрогенизма који је обично благо испољен, а јавља се током пубертета због повећане продукције андрогена, првенствено дехидроепиандростендиона и његовог сулфата (DHEA и DHEAS), у надбубрежним жлездама. Хирзутизам такође треба разликовати од хипертрихозе, која подразумева појаву изражених и густих длака обично велус типа на целом телу или на одређеним подручјима која нису типична за тзв. мушки тип косматости (табела 5).

Табела 5. Клиничке манифестације хиперандрогенизма

Себореја (Seborrhoea)	Хиперактивност лојних жлезда
Акне (Acnae)	Инфламаторно обољење пилосебацеумских фоликула, нарочито оних које су локализоване на лицу и трупцу
Хипертрихоза (Hypertrichosis)	Генерализована појачана длакавост (тзв. синдром вукодлака)
Хирзутизам (Hirsutismus)	Појачана косматост на андроген-зависним деловима коже (лице, брада, груди, леђа, горњи пубични троугао, унутрашња страна бутине)
Вирилизација (Virilisatio)	Изражени хиперандрогенизам с алопецијом у фронтпаријеталним деловима поглавине, продубљеним гласом, повећањем мишићне масе, инволуцијом дојки и порастом клиториса

Најчешћи узроци хиперандрогенизма у адолесценцији су синдром полицистичних оваријума (ПЦО) и идиопатски хирзутизам (укупно око 95% свих клиничких случајева), док андроген-продукујући тумори изазивају хирзутизам код мање од 1% адолесценткиња (табела 6).

Табела 6. Узроци хиперандрогенизма у адолесценцији

<i>Андроген-независна хипертрихоза</i>
Расна/породична
Лекови
Анорексија нервоза и хипотироидизам (длаке велус типа)
<i>Идиопатски хирзутизам</i>
<i>Андроген-зависни хирзутизам и вирилизација</i>
Адренални узроци

Превремена адренарха и поремећена адренарха
Конгенитална адrenalна хиперплазија (дефицит 21-хидроксилазе, дефицит 3β-хидроксистероид дехидрогеназе, дефицит 11β-хидроксилазе)
Кушингова (Cushing) болест
Вирилизујући адrenalни тумори
Оваријумски узроци
Синдром полицистичних оваријума
Вирилизујући тумори
Стромална хипертекоза

Андроген-независна хипертрихоза и хирзутизам. За разлику од хирзутизма, *хипертрихоза* се одликује порастом *лануго* типа длака (маље), који није посебно изражен на одређеним деловима тела и није условљен повећаном секрецијом андрогених хормона. Хипертрихоза је често одраз деловања генетских или етничких чинилаца. Ипак, у појединачним случајевима хипертрихоза је рана манифестација благо повећане продукције андрогена, последица хроничног деловања различитих лекова који утичу на метаболизам андрогена (дилантин, диазоксид, глукокортикоиди, циклоспорин, неки антидепресиви и други), или метаболичких поремећаја (анорексија нервоза, хипотироидизам, акутна интермитентна порфирија).

Идиопатски хирзутизам. Када није могуће утврдити узрок, хирзутизам се класификује као идиопатски. Понекад се, међутим, међу таквим случајевима касније открива прави узрок хирзутизма – најчешће је то неklasични облик („облик са касним почетком“) конгениталне адrenalне хиперплазије.

Патогенеза идиопатског хирзутизма је нејасна. Једна од претпоставки је да појачана активност ензима 5α-редуктазе у фоликулу длаке (и лојним жлездама) појачава конверзију тестостерона у много потентнији дихидротестостерон (ДХТ). Стога се сматра да налаз повишених концентрација метаболита дихидротестостерона у урину или плазми

(нпр. Залфа-андростендиол глукуронида) представља могући маркер идиопатског хирзутизма.

Андроген-зависни хирзутизам и вирилизација. Хирзутизам у адолесценцији могу да изазову неки облици поремећаја продукције андрогена у надбубрежним жлездама, који нису откривени у детињству, јер не изазивају маскулинизацију спољашњих гениталија, прерани пубертет и „синдром губитка соли“. Некласични облик (облик са касним почетком) конгениталне адреналне хиперплазије је релативно редак и условљава тек око 1% свих случајева хиперандрогенизма у адолесценцији.

Конгенитална адренална хиперплазија – некласични облик. У зависности од врсте и степена ензимског недостатка, поремећај се може испољити превременим растом стидне косматости (*pubarcha praecox*), а касније израженим цистичним акнама, примарном аменорејом, олигоменорејом или секундарном аменорејом. Код адолесценткиња са дефицитом 21-хидроксилазе може се развити и инсулинска резистенција тако да клиничка слика подсећа на синдром полицистичних оваријума. Редак облик КАХ услед дефицита 11бета-хидроксилазе, поред хирзутизма карактерише и хипертензија, хипокалијемија и метаболичка алкалоза. Дефицит 3бета-хидроксистероид дехидрогеназе резултује високим серумским концентрацијама ДНЕА, који се у периферним ткивима конвертује у знатно активније андрогене – тестостерон и ДХТ.

Синдром полицистичних оваријума. Синдром полицистичних оваријума (ПЦОС) је најчешћи ендокринолошки поремећај жена у репродуктивном периоду живота, а најраније се испољава се у перименархалном периоду. Сматра се да има генетску основу, а шароликост клиничке слике наводи на претпоставку о неколико различитих узрока као што су поремећаји синтезе полних хормона, аномалије инсулинског рецептора, мутације гена за инсулин или функционалне аномалије андрогенског рецептора.

Основни патофизиолошки механизми који проузрокују клиничке поремећаје обухватају повишене концентрације андрогена у крви и хиперинсулинизам која је последица резистенције периферних ткива на деловање инсулина. Повишена концентрација инсулина у крви доприноси развоју гојазности која потенцира хиперандрогенизам услед пораста обима конверзије андрогена у масном ткиву и смањивања концентрације

глобулина који везује полне хормоне (*sex-hormone binding globuline*) што резултује вишим серумским концентрацијама слободног тестостерона.

Синдром полицистичних оваријума карактерише полицистични изглед оваријума са мноштвом незрелих фоликула, односно фоликула чији је развој заустављен, тако да су величине 2-9 мм. Хронична ановулација или олигоовулација има за последицу нередовне менструационе циклусе и смењивање олигоменореје са продуженим материчним крварењима. Хиперандрогенизам се најчешће испољава акнама, себорејом и хирзутизмом. Синдром полицистичних оваријума је трајан поремећај који негативно утиче на репродуктивно здравље јер смањује фертилитет и повећава ризик за настанак карцинома ендометријума. Са синдромом ПЦО повезани су и метаболички поремећаји, првенствено условљени инсулинском резистенцијом која повећава склоност за развој гојазности, дијабетеса мелитуса типа 2 и кардиоваскуларних обољења. Правовремено постављање дијагнозе и одговарајуће лечење повољно утичу на ток и прогнозу синдрома ПЦО.

Дијагностички поступак

Не постоје формални дијагностички критеријуми за постављање дијагнозе синдрома ПЦО код адолесценткиња, а посебан изазов представља преклапање неких показатеља овог поремећаја с обележјима нормалног пубертета. Наиме, менструациони циклуси су често нередовни код адолесценткиња са синдромом ПЦО, али и код здравих девојака у првим постменархалним годинама. Надаље, акне и благи хирзутизам су чести током пубертета због повећане продукције андрогена у надбубрежним жлездама током пубертета. Више од половине девојака са синдромом ПЦО је гојазно, али учесталост гојазности, такође, расте у општој популацији деце и адолесцената. Сама гојазност, независно од постојања синдрома ПЦО, може да услови поремећај менструационих циклуса. Отуда, лекару може да буде тешко да разликује адолесценткиње са синдромом ПЦО од оних које су само гојазне. Додатну тешкоћу у диференцијалној дијагнози представља чињеница да су оваријуми полицистичног изгледа код великог броја девојака које немају синдром ПЦО.

За поуздану дијагнозу синдрома ПЦО у адолесценцији неопходно је постојање сва три критеријума:

- хиперандрогенизам, дефинисан повишеним серумским концентрацијама тестостерона и прогресивним хирзутизмом

- олигоменореја која постоји и после друге постменархалне године
- полицистични изглед оваријума, са запремином већом од 10 мл или налазом 12 и више фоликула промера 2-9 мм у једном попречном пресеку

Код адолесценткиња са налазом само два од наведених клиничких критеријума саветује се трајни надзор лекара пошто временом могу развити један од јасно дефинисаних фенотипова синдрома ПЦО:

Тип А: хиперандрогенизам, хронична ановулација и полицистични оваријуми

Тип Б: хиперандрогенизам и хронична ановулација

Тип Ц: хиперандрогенизам и полицистични оваријуми

Тип Д: хронична ановулација и полицистични оваријуми.

Терапијски поступак

Лечење адолесценткиња са синдромом ПЦО обухвата усвајање здравог стила живота, комбиновану хормонску контрацепцију, антиандрогенску терапију и препарате који повећавају осетљивост периферних ткива на инсулин.

Најважнија терапијска мера је усвајање здравих животних навика, првенствено начина исхране и редовне физичке активности. Утврђено је да умерена редукција телесне масе од 5% до 10% повољно делује на карактеристике менструационих циклуса и ублажава хиперинсулинемију и хиперандрогенемију.

Применом комбиноване хормонске контрацепције код девојака са синдромом ПЦО успоставља се правилан ритам материчних крварења, ублажавају се акне и хирзутизам и смањује ризик за развој хиперплазије и карцинома ендометријума у будућности. Комбинована хормонска контрацепција, међутим, може погоршати удружене метаболичке поремећаје, јер повећава инсулинску резистенцију и негативно утиче на профил липида. Сматра се да ти негативни ефекти немају клинички значај у периоду адолесценције.

Антиандрогенски препарати обухватају антагонисте андрогенских рецептора и инхибиторе 5 α -редуктазе. Антагонисти андрогенских рецептора компетитивним антагонизмом спречавају везивање андрогена за рецепторе у периферним ткивима и тиме редукују клиничке знаке хиперандрогенизма. То су ципротерон-ацетат (обично се користи

заједно с естрогенима), флутамид и спиронолактон. Инхибитори 5-алфа-редуктазе спречавају конверзију тестостерона у много потентнији дихидротестостерон. Представник те групе антиандрогенских препарата је финастерид.

Веома добри ефекти се постижу и применом метформина који повећава осетљивост периферних ткива на инсулин, односно смањује инсулинску резистенцију и повољно делују на функцију оваријума. Ефекат метформина у погледу редукције степена хирзутизма је ограничен после конверзије маљавости у у терминални тип длакавости. Тада се саветује уклањање длака козметским мерама.

Препоручена литература:

1. Emans SJ. Androgen abnormalities in the adolescent girl. In: Emans SJH, Laufer MR, Goldstein DP, editors. *Pediatric and Adolescent Gynecology*, 5th ed. Philadelphia: Lippincot Williams & Wilkins; 2005. p. 287-33.
2. Speroff L, Fritz MA. *Clinical gynecologic endocrinology and infertility*. 8th ed. Philadelphia: Lippincot Williams & Wilkins; 2011. p.465-98.
3. Bruni V, Dei M. Hyperandrogenic conditions in the adolescent. In: Amy JJ, volume editor. *Paediatric and Adolescent Gynaecology. European Practice in Gynaecology and Obstetrics*; 6. Amsterdam: Elsevier Science B.V; 2003. p. 163-77.
4. Rackow BW. Polycystic ovary syndrome in adolescents. *Curr Opin Obstet Gynecol* 2012; 24:281-7.
5. Fauser BCJM, Tarlatzis BC, Rebar RW, et al. Consensus on women's health aspects of polycystic ovary syndrome (PCOS): the Amsterdam ESHRE/ASRM-sponsored 3rd PCOS Consensus Workshop Group. *Fertil Steril* 2012; 97:28–38.

ХИТНА СТАЊА У АДОЛЕСЦЕНТНОЈ ГИНЕКОЛОГИЈИ

Хитна гинеколошка стања у адолесценцији могу да настану због промена на спољашњим или унутрашњим полним органима, а узрокована су ендогеним или егзогеним чиниоцима. Међу ендогеним узроцима, посебну пажњу заслужују урођени поремећаји у развоју репродуктивног система и уврнућа јајника и јајовода. Ендогени узроци зависе од узраста, а најчешћи су повреде, запаљења и патолошка стања у трудноћи.

На постојање хитног гинеколошког стања указују различите тегобе, попут болова у доњем трбуху, појачане гениталне секреције или крварења. Правовремена дијагностика је често од великог значаја, јер је некада једини начин њиховог лечења неодложни оперативни третман.

Из практичних разлога, хитна стања су приказана према делу репродуктивног система који је захваћен патолошким процесом.

Промене на спољашњим полним органима

Повреде стиднице најчешће настају код млађих адолесценткиња током игре или бављења спортом. Расцепи химена обично не настају задесно, већ су последица насилног или добровољног сексуалног односа. У перименархалном узрасту откривају се аномалије у развоју вагине које доводе до застоја у отицању менструационе крви. Болни грчеви у доњем трбуху за време менструационог крварења су тако интензивни да представљају акутан гинеколошки проблем код приближно 5% адолесценткиња.

Повреде стиднице су најчешће задесне у адолесцентном узрасту. *Посекотине или раздеротине* које крваре захтевају хитну обраду ране. *Едем или хематом стиднице* настају деловањем тупе силе која изазива контузију растреситог поткожног везивног ткива. Повреде може да изазове и *сексуално злостављање* – њих треба фотографисати кад год је то могуће. У адолесцентном узрасту *инфекције стиднице* такође могу да захтевају хитно обраћање лекару. Најчешће је унилатерално запаљење Бартолинијеве жлезде, које је

праћено њеним увећањем и отоком околног ткива, што изазива јаке болове у пределу стиднице са отежаним седењем и ходањем.

Аномалије химена, пре свега потпуно затворена хименална мембрана (*hymen imperforatus*), изазива бол рецидивантног карактера, који се појачава са сваким наредним менструационим крварењем. Разлог је у повећавању запремине крви, ретиниране у вишим деловима репродуктивног система жене. На ову врсту аномалије указује изостанак прве менструације и периодични бол који траје неколико дана. Дијагноза се поставља на основу гинеколошког прегледа, а ултрасонографско испитивање омогућава прецизнију дијагностику дебљине преграде која задржава отицање менструационе крви. Важно је да се ова аномалија што раније открије и оперативно коригује, јер се тиме смањују могућност за настанак трајних оштећења унутрашњих репродуктивних органа адолесценткиње. Посебно је важно да се спречи накупљање крви у јајоводима, јер то изазива неповратно умањење плодности. После хируршког отварања химена постоји ризик за развој инфекције, па је неопходна профилактичка примена антибиотика.

Промене у вагини

Хитна гинеколошка стања у адолесцентном узрасту могу да буду последица повреда или аномалија у развоју вагине. Повреде вагине настају при сексуалном односу и чешће су код старијих адолесценткиња. Најчешће аномалије у развоју вагине су трансверзални септум вагине и поремећаји латералне фузије Милерових (Müller) канала са недостатком дисталног дела једне вагине.

Трансверзални септум вагине има клиничку слику сличну имперфорираном химену. Лечење је оперативно, а сложеност зависи од дебљине септума вагине.

Поремећаји латералне фузије Милерових (Müller) канала се манифестују постојањем два утеруса и две вагине, од којих једна недостаје у доњој трећини. Са исте стране постоји и агенезија бубрега. У слепо затвореној вагини се са сваком наредном менструацијом накупља крв, што је праћено боловима у доњем трбуху за време менструација, који постају све интензивнији. При гинеколошком прегледу се уочава тумефакт у малој

карлици, а ултрасонографијом се потврђује дијагноза. Лечи се оперативним уклањањем преграде између вагина.

Промене на утерусу

Најчешћи разлози неодложног обраћања адолесценткиња су болне менструације и обилна матерична крварења, који су изложени у претходном поглављу. Код хитних стања која су праћена болом у малој карлици потребан је ултразвучни преглед, како би се искључиле аномалије гениталних органа, тумори и торзије јајника.

Промене јајовода и јајника

Увртнућа (торзије) јајника и јајовода су релативно чести у адолесцентном узрасту. Њиховом настанку предиспонира присуство цисте или тумора јајника. На торзију указује акутна појава јаког бола у доњем трбуху, који може да буде праћен колапсом и повраћањем. При гинеколошком прегледу постоји болна осетљивост и задебљање аднекса, а ултразвучним прегледом се уочавају повећање запремине аднекса, знак торзије и едем строме јајника. Протоци крви могу да се евидентирају у јајнику упркос торзији.

Лечење торзије јајника и јајовода је оперативно, а пожељно је да се изврши лапароскопским приступом. Предности лапароскопије над лапаротомијом су у већој прецизности при извођењу хируршког захвата, смањивању учесталости постоперативних компликација, бржем опоравку пацијенткиње и смањењу дужине хоспитализације. Мишљења о потреби фиксирања јајника да би се превенирале поновљене торзије још увек су подељена.

Ванматерична трудноћа може да настане и код адолесценткиња и често јој претходи акутна инфекција јајовода узрокована хламидијом или ређе гонорејом. Адолесценткиња се најчешће жали на болове у доњем трбуху, а ређе на ванредно крварење коме је претходило изостанак менструације. Када постоји сумња на ванматеричну трудноћу, поред

гинеколошког и ултразвучног прегледа потребно је и одређивање серумске концентрације хуманог хорионског гонадотропина (hCG). Лечење ванматеричне трудноће је обично оперативно, а код адолесценткиња га треба извршити лапароскопским приступом.

Функционалне цисте оваријума су честе у адолесценцији. Мада најчешће спонтано нестају после пар месеци, могу да изазову акутни бол у доњем трбуху када брзо расту, или се компликују торзијом или крварењем. Компликације функционалних циста јајника захтевају стационарно праћење, а оперативном захвату се приступа ако наступи торзија или се развију клинички и лабораторијски показатељи искрварења.

Хитна стања у адолесцентној гинекологији нису честа, али је њихово рано препознавање и лечење од великог значаја за очување репродуктивног здравља девојака. Узроци акутних гинеколошких поремећаја су бројни. Искључење сексуалног злостављања, последица сексуалне активности и урођених аномалија у развоју полних органа заслужују посебну пажњу. Правовремена дијагностика је од изузетне важности код акутних поремећаја који захтевају хируршки захват, а у оперативном лечењу процеса на јајницима и јајоводима много боље резултате даје лапароскопија у односу на лапаротомију.

Препоручена литература:

1. Laufer MR, Goldstein PD. Benign and Malignant Ovarian Masses. In: Emans SJ, Laufer MR, Goldstein PD, editors. *Pediatric and Adolescent Gynecology*, 5th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins 2005; p. 685–728.
2. Pienkowski C, Baunin C, Gayrard M, Moulin P, Escourrou G, Galinier P, et al. Ovarian masses in adolescent girls. In: Sultan C, ed. *Pediatric and Adolescent Gynecology. Evidence-Based Clinical Practice*. Basel: Karger; 2004. p. 163–82.
3. Savić D, Stankovic Z, Djukic M, Mikovic Z, Djuricic S. Torsion of ovarian malignant tumors in childhood and adolescence. *J Pediatr Endocrin Metabol* 2008; 21: 1073-78.
4. Russell P, Farnsworth A. *Surgical pathology of the ovaries*. 2nd ed. Churchill & Livingstone, Singapore 1997; 7-657.
5. Bristow RE, Nugent AC, Zahurak ML, Khoushahi V, Fox HE. Impact of surgeon specialty on ovarian-conserving surgery in young females with an adnexal mass. J Adolesc Health 2006; 39:411–6.

РАД СА МЛАДИМА КОЈИ СУ ЖРТВЕ СЕКСУАЛНОГ НАСИЉА

Одређење појма сексуалног насиља

У складу са дефиницијом Светске здравствене организације, сексуално насиље се може одредити као било који сексуални чин, покушај остваривања сексуалног чина, сексуални коментар или предлог, сексуална трговина или другачији облик сексуалне принуде који је усмерен против особе или угрожава њену сексуалност, а који је почињен од стране било које друге особе, без обзира на њен однос са жртвом. Осим употребе физичке силе, сексуално насиље и принуда укључују психолошко застрашивање, уцене и друге претње којима се угрожава добробит и/или живот жртве или њој блиских особа - претњу физичким повређивањем, отпуштањем с посла или ускраћивањем траженог запослења, као и све ситуације у којима нападнута особа није у стању да пружи сагласност јер је, на пример, под дејством алкохола или дроге, успавана или ментално неспособна да разуме ситуацију. Сексуално насиље обухвата широку област понашања: силовање од стране непознатих или познатих особа, принуду на секс у браку и партнерским везама, сексуално узнемиравање, сексуално злостављање деце, сексуално злостављање физички или ментално хендикепираних особа, систематска силовања током оружаних сукоба, присиљавање на проституцију и сексуални трафикинг, бракове деце, одузимање права на употребу контрацепције и метода за превенцију сексуално преносивих инфекција, присилни абортус и насилне поступке против сексуалног интегритета жена, укључујући генитално сакаћење жена и обавезне прегледе ради утврђивања невиности (WHO, 2002).

Сексуално насиље које могу трпети адолесценти, може бити *акутно* и *хронично*. У случају акутног сексуалног насиља, млада особа је претрпела једну или неколико епизода сексуалног насиља од непознате особе, партнера, вршњака или других познатих особа које су, због своје улоге и односа са младом особом, своје струке, друштвене позиције или особина, имале неки облик моћи над младом особом, биле су јој важне и она им је веровала (рођаци, суседи, наставници, тренери, здравствени радници, лидери у локалној

заједници...). Адолесценти чешће ћуте о сексуалном насиљу које је (било) *хронично*, тј. оном које трпе у дужем периоду. У тим случајевима се ради о сексуалном злостављању које је неретко одпочело још у детињству и које можда још увек траје, а злостављачи су најчешће блиске особе - родитељи, рођаци и друге особе од поверења. Адолесценти се у савременом друштву све више сусрећу и са бројним сексуално узнемиравајућим садржајима и поступцима на *виртуелним медијима* на којима се, као инструмент манипулације, злоупотребљавају различите друштвене мреже. Путем ових друштвених мрежа, млада особа не само да може да буде емоционално злостављана и сексуално узнемиравана, већ и уведена у реалну сексуално насилну ситуацију, па чак и увучена у порнографију и сексуални трафикинг.

Поступак у раду са младима који су жртве сексуалног насиља

Посебни протокол система здравствене заштите обавезује све здравствене установе које раде са децом и младима да формирају стручне тимове за заштиту деце од злостављања и занемаривања. Основни задатак ових тимова је да формулишу прецизну процедуру поступања унутар своје здравствене установе, а основна улога им је у пружању консултативне подршке здравственом раднику/сараднику који је препознао показатеље злостављања и занемаривања код детета или адолесцента.

С обзиром на то да се Саветовалишту за младе обраћају адолесценти у широком распону календарског узраста (од уласка у пубертет па до младог одраслог доба), важно је да здравствени радник буде детаљно упознат са наведеним протоколима јер је обавезан да по њима поступа у случају малолетних пацијената. Код пунолетних адолесцената, процедуре и принципи медицинског и психолошког збрињавања су исти, а разлика је једино у поступку пријављивања сексуалног насиља надлежним институцијама. У тим ситуацијама се мора водити рачуна о праву пацијената на поверљивост информација које су дали лекару, а сексуално насиље се може пријавити само уколико постоји валидна сагласност пацијента.

Процена трпљења сексуалног насиља. Млади људи често трпе различите облике сексуалног насиља, али га врло ретко обелодањују. Разлози за ћутање су бројни. Млади понекад живе у страху од насилника због претњи које им је упутио или због тога што сами претпостављају шта им се још може догодити (јер им је, на пример, познато понашање насилника у средини у којој живе). Они могу да ћуте и зато што су насиље доживели од блиских особа које су им још увек важне, па страхују да би због њиховог обелодањивања насиља те особе могле бити судски процесуиране и кажњене, а то је емоционални терет који нису спремни да поднесу. У неким случајевима млада особа ће ћутати зато што се стиди и осећа кривом јер је изманипулисана од стране насилника па погрешно верује да је сама испровоцирала сексуално насиље.

Један од честих разлога непријављивања сексуалног насиља је могућност да жртва доживи *секундарну* и *терцијарну* *виктимизацију*. Наиме, многим младим људима је познато да процес кривично-правног поступка доказивања сексуалног насиља (поготову код силовања и инцеста) може бити компликован и мукотрпан и да ће, пролазећи кроз то, доживети додатне емоционалне потресе. Зато се одлучују да „ћуте и трпе“, уколико је сексуално насиље хронично, или да „потисну и забораве“, уколико се ради о изолованом поступку сексуалног насиља. Ћутање је у овим случајевима начин да се избегне секундарна виктимизација. Млада особа ће прикривати сексуално насиље и онда када претпоставља, често с правом, да ће у својој друштвеној средини, након обелодањивања и кривично-правног процесуирања, бити додатно понижена јер ће се у свој средини сусрести са неверицом, окривљавањем, етикетирањем, а понекад и са одбацивањем. Уколико је млада особа у свом искуству имала прилике да се сусретне са оваквом стигматизацијом жртве или је о таквим случајевима чула на медијима, разумљива је њена одлука да ћути. Тиме избегава терцијарну виктимизацију.

Међутим, чак и када млади пацијенти нису спремни да говоре о ономе што преживљавају, могуће је да се предомисле уколико остваре добар однос са лекаром. Због тога је веома важно да изражавањем прихватања, поштовања и поверења лекар олакша младој особи да прича о свом проблему. Здравствени радник неће моћи увек да спроведе процедуре заштите од сексуалног насиље пунолетних пацијената. Ипак, поверавање ће младој особи донети олакшање, а здравственом раднику ће омогућити да сагледа и третира њену здравствену проблематику и да је упути на даљу психолошку подршку.

Због тога здравствени радници треба да буду добро упознати са показатељима сексуалног насиља, по могућству и посебно едуковани, а здравствена анамнеза увек треба да укључи и социјално-психолошку анамнезу.

1. Физички показатељи претрпљеног сексуалног насиља:

- неуобичајен, веома јак свраб у гениталној регији,
- неуобичајен мирис са интимних делова тела жртве,
- појачана секреција или крв на доњем вешу,
- болно уринирање и дефекација и/или бол при седењу или ходању; може постојати крв у урину или фецесу,
- видљиви знаци повреде на грудима и/или интимним деловима тела: црвенило, огреботине, модрице, повреде; код младих жена могу постојати знаци цепања химена,
- присуство полно преносиве инфекције и трудноће,
- поновљене здравствене тегобе, без видљивих физичких узрока.

Неки од ових показатеља ће се манифестовати непосредно после насиља, док се остали могу уочавати током дужег периода.

2. Социо-емоционални показатељи претрпљеног сексуалног насиља:

Млада особа ће у контакту са здравственим радником можда покушати да прикрије трауму, „маскирајући“ је претераном љубазношћу, сталним осмехом на лицу, минимизовањем значаја нечијих насилних поступака, порицањем да јој се ишта лоше догодило, итд. Међутим, многи млади који се тако понашају у контакту са здравственим радником, у свом свакодневном животу не успевају да потисну трауму и знаци трпљења се показују кроз упадљиве промене расположења или кроз понашања која су „нетипична“ за ту младу особу. О томе здравствени радници могу чути од саме младе особе, њених родитеља или партнера. Исцрпна психосоцијалне анамнеза/хетероанамнеза може донети сазнања о томе да млада особа:

- показује неповерење у родитеље, рођаке и друге одрасле особе и почиње да се повлачи из друштва вршњака;

- има ноћне море и поремећено спавање;
- избегава или се плаши изласка из куће;
- осећа стид, кривицу, изневереност, беспомоћност, анксиозност или бес, а нису јасни поводи за таква осећања;
- има губитак апетита или већ развијен поремећај исхране (*anorexia nervosa*);
- има нападе плача, наизглед безразложне;
- поседује знања о сексуалности која нису уобичајена за њен узраст и понаша се сексуализовано (поготову млађи адолесценти);
- започиње сексуалне односе, при чему је јасно да за то није ни на један начин спремна - превише је млада, не зна довољно о безбедном сексуалном понашању, партнере не бира, већ пристаје да они бирају њу, прихвата везе „за једну ноћ“ у којима нема емоционалне блискости, ни сама не уме да објасни зашто се тако понаша...
- има осећај одбојности и гађења када је дотакне партнер или партнерка (којег/коју иначе воли);
- о сексуалним односима мисли да су „прљави и гадни“, има осећај „упрљаности“ и компулзивно пере тело и гениталну регију;
- бежи од куће или из школе, спава на часовима;
- испољава аутодеструктивно понашање (појачана злоупотреба дувана, алкохола и дрога, спровођење рестриктивних дијета, самоповређивање, покушај самоубиства).

Важно је имати у виду да ниједан од ових социо-емоционалних показатеља појединачно, па ни више њих заједно, не представљају сигуран доказ да млада особа трпи сексуално насиље јер могу бити последица других узрока. Ипак, само присуство ових понашања и емоција указује здравственом раднику на постојање емоционалних проблема код којих треба пажљиво проверити трпљење сексуалног насиља као потенцијалног узрока.

Како разговарати са адолесцентима о трпљењу сексуалног насиља?

1. Када здравствени радник/сарадник сумње да млада особа трпи сексуално насиље

У ситуацији у којој се млада особа не поверава о насиљу, али здравствени радник има основа за сумњу да се насиље догађа, он може разговор усмерити ка тој теми на следећи начин:

„Питаћу те нешто о чему је људима тешко да причају, али ја свим пацијентима постављам то питање...

„... да ли си икада био/ла изложен/а сексуалном притиску од било које особе?“

„... да ли си икада био/ла натеран/а да трпиш или да чиниш неке сексуалне радње?“

„... да ли те је икада неко додиривао на сексуалан начин, против твоје воље (нпр. додиривао твоје полне органе?)“

„... да ли си икада присиљаван/а на сексуални однос против своје воље?“

„... понекад се људи осећају понижено чак и током сексуалног односа на који су пристали. Да ли се и теби то некад десило?“

Ако је одговор одричан, захвалити се на разумевању за постављено питање и објаснити: *„Млади људи често доживљавају различите облике сексуалног насиља или су га доживљавали раније, али ћу те о томе. Зато ми је било важно да знаш да и о таквим темама можемо да разговарамо.“* Овим објашњењем здравствени радник постиже то да се млада особа која нема у свом искуству претрпљено сексуално насиље, ослободи евентуалне непријатности због постављеног питања. Међутим, уколико она ипак трпи сексуално насиље, а и даље то не жели да обелодани, оваквим објашњењем јој се ставља до знања да је здравствени радник вољан да је саслуша и да јој помогне.

Ако је одговор потврдан, онда питати и следеће: *„Можеш ли да ми испричаш на који начин је дошло до тога?“* или рећи: *„Спреман/на сам да те слушаам, уколико желиш да ми више кажеш о томе?“* Ако млада особа не жели више да говори, не треба вршити на њу притисак, већ нагласити да се та тема може отворити кад год она буде била спремна.

Већина савремених протокола препоручује да здравствени радник увек провери постојање сексуалног насиља уколико прегледом и анамнезом добије податке о:

- хроничним, нејасним жалбама, без утврђеног физичког разлога (нпр. поремећен сан, стална главобоља или неки други хронични бол),
- полно преносивој инфекцији,
- намерном побачају,
- повреди нејасног порекла за чији настанак млада особа даје контрадикторне информације,
- контролишућем или презаштићућем партнеру,
- суицидалним мислима или намерама и покушају самоубиства.

2. Када се млада особа поверила здравственом раднику/сараднику да је била изложена сексуалном насиљу

У другачијој ситуацији, тј. када се млада особа сама повери здравственом раднику да је била жртва сексуалног насиља, треба имати у виду да то још увек не значи да је она у том тренутку психички снажна и спремна да изнесе све. Мада то није увек очигледно, она је обично врло рањива, емоционално узнемирена и може да осећа неповерење да отворено о томе говори. Често страхује да ће бити несхваћена, да јој се неће веровати или чак и да ће бити окривљавана јер је у прошлости имала таква искуства. Када обелодањују да су доживели сексуално насиље, млади у почетку обично дају оскудне информација како би проценили реакцију здравственог радника, а касније, када се осете сигурнијим, износе више детаља. Зато је важно да здравствени радник покаже жртви сексуалног злостављања да је не осуђује, већ јој верује, разуме, поштује и подржава, јер ће тако охрабрити младу особу да изнесе целовиту информацију.

- Од примарне важности је показати поштовање и водити рачуна о достојанству младице особе.

- У потпуности избећи показивање реакција као што су шокираност, одвратност или огорчење. Бурна емоционална реакција здравственог радника може да утиче на будућу комуникацију јер млада особа очекује разумевање, емпатију и сабраност лекара, а не сажаљење, емоционално стапање и запрепашћење.
- Слушање треба да буде пажљиво, без прекидања или допуњавања онога што је у адолесцентовој причи недоречено. Уместо тога, младој особи треба дозволити да направи паузу, сабере своје мисли и искаже их својим речима.
- На употребу жаргонских израза не треба реаговати вреднујуће - то је начин на који млада особа најлакше говори.
- Важно је створити атмосферу у којој адолесцент може слободно да изрази своја осећања, препознавати актуелна осећања, а не износити своје претпоставке о томе како би млада особа могла да се осећа.
- Никада не треба применити било какве притиске на адолесцента да покаже своје физичке повреде или да искаже осећања која није спреман да подели.

Пожељно је:

- применити технику „нормализације осећања“, тј. рећи младој особи да њена снажна негативна осећања нису необична у тој ситуацији: *„Већина људи који су доживели тако нешто осећају се збуњено (посрамљено/понижено/љуту..) Зар би могао/ла да будеш равнодушан/на?“*,
- подстаћи емоционално пражњење: *„Слободно плачи, то помаже да се избаце из себе лоша осећања“* или *„Слободно причај како се осећаш, то помаже да боље разумеш шта ти се догађа и да се носиш са тим“*
- пружити умирење: *„Временом ћеш почети ово да сагледаваш из другог угла и да се боље осећаш.“*
- Подршка се може пружити и тако што ће се младој особи рећи:
 - *„Био/ла си храбар/храбра да о овоме говориш.“*
 - *„Драго ми је што си ми ово поверио/ла. Сада ћемо заједнички да размишљамо о томе како да то престане.“*

- „Разумем како се осећаш од како ти се то догодило.“
- „Учинићу све што могу да ти помогнем.“
- Добро је избећи речи као што су „силовање“, „инцест“ или „злостављање“ јер би оне могле додатно да узнемире или уплаше младу особу, поготову уколико се ради о млађем адолесценту. За именовање сексуалног насиља који је млада особа преживела, најбоље је користити термин који она сама користи, а то су, у почетку поверавања, најчешће „избегавајући“ термини: „кад ми је то урадио“, „онда је она опет била онаква“ и сл.
- Не исказивати чуђење јер то може много да утиче на даље отварање младе особе. На пример, питање: „Да ли је могуће? Јеси ли сигурна да је баши то урадио?“ адолесценткиња може да доживи као неповерење лекара, иако је његов мотив за овакво питање могао бити само у томе да разјасни неке детаље.
- Пожељно је избећи оцрњивање наведеног насилника јер то може бити особа до које је адолесценту стало, чак и онда када од ње доживљава сексуалну принуду или насиље, па се не препоручују коментари типа: „Тај ужасни човек ти је заиста уништио живот.“
- Крајње је непожељно коментарисање које се може доживети као окривљавање. Нпр: „Како си могао/ла да допустиш да ти то ради?“ или „Зашто ми ово ниси раније рекао/ла?“ Генерално - питање „Зашто?“ треба избегавати.
- Одговори здравственог радника треба да буду што једноставнији и искрени. Нпр. на питање: „Да ли ће он (наведени насилник) сада морати да иде у затвор?“ одговор би могао бити: „Не знам. О томе ће одлучити други људи.“

Ако млада особа помене да живот више нема смисла или да размишља о самоубиству, потребно је да одмах буде упућена психологу/психотерапеуту, а праћење наставити и уверити се да јој је пружена таква стручна помоћ.

Разговор треба завршити на такав начин да млада особа буде умиренија него када је почела да се поверава, тако да са разговора оде са уверењем да је добро урадила што се поверила. На крају разговора, здравствени радник конкретизује договоре о даљем праћењу и поступању, при чему је пожељно да се младом пацијенту назначи како се може јавити и изван договореног термина, тј. ставити му до знања да ће се увек пронаћи време за разговор, уколико то буде било потребно.

Прилагођавање приступа у ситуацији откривања сексуалног насиља

Рад са адолесцентима од здравствених радника/сарадника увек захтева прилагођавање приступа и посебно пажљиву комуникацију. Посебно је деликатан рад са младим особама које трпе (или су у прошлости трпеле) сексуално насиље, јер су оне претрпеле дубоку психичку трауму, без обзира на то да ли је присутна и физичка траума. Здравствени радник/сарадник је у овој ситуацији одговоран да:

- обезбеди приватност током разговора (разговору не присуствују друге особе, осим уколико то пацијент жели; не прихватају се телефонски позиви нити разговори са другим здравственим особљем);
- одвоји довољно времена за разговор и пажљиво саслуша младу особу;
- пружи прву психолошку подршку - разумевање, емпатију, охрабривање;
- увери младу особу да је разговор поверљив, уз објашњење ограничења „чувања професионалне тајне“; то значи да ће здравствени радник/сарадник информисати младу особу о процедури поступања у здравственој установи, тј. о обавези пријављивања сексуалног злостављања надлежним институцијама, када се ради о малолетном адолесценту; уколико се ради о пунолетној младој особи - здравствени радник/сарадник ће се трудити да је оснажи и мотивише за предузимање мера непосредне заштите и даље превенције сексуалног насиља (тзв. утврђивање безбедносног плана), што може, али не мора, укључити и пријављивање насиља;

- спроведе потребне дијагностичке и терапијске процедуре, уколико је млада особа спремна на то, односно, да припреми младу особу и објасни јој важност ових медицинских/психолошких процедура и начин на који се изводе;
- ни на један начин не врши притисак на младу особу у погледу спровођења препоручених процедура;
- процени степен ризика од наставка трпљења сексуалног насиља;
- убрза процес добијања специјализоване психолошке, психијатријске или психотерапијске помоћи;
- информише младу особу о другим службама и установама које јој могу пружити помоћ односно о њиховим контакт-телефонима и адресама;
- планира и обезбеди здравствено и психолошко праћење младе особе.

Прилагођавање приступа се односи и на начин изражавања здравственог радника/сарадника и његов/њен став у комуникацији који треба да буду усклађени са развојним карактеристикама младе особе, а пре свега са процењеним нивоом њеног когнитивног и сексуалног развоја (нпр. појмови и реченичне конструкције су другачији у зависности од тога да ли је у питању десетогодишњи или двадесетогодишњи адолесцент, адолесцент који се нормално развија или адолесцент са тешкоћама у менталном развоју).

Иако је пажљиво слушање пацијента веома важно, здравствени радник приликом процене трпљења актуелног насиља, мора и да поставља питања. Важно је да питања буду постављена на начин који одражава заинтересованост, али не радозналост, здравствено-психолошко испитивање, а не службено ислеђивање.

Питања се постављају тек после поверавања и добро их је најавити: *„Да бих боље разумео/ла неке ствари, било би ми корисно када би ми одговорио/ла на нека питања?“* Обавезно овоме додати и: *„Уколико не можеш, из било ког разлога, да одговориш на неко питање, слободно ми то реци.“*

Најпожељнија су општа питања и питања која позивају на одговор:

- *„Како могу да ти помогнем?“* и *„У чему још могу да ти помогнем?“*
- *„Како се осећаш данас?“*

- „Можеш ли да ми испричаш још нешто о томе?“
- „Како видиш излаз из садашње ситуације?“

Пожељна су и питања која фокусирају пацијента на одређено место, околности, особе, делове тела и сл. На пример:

- „Када (где) се насиље најчешће дешава?“
- „Шта ти је најтеже пало?“
- “Колико дуго то трпиш?“
- „Док ти је то радио, где су се налазиле његове руке?“
- „Да ли још неко зна шта ти се догодило?“ Ако је одговор потврдан, онда: „Како је та особа сазнала?“ („Да ли си јој се ти поверио/ла?)
- „Да ли си икада боравио/ла у болници или си се јављао/ла доктору због последица насиља које трпиш?“ Имаш ли неке лекарске извештаје о томе?“

Здравствени радник као подстицај за отварање младе особе, може користити и гестове (руком, изразима лица) или кратке повратне речи, као што су: „Да...“, „Само настави...“, водећи рачуна да то не буде протумачено као ишчуђавање или сумњичење.

Понекад се морају користити директна питања: „Док је то радио, да ли те је ударио или претио?“ или питања која се ослањају на информације из другог извора (нпр. од медицинског особља које је уочило необично понашање младе особе у чекаоници): „Чула сам да си малопре плакала. Можеш ли да ми кажеш због чега?“, али њих треба што више избегавати, као и питања у којима се нуди вишеструки избор - „Да ли те је тако додиривао/ла једанпут, више пута или то стално ради?“

Треба имати у виду да ово није листа питања која се морају поставити јер су се одговори на њих већ могли појавити у току спонтаног поверавања адолесцента. Уколико здравствени радник постави питање о нечему што је већ речено, то младу особу може навести на закључак да је он не слуша, не разуме или јој не верује. Записивање одговора се не препоручује током разговора, већ накнадно, током израде извештаја.

Такође, понављање истог питања (јер на њега није добијен одговор), представља притисак на младу особу и она може због тога да променити свој став у разговору, можда чак и да га прекине.

Непожељна питања су и сва она која сугеришу одговор - „*Он ти је сигурно и претио, зар не?*“, као и питања која су манипулативна јер наводе неки произвољан податак који пацијент није претходно навео, а питају се са циљем да се провери сећање на детаље насиља или аутентичност поверавања: „*Које боје му је био качкет?*“ (а качкет није поменут) или „*Зар ниси рекла да се звао другачије?*“ Понекад се и искусним здравственим стручњацима догоди да поставе оваква питања јер им приче које чују од младих могу деловати толико страшне, да их, као људи, могу сматрати невероватним.

Недозвољено је користити било какав притисак како би се млада особа подстакла да се повери или прегледа: „*Морам сада да те прегледам јер ме чекају други пацијенти.*“ Или „*Ако нећеш да ми кажеш шта се догодило, то значи да немаш поверење у мене.*“ и сл.

Последице сексуалног насиља

Последице сексуалног насиља по физичко и ментално здравље су веома озбиљне, а понекад и смртоносне. Међу најчешћим последицама сексуалног насиља су оне које се односе на сексуално и репродуктивно здравље, психичко здравље и социјално благостање, а смртоносни исход се приказује кроз самоубиства, убиства или последице инфекције ХИВ-ом. Неке од последица се уочавају непосредно и могу трајати у дужем периоду, а неке се јављају много година после преживљеног сексуалног напада.

Последице по физичко здравље (нефаталне):

- гастроинтестинални поремећаји (синдром иритабилног колона, диспепсија неулцерозне природе и хронични абдоминални бол);
- гинеколошки поремећаји (неспецифични знаци - хронични бол у малој карлици, дисменореја и поремећаји менструационог циклуса);
- повреде, полно преносиве болести, трудноћа.

Последице по ментално здравље:

Непосредне последице се код младих пацијената препознају кроз:

- изражено емоционално узнемирење жртве које се може испољити као анксиозност, страх, бес, осећање срамоте, самооптуживање и осећање кривице, депресивност и самообезвређивање, мржњу према себи, а најчешће кроз мешавину ових емоција, самопажања и понашања;
- стања као што су сећања на ситуацију насиља, проблеми са спавањем (тешко заспивање, претерано спавање, несаница, ноћне море), губитак апетита, соматске тегобе без утврђеног органског узрока (нпр. главобоље, бол у стомаку, ноћна енуреза), сексуалне дисфункције;
- екстремна понашања као што су повећано конзумирање дувана и алкохола (у функцији растеређења емоционалне напетости), свадљивост и агресивност, крађе и бежање из школе, суицидалне мисли и покушаји.

Као последице са одложеним јављањем, најчешће се наводе повећан ризик од депресије и посттрауматског стресног поремећаја, али треба имати у виду да и социјална самоизолација, ниско самопоуздање, промискуитет и злоупотреба психоактивних супстанци могу имати порекло у раније преживљеној сексуалној трауми.

После медицинског збрињавања физичких последица, код жртава се током времена уочава ублажавање здравствених проблема и симптома, иако неки могу остати хронични (последице повреда, трудноће или неке полно преносиве болести узроковане вирусом). Уколико жртви није пружено психолошко саветовање или психотерапија, негативне психолошке последице могу да трају годинама после преживљеног сексуалног насиља, а чак и када психолошка помоћ јесте пружена, код многих жртава су трајно смањени капацитети за излажење на крај са стресним ситуацијама.

Када радите са младима који су претрпели сексуално насиље, онда морате:

- да будете осетљиви, да пажљиво слушате и да се ослободите предрасуда,
- да пружите информације о сексуално преносивим инфекцијама и ХИВ-у, да понудите

тестирање на полно преносиве инфекције и ХИВ и да обезбедите лечење, уколико је потребно,

- да лечите све здравствене проблеме и
- да их упутите на установе и организације које им могу пружити психолошку помоћ и правно саветовање.

Додатно, младим људима треба понудити:

- тест на трудноћу, уколико је неопходно,
- информацију о хитној контрацепцији, уколико је потребно и
- информацију о употреби редовне контрацепције.

Корисни линкови:

1. International Sexuality and HIV Curriculum Working Group. It's All One Curriculum: Guidelines and Activities for a Unified Approach to Sexuality, Gender, HIV, and Human Rights. CREA, Girls Power Initiative, IPPF, International Women's Health Coalition, Mexfam, Population Council. New York, 2011.
http://www.popcouncil.org/uploads/pdfs/2011PGY_ItsAllOneGuidelines_en.pdf
2. Mares S. & Newman L. ed. IACAPAP Textbook of Child and Adolescent Mental Health. Section B: Perinatal and Early Childhood Risk and Protective Factors & Disorders.
<http://iacapap.org/wp-content/uploads/B.1-CHILD-MALTREATMENT-0720121.pdf>
3. Општи протокол за заштиту деце од злостављања и занемаривања. Влада Републике Србије, 2005.
<http://www.minrzs.gov.rs/files/doc/porodica/zlostavljanje/Opsti%20protokol%20zlostavljanje%20i%20zanemarivanje%20deca.pdf>
4. Посебни протокол система здравствене заштите за заштиту деце од злостављања и занемаривања. Република Србија, Министарство здравља, 2009.
<http://www.zdravlje.gov.rs/downloads/Zakoni/Ostalo/PosebniProtokolSistemaZdravstveneZastiteZaZastituDeceOdZlostavljanja.pdf>
5. Приручник за примену Посебног протокола система здравствене заштите за заштиту деце од злостављања и занемаривања. Република Србија, Министарство здравља и УНИЦЕФ, 2012.
<http://www.zdravlje.gov.rs/downloads/2012/Maj/ZastitaDecePrirucnikzaprimenuposebno protokola.pdf>
6. World Health Organization and International Society for Prevention of Child Abuse and Neglect. Preventing Child Maltreatment: A Guide to Taking Action and Generating Evidence. 2006.
http://whqlibdoc.who.int/publications/2006/9241594365_eng.pdf

**ЗАШТИТА РЕПРОДУКТИВНОГ
ЗДРАВЉА СЕКСУАЛНО АКТИВНИХ
АДОЛЕСЦЕНАТА**

КОМУНИКАЦИЈА ЗДРАВСТВЕНИХ РАДНИКА СА МЛАДИМ ЉУДИМА

Здравствени радници могу бити врхунски медицински стручњаци, а истовремено могу бити мање вешти у интерперсоналној комуникацији што се може одразити на мању ефективност лечења и саветовања, с обзиром на то да се оба ова метода одвијају кроз интеракцију. Вештине интерперсоналне комуникације се усавршавају, баш као и све друге вештине. Оне су више од љубазног опхођења, јер подразумевају активно слушање и познавање техника охрабривања и постављања питања. Иако је за усвајање и примену ових вештина потребан додатни напор, оне пружају могућност да се превазиђе рутина, што је посебно важно када су пацијенти млади људи.

У комуникацији са младим пацијентима/клијентима здравствени радници треба да их на јасан и једноставан начин информишу о свему што је им је потребно за решавање или превенцију проблема репродуктивног здравља. Додатно, став здравствених радника треба да буде прихватајући и неосуђујући, уз истовремено охрабривање адолесцената да преиспитају своје ставове и предрасуде због којих би им здравље могло бити угрожено. Суштина саветовања са младима је у томе да им здравствени радници олакшају доношење информисаних избора и подрже их да истрају у спровођењу тако донетих одлука.

Саветовање у области сексуалног и репродуктивног здравља се разликује од давања савета и упутстава током дијагностичко-терапијских процедура. Лекар-саветник холистички приступа својим младим клијентима јер успоставља комуникацију *са особом*, а мање се бави њеним симптомима (или се њима уопште не бави). У интеракцији између саветника и клијента, разговор се креће клијентовим путем - он је тај који трага за решењима, проналази их и спроводи. Клијент је вођен, али не и контролисан, од стране саветника који има стручна знања, искуство и вештине којима му олакшава проналажење решења.

Компоненте делотворне комуникације

Здравствени стручњаци који раде у саветовалиштима за младе морају овладати вештинама ефективне комуникације, што подразумева дискретност, разумевање, ненаметљив стручни ауторитет, обуздавање од изражавања личних мишљења и судова о ономе што им је речено током саветовања. Кључне компоненте делотворне комуникације су: поклањање пажње, активно слушање, емпатија, искреност и уважавање.

1. **Пажња.** Поклањањем пажње здравствени радник показује своју заинтересованост и добронамерност према младој особи чиме значајно доприноси отварању и наставку комуникације.
2. **Активно слушање.** Вештина активног слушања представља једну од важнијих компоненти успешне комуникације. Подразумева занемаривање спољашњих ометања и потпуну усредсређеност на оно што саговорник саопштава - активан, свестан покушај да се саговорник разуме. Добар слушач не чује само изречено, већ разуме и неизречено јер прати невербалне сигнале у комуникацији. Због тога саговорник осећа да је схваћен па почиње све слободније да изражава своје идеје и ставове, а често и да се растерећује од негативних емоција. Здравствени радник/саветник који активно слуша свог пацијента/клијента, може боље да га разуме и потпуније да сагледа његов проблем. Могућност неспоразума је мања, због чега је уштеда у времену већа. На овај начин, активно слушање олакшава проналажење конструктивног решења.

Препоруке за активно слушање:

- усредсредите се на оно што вам клијент говори, али и на „говор тела“, његову невербалну комуникацију;
- избегавајте прекидање питањима или коментарима, преусмеравање разговора, истовремено причање; дозволите клијенту да каже све што жели, дајте више простора за причу њему него себи;
- охрабрите клијента да настави са причањем о себи отвореним и топлим ставом - насмешите се кад је примерено, повремено климните главом или кажите „да...“, „аха...“ „разумем...“;

- одржавајте контакт очима;
- понекад употребите и телесни контакт како бисте нагласили своју подршку за оно што вам саговорник поверава (нпр. тапшање по руци или рамену).

3. **Емпатија.** Емпатија је способност разумевања ситуације у којој се нека особа налази, њених поступака и осећања. Емпатија није саосећање јер се код ње не дешава емоционално стапање са другом особом. Саосећање значи: „Осећам се као и ти“, а емпатија: „*Разумем како се осећаш*“. Ово је посебно важна вештина за саветнике јер ослобађа њихове когниције од емоционалних уплива, чиме им помаже да сталожено расуђују и размишљају о проблемима које им клијенти износе. Емпатија на тај начин обогаћује комуникацију са клијентима и истовремено предупредује синдром изгарања код лекара.
4. **Искреност и уважавање.** Искреност је темељ развоја узајамног поверења. Показивање добронамерности, спремност да се стрпљиво саслуша, избегавање вредновања и критицизма – све то чини да се саговорник осети поштованим, да увиди да сте заинтересовани за његов проблем и да га прихватате онаквим какав јесте, непристрасно и без дискриминације по било ком основу (младост, недовољно животно искуство, сексуална оријентација, хендикеп, верска или национална припадност...).

Основне технике активног слушања које доприносе делотворној комуникацији између здравствених радника/саветника и младих пацијената/клијената

1. Говор тела

Разумевањем невербалне комуникације може се доста сазнати о мотивацији, позитивним или негативним ставовима и осећањима саговорника. Основни предуслов препознавања невербалних порука је свест о индивидуалним разликама јер свако од нас разговора на другачији начин, због различитих вредности, ставова, веровања и искуства, па то може утицати на интерпретацију говора тела.

Здравствени радник који ради са младима, не само да се труди да препозна и протумачи говор тела свог клијента/пацијента како би га боље разумео, већ и сам користи невербалну комуникацију да би му пренео важне поруке - о прихватању, отворености за разговор, спремности на слушање, уважавању личности младе особе. Саветник младе особе стално треба да одржава свест о сопственом говору тела јер невербални сигнали у великој мери боје атмосферу у саветовању и утичу на ток и садржај комуникације. Најважније препоруке за употребу невербалне комуникације саветника су следеће:

- Приликом пријема, саветник устаје и рукује се са адолесцентом, а то ради и приликом испраћања.
- Младој особи увек понуди да седне. Пожељно је седење на мањој удаљености, око пола метра до метар, једно поред другог, а не наспрамно или са столом између.
- Телесним ставом и положајем, саветник показује отвореност за разговор: тело му је мало нагнуто ка саговорнику, руке положене на крило, ноге нису прекрштене, повремено клима главом.
- Израз лица, благи осмех и тон гласа су важни сигнали прихватања. Они треба шаљу поруку: *„Ја сам заинтересован, спреман, пажљив и размишљам о ономе што говориш“*. Треба их што више користити, али их и ускладити са оним што се препознаје у говору тела младе особе (нпр. уколико се адолесцент расплаче, није примерено задржати осмех на лицу).
- Саветник избегава честе промене положаја тела, заваљено седење у столици, прекрштене руке, устајање, куцање по столу прстима или оловком, куцање на рачунару, јављање на телефон или одговарање на СМС-поруке прелиставање папира, стискање усана и друге упадљиве гримасе, гледање кроз прозор...

2. Успостављање контакта очима

Погледом управљеним у пацијента, здравствени радник показује своју усредсређеност и заинтересованост. Важно је имати на уму да анксиозан, љут, постиђен или депримиран адолесцент може избегавати контакт очима, као и да га нетремични поглед лекара може додатно узнемирити. Због тога контакт очима треба комбиновати и са другим подстицајним техникама - благим подизањем обрва уз климање главом, лаганим краткотрајним затварањем капака као знаком разумевања за оно што адолесцент говори и сл.

Препоруке:

- Увежбајте одржавање управљеног и отвореног погледа.
- Будите свесни колико трајање контакта очима вам одговара и немојте га одржавати преко мере која вам одговара - деловаће неаутентично.
- Запамтите количину контакта очима која одговара сваком вашем клијенту.
- Пратите да ли се временом мења начин на који адолесцент са вама одржава контакт очима и размислите шта то говори о природи и току ваше интеракције.

3. Елиминација узнемиравања из позадине

Пожељно је предупредити могуће изворе узнемиравања - звоњење телефона, буку, прекидање разговора уласком медицинског особља или других пацијената; уколико се тако нешто ипак догоди, потребно је адекватно одреаговати (нпр. не јавити се на телефон, прекинути разговор ако у просторију уђе треће лице и сл) и извинити се пацијенту.

4. Микровештине комуникације

Боја и висина гласа, темпо говора, наглашавање речи, паузе у говору, узвици и кратке речи („аха“, „м-хм“, „да...“), кашљуцање и сличне микровештине комуникације, су такође корисне технике које здравствени радник може да употреби у комуникацији са младима како би показао своју заинтересованост и разумевање проблема. Треба имати у виду да повишен тон гласа асоцира на љутњу, брзо причање на анксиозност или жељу да се што пре заврши разговор, тихи и успорен говор на депримираност, заравњен говор на незаинтересованост, а то је све оно што здравствени радник жели да избегне када комуницира са младом особом.

5. Парафразирање

Саветник користи парафразирање када својим речима исказује оно што му је адолесцент рекао, тј. враћа исту поруку другим речима, извлачећи суштину поруке. На пример, ако девојка каже: „Пре неколико дана сам имала незаштићени сексуални однос. Ужасно се осећам јер не бих хтела поново да идем на абортус пошто ми је то много тешко пало

првог пута.“, онда саветник може да парафразира на следећи начин: *„Сећаш се свог лошег искуства са абортусом и мислиш да ти се то опет може догодити јер си имала незаштићене сексуалне односе.“* На овај начин саветник показује клијенткињи у којој мери га је разумео и пружа јој прилику да види како се њене речи могу доживети.

6. Рефлектовање

Саветник може рефлектовати садржај онога што млада особа исказује или осећања која препознаје иза изнетог садржаја.

Рефлектовање садржаја значи повратно исказивање дела онога што је особа управо рекла - једне речи, дела реченице или целе реченице. На пример, ако младић каже: *„Моја девојка више неће да долази код мене јер мој брат страшно мрачи кад она дође.“*, саветник рефлектује део садржаја: *„Твој брат мрачи...?“* или *„Она више не долази код тебе.“*, што даје прилику адолесценту да детаљније објасни ситуацију.

Иако се у саветовању о сексуалном и репродуктивном здрављу са осећањима не ради дубински, како у психотерапији, рефлектовање осећања је понекад врло корисна техника пошто су емоције саставни део сексуалних ставова и понашања и могу да представљају разлог отпора адолесцента да промени нека своја понашања или донесе здравствене одлуке. Рефлектовање осећања значи да саветник вербално одражава осећања адолесцента која су се очигледно или мање очигледно појавила у садржају који адолесцент износи. На пример, ако девојка каже: *„Ја волим свог дечка, али још увек нисам спремна на сексуалне односе. Заједно смо годину дана, често смо разговарали о томе и он је био стрпљив. Међутим, сад мисли да је дошло време за то и пре неки дан је покушао. Мене је заболело и рекла сам му да престане, али он је ипак покушао још мало. Онда сам га ја одгурнула и расплакала се па је престао. Извинио ми се, али шта то вреди јер сад ја не знам да ли сам још увек невина.“* саветник може да рефлектује осећања на следећи начин: *„У почетку си била уплашена, онда љута, а сада си збуњена или забринута да ли је то био потпуни сексуални однос?“* На овај начин, саветник упућује поруку адолесценткињи да је слушао и разумео, а она има прилику да препозна своја нејасна или помешана осећања и да настави разговор у правцу који жели.

7. Сумирање

Адолесценти који говоре о свом проблему, често то чине конфузно и износе превелику количину информација. Саветник због тога може, с времена на време, да сумира изнети садржај и препозната осећања, тј. да издвоји кључне тачке - главне идеје и осећања. Саветник том приликом не интерпретира оно што је чуо, већ се држи онога што је адолесцент изнео.

Да би се постигла делотворна комуникација са младом особом, корисно је следити још неке препоруке:

- Користити једноставан речник и кратке реченице: уколико се користе стручни термини, потребно је објаснити их познатијим изразима.
- Избећи формулације које могу деловати наредбодавно. На пример, уместо: „*Мораш да...*“, рећи: „*Могла би да покушаш да...*“ или „*Размисли о томе да...*“.
- Пажљиво исправити и појаснити младима сваку погрешну информацију коју су усвојили.
- Не делити савете који нису у вези са актуелним проблемом.
- Што мање постављати питања, а што више подстицати младе да то чине: „*Да ли имаш неко питање за мене?*“; „*Слободно ме питај, биће ми драго да ти одговорим на све што могу.*“
- Постављати питања отвореног типа јер доприносе продужавању разговора: „*Шта знаш о пилули 'јутро после'?*“, уместо „*Да ли си чула за пилулу 'јутро после'?*“ или „*Како би описао свој сексуални живот?*“ уместо „*Да ли си сексуално активан?*“
- Користити језик одраслих. Пошто су речник и сленг младих о сексу другачији од говора који здравствени радник користи у професионалном односу, понекад је потребно да млади појасне оно што су рекли. Здравствени радник не треба да се устручава да тражи појашњење („*Чини ми се да те нисам у потпуности разумео пошто не знам шта значи та реч коју си рекла.*“) јер ће тако избећи неспоразуме у комуникацији.

- Увек проверавати да ли је адолесцент разумео информације које сте му дали. На пример, пошто је објашњена употреба контрацепције, треба питати: „*Значи, шта ћеш урадити уколико заборавиш да узмеш пилулу?*“ или тражити: „*Хајде, сада ти пробај да правилно поставиш кондом на овом моделу*“.
- Избегавати генерализацију - нпр. „*Млади не знају много о контрацепцији.*“
- Користити нормализацију - нпр. „*Не треба да се превише бринеш, то се дешава многим.*“ или „*Људи плачу кад су тужни. Слободно се исплачи.*“

Делотворна комуникација, без присиле, чини основ међуљудских односа, доприноси бољем разумевању особе/ситуације, омогућава превазилажење разлика, изграђивање односа поверења и поштовања, стварање окружења отвореног за креативне идеје и адекватно решавање проблема.

Препоручена литература и корисни линкови:

1. Радојевић М, Рајин Г, Стојадиновић А, Лаловић М, Томић В. Индивидуално саветовање са адолесцентима у области заштите сексуалног и репродуктивног здравља - Приручник за здравствене раднике и сараднике. Београд: Републички центар за планирање породице Института за здравствену заштиту мајке и детета Србије и USAID; Крагујевац: Импрес, 2006.
2. Рот Н. Знакови и значења - вербална и невербална комуникација. Београд: Издавачка кућа Плато, 2004.
3. Comprehensive Counseling for Reproductive Health, An Integrated Curriculum: Trainers manual. Engenderhealth, 2003. <http://www.engenderhealth.org/pubs/counseling-informed-choice/comprehensive-counseling-for-rh.php>
4. Senderowitz J, Solter C, Hainsworth G. Comprehensive Reproductive Health and Family Planning Training Curriculum. Module 16: Reproductive Health Services for Adolescents. Pathfinder International, 2004. http://www.pathfinder.org/publications-tools/pdfs/Module-16-Reproductive-Health-Services-for-Adolescents-Training-Guide_pdf.pdf
5. World Health Organization. Counselling Skills Training in Adolescent Sexuality and Reproductive Health - A Facilitator's Guide. Geneva, Switzerland, 2001. http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/adh_93_3/en/

ПСИХОСОЦИЈАЛНА АНАМНЕЗА

У раду са адолесцентима је неопходно, поред стандардне анамнезе и прегледа, извршити психосоцијалну процену и установити како се млада особа осећа, да ли се ризично понаша или има проблеме у односима с другим људима. Адолесценција је период изграђивања и учвршћивања навика, система вредности, ставова, уверења, мотивације, доживљавања себе, што све може да има утицаја на здравље младе особе. Психосоцијалном анамнезом добијају се подаци о функционисању у породици, у школи, односима са вршњацима, интересовањима, плановима за будућност, ризичним понашањима, сексуалном понашању, емоционалном стању и навикама младе особе. Приступ треба да буде прилагођен узрасту, односно степену достигнутог психосоцијалног развоја. Пре почетка разговора, девојци или младићу треба рећи да је разговор поверљив и да лекар може да одступи од тог правила само када процени озбиљну опасност по здравље или живот.

Један од најчешће коришћених алгоритама за узимање психосоцијалне анамнезе означава се акронимом *HEEADSSS*¹, којим је обухваћено осам области од значаја за боље разумевање младе особе и фактора који могу утицати на њено здравље. Користећи овај акроним, полази се од мање интимних, информативних питања, ка питањима која се тичу осетљивих тема. Пожељно је навестити младој особи да ће нека питања бити врло лична и да она, уколико јој је непријатно, не мора на њих да одговори.

Области које су обухваћене психосоцијалном анамнезом:

1. Карактеристике породице, односи у породици, услови живота.
2. Школа/запослење, академски и професионални успех, планови за будућност, безбедност у школи или на радном месту.

¹ HEEADSSS: 1. Home (породични услови) 2. Education (образовање) 3. Eating (исхрана) 4. Activities (ваншколске активности и дружење) 5. Drugs (психоактивне супстанце) 6. Safety (безбедност) 7. Suicide (самоубиство) 8. Sexuality (партнерски односи и сексуалност)

3. Навике у исхрани и доживљавање свог телесног изгледа.

4. Карактеристике вршњачке групе, положај адолесцента у тој групи, односи са вршњацима истог и супротног пола, начин провођења слободног времена и ваншколске активности.

5. Употреба дувана, алкохола, дроге и анаболичких стероида, постојање тих ризичних понашања у вршњачкој групи и породици адолесцента.

6. Ризична понашања у вожњи кола или моторцикла, трпљење насиља (емоционалног, физичког, сексуалног) у породици или у социјалном окружењу, насилничко понашање (туче, ношење оружја и др).

7. Показатељи депресије (осамљивање, туга, незнађе, поремећај апетита и сна), суицидалне мисли и планови, покушај суицида.

8. Партнерски односи, сексуално искуство, сексуална оријентација.

Препоручена литература:

1. Рончевић Н, Стојадиновић А, Радованов Д. Адолесценција – Здравствена заштита. Нови Сад; 2001.
2. Републичка стручна комисија за здравствену заштиту жена, деце и омладине. Стручно методолошко упутство за спровођење Уредбе о Националном програму здравствене заштите жена, деце и омладине. Београд: Службени гласник Републике Србије; 28/2009.
3. Rosen DF, Neinstein LS. Preventive health care for adolescents. In: Neinstein LS, ed. Adolescent Health Care – A Practical Guide, 4th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2002. p. 79-125.

АДОЛЕСЦЕНТНА ТРУДНОЋА

Трудноћа настала током адолесценцији је у великој већини непланирана и, без обзира на исход, носи здравствене и психосоцијалне ризике. Намерни прекид трудноће може да угрози здравље и плодност адолесценткиње, и да негативно утиче на психички развој младог пара. Наставак трудноће и рађање, без обзира да ли ће се реализовати у браку или ван брака, често је повезано са угрожавањем здравља младе мајке и детета и психосоцијалног статуса читаве мреже особа око њих.

У свету се годишње породи око 16 милиона девојака узраста 15-19 година, а компликације трудноће и порођаја су водећи узрок умирања адолесценткиња из земаља у развоју. Код малолетних трудница је за око 50% повећан ризик за неповољан исход трудноће, првенствено мртворођеност, рану неонаталну смртност и рађање детета које је мало за гестационо доба. Криминалном побачају се годишње подвргне око три милиона адолесценткиња.

У Србији се стопа адолесцентних трудноћа процењује на 50 на 1.000 девојака узраста 15-19 година. Број порођаја опада, нарочито у групама старијих адолесценткиња, тако да је специфична стопа фертилитета у 2012. години износила 19/1.000 девојака узраста 15-19 година. Ниво рађања се, међутим, одржава или чак лагано расте међу девојкама узраста 16 и мање година, што је свакако забријавајућа чињеница ако се има у виду да су ризици од неповољног тока и исхода трудноће највиши код најмлађих адолесценткиња. Удео трудних адолесценткиња које се одлучују на намерни прекид трудноће је вероватно у порасту, мада је у 2012. години евидентирано свега 838 абортуса, са уделом од 4-5% у укупном броју ових интервенција.

Саветовање о исходу трудноће

Саветовање адолесценткиње, односно пара о могућим исходима непланиране трудноће и сагледавању последица различитих опција је најважнија улога особе која је

професионално ангажована у раду са младима. Особа у улози саветника такође има и одговорност да помогне девојци, или пару да одлуку донесе у најкраћем временском року, како би се умањио ризик од компликација абортуса, односно применио одговарајући поступак контролисања трудноће. У том смислу је потребно да се саветовање обавља у више наврата и у што краћим размацама. Треба имати на уму да ризици од компликација адолесцентне трудноће зависе од узраста девојке. Различити су ако је девојка млађа од 17, или има 18 и више година.

Саветовање је увек двосмерна комуникација између особе са проблемом и саветника, од кога се очекује да одвоји довољно времена за разговор, поседује умеће слушања и способност за постављање питања.

Када је реч о адолесцентној трудноћи, саветник оспособљава девојку да доноси сама сопствене одлуке, пружајући јој релевантне информације, подршку и помоћ.

Битни елементи саветовања адолесценткиње, код које постоји сумња на трудноћу су:

- Обезбеђивање приватности, јер то ствара услове да девојка може са особом која је у улози саветника да отворено разговара о својим очекивањима у вези са трудноћом, ослобођена притисака, ограда, додатног стреса. Отворена дискусија је претпоставка саветовања. Да би се остварила, неопходно је да саветник вербалном или невербалном комуникацијом показује непристрасност и прихватање адолесцентне сексуалности и било ког решења које се изабере.
- Пружање помоћи девојци да препозна особе из своје околине, укључујући родитеље, наставнике, рођаке, пријатеље и, наравно, партнера, који могу да јој пруже подршку и помоћ.
- Предочавање адолесценткињи да ће њен проблем, без обзира на тип одлуке, остати између ње и саветника. Изузетак је када је трудница повезана са специјалним ситуацијама, као што су покушај самоубиства, силовање и друге форме злостављања.

Део улоге саветника је и да помогне младој особи да дође до жељеног избора. То ће чинити на свим стадијумима доношења одлуке, од укључивања у разговор релевантних

особа из окружења, преко упућивања у законске одредбе везане за трудноћу, до упућивања у референтну здравствену установу.

Када се потврди трудноћа, разговор са девојком треба да садржи низ тематских области (табела 7). Одговори на постављена питања помоћи ће адолесценткињи да боље разуме ситуацију и сагледа могућа решења. С друге стране, саветник ће имати објективнију слику о особи којој треба да пружи подршку и помоћ.

Табела 7. Водич за разговор са трудном адолесценткињом

Питања која треба размотрити по тематским областима
Социо-психолошка самопроцена
Социјална ситуација <i>Са ким тренутно живиш?</i> <i>Ко чини твоју породицу?</i> <i>Коме се повераваш?</i> <i>Ко је упознат са могућом трудноћом?</i>
Образовни/животни циљеви <i>Да ли идеш у школу? Како ти иде у школи?</i> <i>Шта си планирала да урадиш у овој години? А какве су ти намере у наредних пет година?</i>
Самопоштовање/самопоуздање <i>Какву врсту одлука си доносила до сада?</i>
Психолошка прошлост <i>Како си се до сада борила са проблемима? Са ким си се саветовала?</i> <i>Да ли си икада размишљала о самоубиству?</i>
Финансијски положај <i>Да ли мислиш да ће ти новац представљати проблем за наставак трудноће и рађање детета, односно да прекинеш трудноћу?</i>
Лична и гинеколошка анамнеза/Модел сексуалног понашања
<i>Претходна обољења, садашњи поремећаји здравља и примењено лечење</i> <i>Ниво информисаности о зачећу и контрацепцији</i> <i>Употреба контрацепције (при првом полном односу, икада коришћена и при односу који је довео до зачећа)</i> <i>Раније трудноће и њени исходи</i>

<i>Претходне и тренутне полно преносиве инфекције</i>
Лични ставови о родитељству и абортусу
<i>Искуство са сестрама, рођакама, или другарицама које су биле трудне</i> <i>Шта мислиш које су најбоље године за трудноћу?</i> <i>Шта мислиш које су најбоље године за родитељство?</i> <i>Религиозни и културни ставови</i>
Породични/пријатељски/партнерски утицаји и ставови
<i>Ко може да ти помогне у овој ситуацији?</i> <i>Коме намераваш да се обратиш?</i> <i>Шта мислиш како ће реаговати твој партнер/родитељи/околина?</i>
Садашња трудноћа
<i>Да ли је трудноћа планирана или не?</i> <i>Ко жели да се трудноћа настави?</i> <i>Ко је за прекид трудноће?</i>
Информације о могућим изборима
<i>Питања и одговори о прекиду и наставку трудноће, као и о родитељству</i> <i>Здравствени ризици и утицај различитих избора на различите аспекте живота</i>
После трудноће
<i>Од кога се очекује помоћ?</i> <i>Како ће се осећати адолесценткиња / млади пар?</i> <i>Врста контрацепције која ће се користити</i> <i>Заштита здравља</i>

Партнер адолесценткиње којој се догодила трудноћа. Ако је девојка сагласна, потребно је партнера укључити у процес доношења одлуке везане за исход трудноће, побољшати његова релевантна знања и мотивисати га да преузме свој део одговорности.

Улога здравственог радника који ради у саветовалишту за младе је да повећа одговорност мушкарца у сфери заштите репродуктивног здравља. То може да учини на најмање два начина. Први је да подстакне девојку да са младићем долази на саветовање о сексуалности и контрацепцији. Други начин је да се свака посета младића саветовалишту искористи за

покретање разговора о овим темама. То је нарочито важно у ситуацијама када се мушкарац понаша ризично и сумња да има полно преносиву инфекцију.

Најчешћа питања адолесценткиња и одговори лекара везани за исход трудноће

Које су најчешће последице абортуса?

Последице абортуса се могу поделити на ране и касне. Међу раним компликацијама најчешће се јављају запаљења и крварења, а ређе повреде унутрашњих полних органа. Касне последице нису честе, мада абортус може да буде узрок хроничног запаљења репродуктивног система и смањене плодности.

Прекид трудноће у првих осам недеља, антибиотици који се користе по извршеном абортусу, мировање пар дана после интервенције, избегавање сексуалних односа до потпуног престанка крварења значајно смањују учесталост компликација. Важна је и контрола после абортуса, јер ће се тако правовремено реаговати ако постоји неки поремећај здравља.

Да ли ћу родити здраво дете?

То умногоме зависи од понашања труднице. Избегавање ризичних фактора, као што су употреба дувана, алкохола и дроге, редовна и правилна исхрана, некоришћење лекова без консултације са лекаром, спречавање, рано откривање и лечење полно преносивих обољења и гениталних инфекција доприноси да се роди здраво дете. У том смислу, такође је важна редовна контрола код гинеколога и прихватање његових упутстава.

Постоји више начина да се провери да ли се плод нормално развија. Потребно је да гинеколог обави одређене прегледе крви и ултразвучну дијагностику.

Контрола тока трудноће и извршење безбедног прекида трудноће дефинисани су националним водичима добре клиничке праксе, па неће бити посебно разматрани у овом приручнику.

Препоручена литература

1. Национални водич добре клиничке праксе – Безбедни прекид трудноће. Човичковић Штернић Н, уредник. Београд: Министарство здравља Републике Србије; 2013.
2. Радна група за израду водича (руководилац Радуновић Н.). Здравствена заштита жена у току трудноће – Национални водич за лекаре у примарној здравственој заштити. Београд: Српско лекарско друштво; 2005.
3. Радна група за израду упутства (руководилац Лозановић Миладиновић Д.). Стручно-методолошко упутство за спровођење уредбе о Националном програму здравствене заштите жена, деце и омладине. Београд: Институт за здравствену заштиту мајке и детета Србије „Др Вукан Чупић“; 2010.
4. Neinstein LS, Farmer M. Teenage pregnancy. In: Neinstein LS (ed): Adolescent Health Care – A Practical Guide, Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia, 2002; 810-56.
5. Radeka G, Kapamadžija A, Bjelica A, Ćetković N, Stajić D. Tok i ishod porođaja u adolescentnom uzrastu- komparativna analiza za 1992. i 2002.godinu. Med Pregl 2005; 58(1-2): 47-51.

КОРИШЋЕЊЕ КОНТРАЦЕПЦИЈЕ У АДОЛЕСЦЕНЦИЈИ

Искрен и отворен разговор с адолесцентима о сексуалности и контрацепцији помаже им да сагледају личну одговорност у превенцији непланиране трудноће и полно преносивих инфекција (ППИ), па се препоручује при сваком сусрету са младом особом, посебно ако је сексуално активна. Према налазима истраживања, контрацепција није била преписана великом броју (36-56%) адолесценткиња које су биле на прегледу у здравственој установи због кашњења менструације, па је то резултовало настанком непланиране трудноће.

Младима је потребна високо ефикасна контрацепција, која истовремено пружа заштиту од трудноће и ППИ, укључујући и инфекцију вирусом хумане имунодефицијенције (ХИВ). Прикладнији су методи који не захтевају континуирано ангажовање и независни су од партнера. Контрацепција треба да допринесе квалитету живота кориснице, да нема изражена нежељена деловања и да не утиче негативно на физички изглед, расположење и понашање. Имајући у виду да код адолесценткиња још увек нису завршени процеси телесног сазревања, важно је да изабрани метод контрацепције омогућава нормалну минерализацију костију, чува или унапређује плодност и остварује повољан утицај на неке здравствене поремећаје који се чешће срећу у том животном периоду, као што су нередовна матерична крварења, дисменореја, акне и синдром полицистичних оваријума.

Саветовање о контрацепцији

Здравствени радник има кључну улогу у мотивисању младе особе да се ефикасном контрацепцијом заштити од нежељене трудноће. Испуњавање тог задатка подразумева да младој особи помогне у реалном сагледавању ризика за настанак трудноће, упозна је с погодним и ефикасним видовима спречавања трудноће и помогне јој да изабере прихватљив и безбедан метод контрацепције.

За доследност и истрајност у примени контрацепције важно је да девојка има подршку партнера, односно да одлуку о начину спречавања трудноће заједнички донесе млади пар. Због тога је препоручљиво да лекар мотивише адолесценткињу да на саветовање долази са својим партнером.

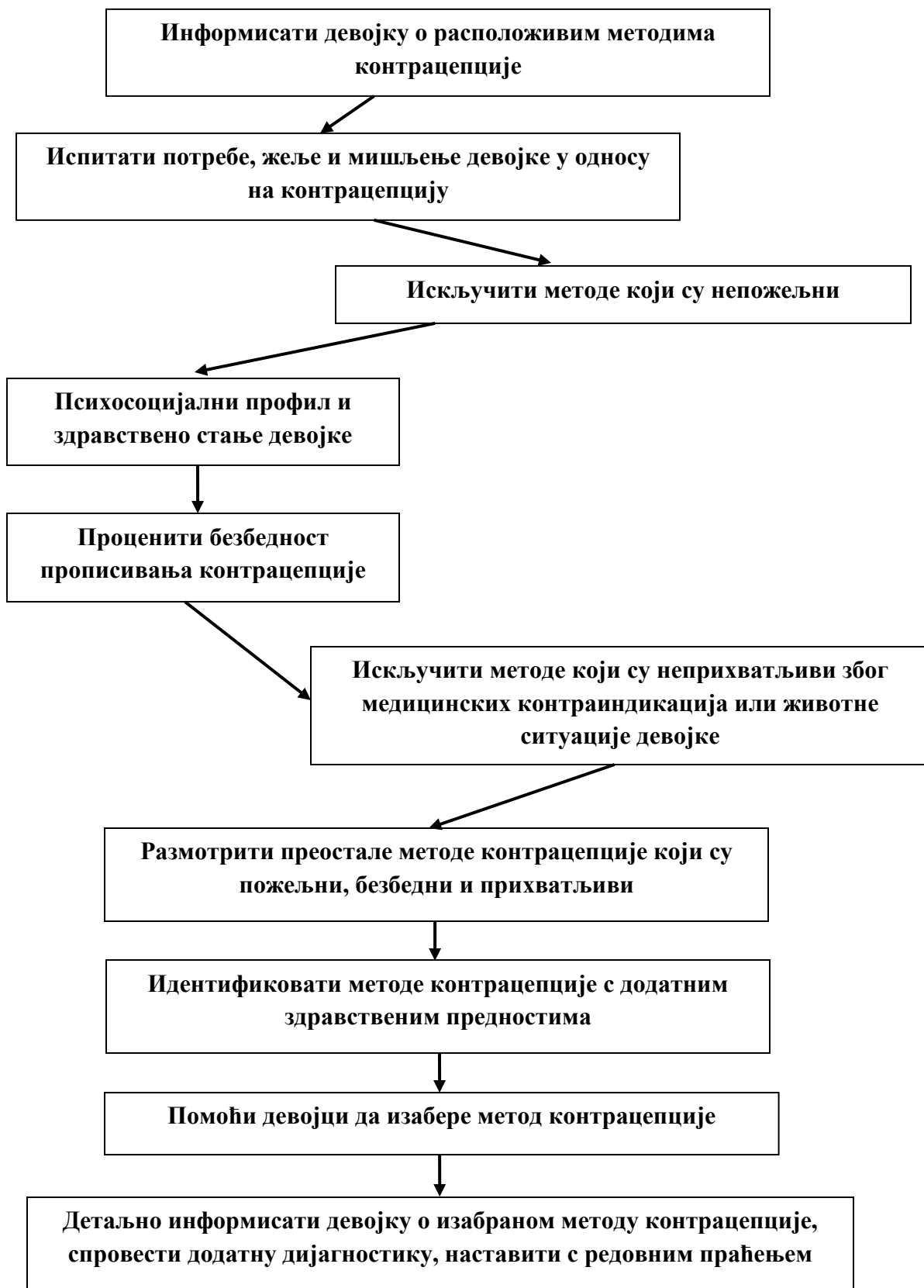
Избор метода контрацепције. На почетку саветовања о контрацепцији потребно је да се реално сагледају потребе адолесценткиње у превенцији трудноће и њене жеље у односу на контрацепцију. Та прва фаза саветовања има за циљ идентификовање ефикасних метода контрацепције које девојка сматра пожељним, а искључивање оних који нису прихватљиви. Добро је почети са општим питањима, а када се успостави однос поверења наставити са деликатнијим, која се односе на сферу сексуалности. Знање и ставови адолесценткиње о контрацепцији најбоље могу да се одреде постављањем индиректних питања. Питање директног типа: „*Шта знаш или мислиш о контрацепцији?*“, може да изазове збуњеност и отпор девојке. Ако се, међутим, постави питање: „*Шта бисте саветовали вашој пријатељици која има сексуалне односе?*“, адолесценткиња ће одговорити слободније и рећи шта стварно зна и мисли о контрацепцији. То ће омогућити и да се открију њени страхови и предрасуде. Има девојака које верују у поузданост традиционалне контрацепције (метода прекинутог сношаја), као и оних које се боје да ће употребом ефикасне контрацепције нарушити физички изглед или здравље. Значајан субјективни чинилац је и страх од трудноће – када је интензиван може да буде битан мотив за прихватање ефикасне контрацепције. Девојкама је важан и начин коришћења контрацепције. Некада може да буде неприхватљиво постављање страног тела у организам (субдермални имплант, интраутерини уложак, вагинални прстен) или свакодневна употреба таблета (комбинована или прогестагенска орална контрацепција). На избор и доследност у коришћењу контрацепције утичу и ставови партнера и вршњака према контрацепцији.

У другој фази саветовања елиминирају се методи контрацепције чија је примена неприхватљива због медицинских контраиндикација или животне ситуације адолесценткиње. Детаљна лична и породична анамнеза омогућавају процену медицинске подобности метода контрацепције које девојка сматра прихватљивим. У процени медицинске подобности треба користити критеријуме Светске здравствене организације, који примену појединих метода контрацепције код жена са одређеним стањима (навикама попут пушења; репродуктивним стадијумом као што су пуерперијум или нулипаратет; годинама старости) или обољењима (укључујући употребу лекова) класификују у четири категорије. Категорија 1 значи да одређени метод контрацепције може да се користи без икаквих ограничења. Код категорије 2 извесни ризици постоје, али предности коришћења

одређеног метода контрацепције премашују претпостављене или потврђене ризике. Ако метод контрацепције припада категоријама 3 и 4, не треба га користити – осим ако лекар не процени другачије – јер ризици премашују предности коришћења. У сагледавању животне ситуације девојке важни су подаци о њеним личним и професионалним плановима, социокултурном профилу и карактеристикама партнерске везе. Контрацепција треба да буде веома ефикасна када је трудноћа апсолутно неприхватљива – код девојака које желе да се образују и професионално напредују или су веома одговорне и унапред планирају све аспекте свог живота. Трудноћа не мора да буде у потпуности неприхватљива девојкама које теже да трудноћом реше друге проблеме (напр. неуспех у школи, дисфункционална породица, незапосленост), као и онима из традиционалних средина које од девојке очекују да заснује породицу и рађа децу. Потребно је да се утврде и карактеристике партнерске везе у погледу њене дужине, стабилности и равноправности партнера у доношењу одлука, као и у односу на учесталост полних односа и квалитет сексуалног живота. Важна су и претходна искуства девојке с контрацепцијом, трудноћом и полно преносивим инфекцијама.

Трећа фаза саветовања подразумева да се адолесценткињи укаже на оне методе контрацепције који пружају додатне предности. Те предности су првенствено здравствене, попут ублажавања дисменореје комбинованом хормонском контрацепцијом. За идентификовање потенцијалних предности одређених метода контрацепције потребно је да се испитају карактеристике менструационих циклуса девојке, претходна обољења репродуктивног система и друге тегобе чија се израженост мења током менструационог циклуса (напр. појава главобоља у перименструационом периоду). Могућа предност неких метода контрацепције у односу на друге методе је у начину њиховог коришћења који резултује бољом комплијансом, јер не захтева континуирано ангажовање кориснице (напр. контрацептивни фластер, контрацептивни прстен, интраутерини улошци с бакром и прогестагеном, депо-инјекциони препарати, субдермални импланти). Девојка потом доноси одлуку и између метода контрацепције који су за њу безбедни бира најприхватљивији (графикон 2).

Графикон 2. Редослед поступака у саветовању о контрацепцији



Припрема за коришћење изабраног метода контрацепције. Адолесценткињу треба упознати са механизмом деловања, ефикасношћу, начином употребе, нежељеним дејствима и предностима изабраног метода контрацепције. Пожељно је да се разјасне могуће недоумице и провери да ли је девојка правилно разумела и запамтила упутства о начину коришћења контрацепције.

Додатна испитивања нису потребна пре почетка коришћења комбиноване и прогестагенске хормонске контрацепције. Постављању интраутериних уложака треба да претходи процена ризика или искључивање присуства ППИ (првенствено гениталне хламидијске инфекције и гонореје).

Добро је почети са коришћењем контрацепције непосредно по избору метода, јер је девојка мотивисана, а непланирана трудноћа још увек није настала. Већине ефикасних контрацептивних метода могу да се користе одмах после саветовања, без обзира који је то дан менструационог циклуса, ако је извесно да претходно није настала трудноћа. Треба саветовати апстиненцију или кондом првих седам дана ако се на тај начин почиње коришћење комбиноване хормонске контрацепције (контрацептивне пилуле, фластера или вагиналног прстена), прогестагенске депо-инјекције, субдермалног импланта и интраутериног уложка с левоноргестрелом, а прва два дана ако је изабрана прогестагенска орална контрацепција. Постављен било ког дана менструационог циклуса, интраутерини уложак с бакром одмах почиње да штити од трудноће.

Наставак праћења корисница. Периодична саветовања адолесценткиња које користе контрацепцију су важан део бриге за њихово опште и репродуктивно здравље. Први састанак треба планирати после три месеца ако девојка користи хормонску контрацепцију, а после три недеље ако је постављен интраутерини уложак. У наставку праћења, саветовања и прегледи се планирају у интервалима од шест месеци. Поред тога, адолесценткињама треба омогућити ванредна саветовања када су им потребна. Посета девојке здравственој установи ради праћења коришћења контрацепције може да се искористи за обављање систематског гинеколошког прегледа. Са цитолошким прегледима грлића материце у циљу ране детекције премалигних и малигних промена се почиње после три године од првог сексуалног односа, а наставља у годишњим временским

интервалима. Код девојака које користе хормонску контрацепцију пожељно је да се једном годишње спроведе биохемијски преглед крви.

Независно од метода контрацепције који користе, код адолесцената је стопа неуспеха виша него код одраслих особа. То је условљено психосоцијалном незрелошћу и емоционалном нестаљношћу младих - који су склони мењању мишљења о контрацепцији, трудноћи, исходу партнерске везе и животним аспирацијама - али и низом чинилаца из њиховог окружења (утицаји вршњачке групе, породице и медија, социоекономски положај, успех у школи или на послу и сл). Стога лекар треба да покаже више флексибилности при саветовању адолесцената о контрацепцији. Важно је да разуме њихове страхове, стрпљиво разматра избор другог контрацептивног метода, не осуђује грешку у употреби контрацепције, увек има времена за разговор и објашњење. Да би адолесценти имали могућност да добију правовремени савет и помоћ у вези са употребом контрацепције потребно је да се у једној здравственој установи за овај рад мотивише и специфично едукује довољан број здравствених радника.

Методи контрацепције

Адолесценткиње могу да користе све реверзибилне методе контрацепције, ако немају поремећај или обољење које избор ограничава. Када се девојци понуди већи број метода контрацепције, већа је вероватноћа да ће она бити задовољна својим избором и бити мотивисана да га користи редовно. Мада су за здравственог радника примарни безбедност и ефикасност метода контрацепције, одлуку доноси адолесценткиња којој могу да буду важније неке друге карактеристике контрацепције. Зато је важно упознати девојку са основним обележјима свих доступних метода контрацепције.

Комбинована хормонска контрацепција. Овај вид контрацепције садржи синтетске хормоне који су слични природним хормонима жене, естрогену и прогестерону. Контрацептивни ефекат примарно остварује инхибисањем овулације. Додатно, слуз у грлићу материце постаје гушћа, што омета пролазак сперматозоида из вагине у материцу.

Комбинована хормонска контрацепција (КХК) је ефикасна у спречавању трудноће. Када се користи редовно и правилно, у групи од 100 жена током прве године коришћења настане 0,3 трудноће, а при уобичајеној примени (са свим неправилностима и пропустима) 6 до 8 трудноћа.

Постоји у облику препарата за оралну (тзв. контрацептивних пилула), трансдермалну (тзв. контрацептивни фластери) и вагиналну примену (тзв. вагинални прстен). У једном паковању КХК има 21-28 таблета које се узимају свакодневно, три контрацептивна фластера који се мењају на седам дана или један вагинални прстен који остаје у вагини 21 дан.

Коришћење КХК није временски ограничено и не треба правити паузе у одређеним временским интервалима. По престанку употребе КХК плодност се враћа брзо.

Предности

Комбинована хормонска контрацепција има низ предности, од којих су за адолесценткиње важне следеће:

- Поуздана у спречавању трудноће.
- Повољно делује на карактеристике менструационих циклуса – крвављења наступају у правилним временским интервалима, смањеног су интензитета и трајања. Долази до ублажавања или ишчезавања пременструационе напетости и болова током менструације.
- Ублажава акне и себореју.
- Смањује ризик за развој манифестног запаљења унутрашњих полних органа.
- Превенира развој функционалних цисти оваријума.
- Смањује ризик за настанак карцинома оваријума и ендометријума.

Недостаци

Најважнији недостатак КХК је што не пружа заштиту од ППИ, укључујући и инфекцију ХИВ.

Повећан ризик за настанак дубоке венске тромбозе и плућне емболије (ВТЕ/ПЕ), повезан са коришћењем КХК, значајан је код адолесценткиња које имају тромбофилију. Зато је потребно да се испита да ли је ВТЕ/ПЕ имала девојка или неко од њених блиских сродника пре 45. године живота.

Повећани релативни ризик за настанак карцинома дојке и грлића материце код жена које користе КХК је без клиничког значаја код адолесценткиња.

Комбинована хормонска контрацепција може да се користи у продуженим режимима, без паузе између паковања. Резултат ће бити изостанак месечног крварења. Такав начин примене КХК нема штетних ефеката, а омогућава девојкама да избегну или прореде крварење. Продужени режим КХК може да се препоручи свим корисницама, а посебно при одласку на летовање и током спортских такмичења. Погодан је за адолесценткиње са синдромом пременструационе напетости, дисменорејом, менструационим главобољама (осим ако болује од мигрене са ауром) и катаменијалним стањима (напр. епилепсијом или бронхијалном астмом који се погоршавају за време менструације).

Прогестагенска контрацепција. Прогестагенска контрацепција (ПК) садржи синтетски прогестерон. Трудноћу спречава инхибицањем овулације и повећањем густине слузи у грлићу материце што омета пролазак сперматозоида у материцу. Постоји у облику препарата за оралну (тзв. мини пилула), инјекција и субдермалних импланата. Паковање оралних прогестагенских контрацептива има 28 таблета које се узимају свакодневно, без паузе између паковања. Депо-инјекциони препарати се убризгавају супкутано или интрамускуларно једном у три месеца. Субдермални импланти су делотворни током три године. Већу контрацептивну ефикасност имају врсте ПК које не захтевају континуирано ангажовање кориснице (табела 8).

Предности

Прогестагенску контрацепцију могу да користе адолесценткиње код којих је контраиндикована примена естрогена. Представљају веома безбедну контрацепцију. То је прикладан вид заштите од трудноће за адолесценткиње са тромбофилијом и главобољама.

Табела 8. Удео жена којима се непланирана трудноћа догоди током прве године коришћења метода контрацепције

Метод контрацепције	Удео жена (%) којима се трудноћа догоди током прве године коришћења	
	Када се користи на уобичајени начин	Када се користи исправно
Стерилизација мушкарца	0,15	0,10
Стерилизација жене	0,5	0,5
Прогестагенски импланти	0,05	0,05
Интраутерини уложак с левоноргестрелом	0,1	0,1
Интраутерини уложак с бакром	0,8	0,6
Комбиноване хормонске инјекције	3	0,05
Депо медроксипрогестерон-ацетат	3	0,3
Комбинована хормонска вагинална контрацепција	8	0,3
Комбинована хормонска трансдермална контрацепција	8	0,3
Комбинована хормонска орална контрацепција	8	0,3
Прогестагенска орална контрацепција	8	0,3
Кондом за мушкарце	15	2
Дијафрагма	16	6
Периодична апстиненција	25	1-9
Женски кондом	21	5
Спермициди	29	18
Прекинути сношај	27	4
Ниједан метод	85	85

Посткоитална орална контрацепција: примењена у првих 72 сата од незаштићеног односа смањује ризик од трудноће за најмање 75%

Недостаци

Непредвидив карактер материчних крварења је најважнији недостатак ПК. После годину дана од почетка употребе, честа и продужена крварења се јављају код 40-50% корисница прогестагенских оралних контрацептива и субдермалних импланата, а аменореја постоји код 70% корисница депо-инјекционих препарата.

Могућа је и појава или погоршање акни и себореје. Депо-инјекциони препарати могу да доведу по повећања телесне масе и смањења густине костију, па се адолесценткињама прописују само ако погоднији методи контрацепције нису прихватљиви.

Интраутерина контрацепција. Уложак који се инсертује у материцу има рам од полиетилена, коме су додати намотаји бакра или цилиндар с прогестагеном. За уложак је везан конац који по постављању интраутериног улошка (ИУУ) у материцу из канала грлића материце проминира у вагину.

Интраутерини уложак с бакром остварује контрацептивни ефекат инхибисањем фертилизације, јер јони бакра делују токсично на сперматозоиде и јајну ћелију. Трудноћу додатно спречавају асептична инфламаторна реакција ендометријума која испољава антиимплантациони ефекат и инхибисање продора сперматозоида у материцу, условљено измењеном концентрацијом јона бакра у цервикалној слузи.

Интраутерини уложак с прогестагеном примарно спречава имплантацију, јер његова прогестагенска компонента изазива атрофију ендометријума који постаје неподесан за нидацију оплођене јајне ћелије. Под утицајем прогестагена слуз у цервикалном каналу постаје гушћа, што омета пролазак сперматозоида из вагине у утерус.

Интраутерина контрацепција је веома поуздана у спречавању трудноћа (табела 1). Томе доприноси и чињеница да је ефикасност независна од кориснице. Ако се трудноћа ипак догоди, чешће је ектопична.

Дужина деловања ИУУ с додатком бакра зависи од површине бакра у саставу ИУУ – у распону је од три до десет година. Интраутерини уложак с прогестагеном остварује контрацептивни ефекат од три до пет година. Ако девојка или жена жели да настави с коришћењем ИУУ, у једном захвату се може извући стари и поставити нови уложак.

Предности

Интраутерина контрацепција припада групи дугоделујућих метода који се сматрају најпоузданијим у спречавању непланираних трудноћа. Једном постављен, ИУУ пружа вишегодишњу заштиту од трудноће и не захтева додатно ангажовање кориснице. По његовом одстрањивању из материце трудноћа може да настане у истом или наредном менструационом циклусу.

Интраутерини уложак с бакром нема системских ефеката, па могу да га користе адолесценткиње које имају контраиндикације за примену хормонске контрацепције и девојке које користе лекове који ступају у интеракцију са хормонима у саставу контрацептива. Ова врста ИУУ не утиче на квалитет и састав мајчиног млека, па може да се постави непосредно после порођаја.

Интраутерини уложак с прогестагеном такође могу да користе адолесценткиње с контраиндикацијама за примену комбиноване хормонске контрацепције. Због утицаја прогестагена на ендометријум, ова врста ИУУ има и могућност терапијске примене код девојака са обилним материчним крварењима и ендометриозом.

Недостаци

Интраутерина контрацепција може да утиче на карактеристике менструација. Код корисница ИУУ с бакром постоји склоност да менструације дуже трају и буду обилније. Адолесценткиње које користе ИУУ с прогестегном обично првих месеци имају нередовна крварења, а затим менструације постају оскудне.

Постављање ИУУ може да буде болно, па се та интервенција код адолесценткиња обично обавља у општој анестезији. Ризик за настанак запаљења унутрашњих полних органа је највећи у првих 20 дана од инсертовања ИУУ. Да би се спречиле поменуте инфламаторне компликације, потребно је пре постављања ИУУ искључити присуство хламидије трахоматис (*Chlamydia trachomatis*) и гонокока (*Neisseria gonorrhoeae*) у цервикалном каналу или применити антибиотску профилаксу (азитромицин 1 г једнократно и цефтриаксон 250 мг и.м. једнократно или цификсим 400 мг једнократно).

Интраутерина контрацепција не пружа заштиту од ППИ, укључујући и инфекцију ХИВ. Зато се не препоручује девојкама које су у непосредној прошлости лечене од ППИ, имају

више од једног партнера или њихов партнер има више партнерки. Запаљење унутрашњих полних органа је чешћа компликација ППИ код девојака које користе ИУУ и може да резултује неплодношћу.

Мушки кондом. Кондом је механички метод контрацепције који се користи при сваком сексуалном односу. Сачињен је у већини случајева од латекса, а ређе од полиуретана, полиизопрена или јагњећих црева. Посебно је важно да га млади редовно користе, јер кондом истовремено пружа заштиту од трудноће и ППИ. Кондом, међутим, није довољно ефикасан у спречавању трудноће. Зато се младима саветује двојна заштита – да уз кондом користе још један ефикасан метод контрацепције, или да употребе хитну контрацепцију у ситуацијама механичког оштећења или спада кондома.

Предности

Кондом се лако набавља, а да би се користио није потребан одлазак код лекара. Ипак, лекар може да допринесе редовној употреби кондома код младих тако што ће сваком заинтересованом пару објаснити и показати како се овај метод контрацепције користи. При саветовању младог пара потребно је нагласити да кондом истовремено обезбеђује и заштиту од ППИ, укључујући инфекцију ХИВ.

Кондом може да побољша сексуално функционисање тако што доприноси подели одговорности у партнерској вези и превенира превремену ејакулацију, чиме се продужава трајање полног односа.

Недостаци

Могућа је локална иритација условљена алергијском реакцијом на латекс или лубрикант. У тим ситуацијама треба препоручити употребу кондома начињеног од полиуретана. Кондом може да постане неефикасан ако се излаже топлоти, сунчевом светлу или влази. Лубриканси на бази уља и биљних препарата, локално наношење уља за бебе и терапијска примена неких вагиналета оштећују кондом и умањују његову ефикасност.

Младој особи може да представља тешкоћу и куповина кондома, јер то значи обелодањивање чињенице да је сексуално активна. Здравствени радници могу да им помогну да превазиђу тај проблем и да их мотивишу да редовно користе кондом.

Примена кондома захтева договор између партнера. Зато младе треба охрабрити и помоћи им да усвоје вештине преговарања да се кондом редовно користи.

Женски кондом. Женски кондом је сачињен од нитрила - танке, прозрачне и меке пластике. Пре сексуалног односа се поставља у вагину, тако да при сексуалном односу онемогућава директан контакт између пениса и вагине. Створен је да би омогућио заштиту од ППИ и трудноће оним девојкама и женама које су у ризику за настанак ових обољења, а њихов партнер не може или не жели да користи мушки кондом. Постоје и парови којима је женски кондом прихватљива редовна контрацепција.

Хитна (посткоитална) контрацепција. Хитна контрацепција (ХК) се примењује после сексуалног односа. Користи се у ситуацијама неуспешне примене редовне контрацепције (механичко оштећење кондома, пропусти у коришћењу контрацептивних таблета) или када није примењена контрацепција (силовање, непланирани сексуални однос). Хитна контрацепција не изазива прекид трудноће, јер се користи у периоду када још увек није могло да дође до усађивања оплођене јајне ћелије у материцу.

Постоје три вида посткоиталног спречавања зачећа: прогестаген - левоноргестрел, селективни модулатор прогестеронских рецептора – улипристал ацетат и интраутерини уложак с бакром.

Левоноргестрел се као метод хитне контрацепције користи у дози од 1,5 мг једнократно у првих 72 сата после незаштићеног сексуалног односа. Делује на сазревање фоликула у јајницима, првенствено спречавањем или одлагањем овулације. Левоноргестрел је веома безбедан метод ХК. Може да се пропише увек када постоји ризик за настанак непланиране трудноће, чак и више пута у истом менструационом циклусу, али са све мањом ефикасношћу и не као замена за редовну контрацепцију. Ако се трудноћа ипак догоди, нема негативног утицаја на њен ток и исход.

Улипристал ацетат, у дози од 30 мг може да се примени у сврху посткоиталног спречавања зачећа једнократно током првих 120 сати од незаштићеног сексуалног односа. Примарно делује инхибирањем овулације. Ефикаснији је од левоноргестрела. Може да се

примени једном у менструационом циклусу. За сада нема довољно података о утицају улипристал ацетата на ток и исход трудноће. Зато је важно да се не пропише девојци код које не може са сигурношћу да се искључи претходно настала трудноћа. Примена улипристал ацетата је контраиндикована код девојака с бронхијалном астмом на терапији глукокортикоидима, с обољењем јетре и урођеним поремећајима метаболизма лактозе, глукозе и галактозе.

Интраутерини уложак с бакром може да спречи трудноћу ако се постави током првих 120 сати од незаштићеног сексуалног односа. Тај ефекат остварује токсичним деловањем јона бакра на сперматозоиде и јајну ћелију, мада може да спречи имплантацију ако се примени после фертилизације. Представља најефикаснији метод ХК. Девојка може интраутерини уложак с бакром да одстрани по наступању менструације или да га задржи као редовни вид контрацепције. Примена интраутериног улошка с бакром у сврху посткоиталног спречавања зачећа препоручује се девојкама на терапији лековима који смањују ефикасност хормонских метода ХК, попут нестероидних антиреуматика. Овај метод ХК је прикладан и за девојке које су кандидати за дугodelујући метод контрацепције.

Контрацепција за адолесценткиње са хроничним болестима

Одлуку о избору метода контрацепције је много теже донети код адолесценткиња са хроничним болестима јер је тада одмеравање предности и нежељених деловања различитих видова спречавања зачећа знатно сложеније. Те девојке су, међутим, у истом обиму сексуално активне као и њихове здравије вршњакиње. Код девојака са хроничним обољењима могућност настанка зачећа је обично очувана, али је повећан ризик од компликација током трудноће и рађања детета са конгениталним аномалијама. Отуда је неопходно да те адолесценткиње од почетка сексуалне активности користе ефикасну контрацепцију.

Комбинована хормонска контрацепција је медицински прихватљив избор код адолесценткиња са дијабетесом мелитусом без васкуларних компликација, пролапсом митралне валвуле, бенигним обољењем дојки, струмом, хипертиреозом и хипотиреозом,

хиперлипидемијом која се лечи само дијетом, хипербилирубинемијом, сидеропенијском анемијом и полно преносивом инфекцијом која не проузрокује акутни хепатитис.

Код девојака с епилепсијом поједини антиконвулзивни лекови могу да смање ефикасност комбиноване оралне контрацепције, па би бољи избор била интраутерина контрацепција. Тај метод контрацепције је безбедан и код девојака са хипертензијом, урођеном тромбофилијом, обољењем срчаних залистака, главобољама немигренског или мигренског типа, обољењима жучне кесе и код особа које дуготрајно или често користе антибиотике.

Препоручена литература:

1. World Health Organization. Contraception – Issues in Adolescent health and Development. Geneva: World Health Organization; 2004.
2. Лазовић-Радоњић Г, Седлецки К, Капамација А, Митровић А. Клиничке смернице за комбиновану хормонску контрацепцију. Београд: Институт за здравствену заштиту мајке и детета Србије „Др Вукан Чупић“, Републички центар за планирање породице; 2012.
3. Speroff L, Darney PD. A Clinical Guide for Contraception. 4th edition, Philadelphia: Lippincot Williams & Wilkins; 2005.
4. World Health Organization. Medical eligibility criteria for contraceptive use. Fourth Edition. Geneva: World Health Organization; 2010.
5. Emans SJH, Laufer MR, Goldstein DP. Pediatric and adolescent gynecology. 5th edition, Philadelphia: Lippincot Williams & Wilkins; 2005.

ПОЛНО ПРЕНОСИВЕ ИНФЕКЦИЈЕ

Полно преносиве инфекције (ППИ) представљају групу обољења хетерогену по клиничким манифестацијама, току болести и прогнози, а са заједничком особином да се преносе путем сексуалног контакта. Непрепознате и нелечене могу да резултују дугорочним, често иреверзибилним поремећајима здравља, оштећењем и губитком репродуктивне функције, рађањем десе са аномалијама или инфекцијама, а у случају неких ППИ (инфекција ХИВ-ом, вирусом хепатитиса Ц или вирусом леукемије/лимфома) и смртним исходом. Због тога је у многим земљама света један од приоритетних циљева здравствене политике остваривање контроле ППИ, односно смањивање инциденције и преваленције ових обољења.

У посебном ризику за настанак ППИ су млади људи у добу од 15 до 24 године живота. То је условљено њиховим слободнијим, а мање безбедним сексуалним понашањем, као и бројним другим детерминантама (физиолошка обележја и здравствене навике, бројни чиниоци социокултурног окружења). Посебна осетљивост према ППИ постоји код адолесцената, што се објашњава незавршеним процесима њиховог телесног и психосоцијалног сазревања. Адолесценти су склони и поновним инфекцијама полно преносивим узрочницима.

Према подацима Светске здравствене организације (СЗО), 70% од укупног броја оболелих од ППИ и 50% особа инфицираних ХИВ-ом у свету је узраста до 24 године живота. Бржем ширењу ППИ код младих доприноси и неприлагођеност система здравствене заштите потребама младих у овој области, због чега се они нерадо обраћају лекару, па упркос присуству тегоба често дуго одлажу преглед и лечење. Додатно, неке честе ППИ, попут гениталне хламидијске инфекције обично не изазивају симптоме и могу да се открију само периодичним скрининзима што захтева значајна финансијска издвајања.

Извесне ППИ, попут гонореје и хламидијске гениталне инфекције, имају асимптомски ток код великог броја инфицираних особа, па непрепознате и нелечене могу годинама да перзистирају, постепено нарушавајући репродуктивно здравље. У случају гонореје или хламидијске гениталне инфекције запаљење се из цервикса утеруса шири на унутрашње полне органе, а последични инфертилитет настаје због органских промена унутрашњих

полних органа које могу да резултују оклузијом јајовода. Инфекција хуманим папилома вирусом (ХПВ) може да повећа ризик за настанак малигнух неоплазми репродуктивних органа. Ризик за настанак инфекције ХПВ-ом је нарочито велики код адолесценткиња које су први полни однос оствариле пре навршене 16. године живота, односно у првих 18 месеци од наступања менархе. Те девојке су у двоструко већем ризику да оболе од карцинома цервикса утеруса до 50. године живота.

Превенција и контрола полно преносивих инфекција

Превенција и контрола ППИ је заснована на следећих пет праваца деловања: а) едукација и саветовање особа у повишеном ризику за настанак ППИ о безбедном полном понашању; б) откривање оболелих особа без симптома инфекције, као и оних које имају тегобе, али се не обраћају здравственој служби ради дијагностике и лечења; в) спровођење делотворне дијагностике и лечења инфицираних особа; г) евалуација, лечење и саветовање сексуалних партнера особа оболелих од ППИ; д) спречавање настанка ППИ код особа у повишеном ризику вакцинацијом против оних обољења из ове групе за које вакцина постоји.

Вакцинација се сматра најефикаснијим начином спречавања ППИ. Деца се у Србији редовно вакцинишу против хепатитиса Б. Вакцина постоји и против најчешћих аногениталних типова ХПВ (типови 16, 18, 6 и 11), а препоручује се адолесценткињама млађим од 15 година које још увек нису оствариле први сексуални однос.

Основна начела превенције ППИ:

- ППИ је боље спречити, него их лечити.
- Мере које могу да превенирају ППИ су: апстиненција, верност партнеру, редовна примена кондома.
- Сваки здравствени радник може да учини бар нешто да допринесе превенцији и лечењу ППИ:
 - сачинити брзу процену величине ризика за настанак ППИ код неке особе;
 - помоћи особи да постане свесна ризика за настанак ППИ и подучити је како да спречи инфекцију;
 - препознати симптоме ППИ;
 - упутити особе са симптомима ППИ на дијагностику и лечење; указати им на чињеницу да и њихов партнер, такође, треба да се лечи.

Превентивне поруке. Пожељно је информисати сваког адолесцента о мерама које могу да спрече настанак или преношење ППИ (*На пример - Потребно је уздржати се од полних односа ако се појаве симптоми који могу да укажу на присуство ППИ*). Посебна пажња се посвећује младима код којих се сумња да већ постоји ППИ. У тим случајевима важно је да се ризици за даље ширење инфекције минимизују, тако што ће се особа мотивисати за безбедно сексуално понашање. Таквог адолесцента треба охрабрити и упутити на дијагностику и лечења ППИ у одговарајућу установу.

Методи превенције. Адолесцентима се увек саветује да редовно користе кондом. Када се користи правилно и редовно, *мушки кондом* од латекса је ефикасан у спречавању преношења инфекције ХИВ-ом и значајно смањује ризик за настанак других ППИ. Кондом, међутим, не покрива све делове тела који могу да буду изложени ППИ, па је мање ефикасан у спречавању преношења гениталног херпеса, инфекције хуманим папилома вирусом и сифилиса. *Женски кондом* у лабораторијским условима представља ефикасну препреку за ХИВ и остале вирусне узрочнике ППИ. Мада за сада није утврђено

да ли и у стварном животу пружа потпуну заштиту од ППИ, сматра се да ако се редовно и правилно примењује може значајно да смањи ризик за настанак ових обољења.

Врсте полно преносивих инфекција

Сифилис - од почетка представља системску болест, чији је узрочник спирохета *Treponema pallidum*.

Епидемиологија - најчешће се преноси сексуалним контактом, али су могући и други путеви преношења (трансплацентарно с мајке на плод, директним контактом са променама на кожи оболеле особе, трансфузијом крви). Класификује се као конгенитални (пренет с мајке током интраутериног живота на плод) и стечени (пренет путем сексуалног односа или крви).

Клиничке манифестације - стечени сифилис се дели на два стадијума: рани и позни сифилис. Рани сифилис обухвата примарни, секундарни и рани латентни стадијум. Позни сифилис укључује касни латентни сифилис, сифилис који се манифестује у виду “гума”, сифилис нервног система (неуросифилис) и сифилис на срцу и крвним судовима (кардиоваскуларни сифилис).

Примарни сифилис се одликује појавом улцерације или шанкра на месту инокулације узрочника. У стадијуму секундарног сифилиса се појављују оспа по кожи (*roseola syphilitica*), широки, пљоснати кондиломи (*condylomata lata*), разноврсне промене на кожи и слузокожама и генерализована лимфаденопатија. Током латентног сифилиса не постоје клиничке манифестације инфекције. У зависности од дужине трајања инфекције дели се на рани латентни, када је од почетка инфекције протекло мање од две године, и касни латентни, када сифилис траје дуже од две године.

Подела на рани и позни сифилис има практични значај, с обзиром на то да је у раним стадијумима болести инфективност оболеле особе већа, али је и лечење успешније.

Дијагноза - поставља се на основу анамнезе, клиничких знакова и позитивног налаза на бар једном од следећих тестова:

- преглед у тамном пољу (изолација *T. pallidum* из промена на кожи, слузокожама и садржаја лимфних жлезда);
- серолошке реакције² (нетрепонемски тестови детектују антикардиолипинска антитела – *VDRL, RPR*; трепонемски тестови су специфични – *TPI, TRHA*);
- преглед ликвора
- радиолошки преглед.

Лечење

Рани сифилис (примарни, секундарни, латентни до две године трајања)

Терапија избора: бензатин-пеницилин у дози од 2,4 милиона јединица *и.м.*, једнократно

Алтернативна терапија: прокаин-бензилпеницилин у дози од 1,2 милиона јединица дневно *и.м.*, током 10 дана.

Алтернативна терапија у случају алергије на пеницилин за негравидне болеснике:

доксациклин у дози од 100 мг, два пута дневно током 14 дана.

Код особа с кардиоваскуларним и неуросифилисом неопходно је да се лечење спроведе у сарадњи с лекаром одговарајуће специјалности (кардиолог, неуролог).

Праћење - у првој години од завршетка лечења код оболеле особе се спроводи клиничка и серолошка процена залечености сифилиса после 3, 6 и 12 месеци.

Лечење треба поновити ако:

- клиничке манифестације сифилиса перзистирају или се поново испоље;
- наступи пораст титра нетрепонемских антитела.

Са контролама особа које су лечене од сифилиса се престаје када су резултати специфичних, трепонемских тестова (*ТПИ*) серонегативни два пута у размаку од 3 месеца.

² Према препорукама Светске здравствене организације (СЗО), да би се поставила серолошка дијагноза сифилиса потребно је да буду позитивни један нетрепонемски тест и један од специфичних трепонемских тестова.

Гонореја - изазива је бактерија *Neisseria gonorrhoea*, а настаје у директном додиру с инфицираним слузокожом полних органа, ректума или ждрела. Знатан број оболелих особа нема симптоме инфекције (5-25% мушких и до 50% женских особа).

Клиничке манифестације - почиње гнојним запаљењем мокраћне цеви код мушкараца и канала грлића материце код жена. Ако се не лечи, инфекција се код мушких особа шири на простату и епидидимис, а код женских особа на материцу и јајоводе. Временом наступају ожиљне промене на унутрашњим полним органима које могу да резултују настанком стерилитета.

Дијагноза - поставља се на основу клиничке слике и микробиолошког испитивања присуства узрочника гонореје у секрету из мокраћне цеви или канала грлића материце. У ту сврху могу да се користе:

- директан микроскопски преглед секрета,
- култивисање узрочника на одговарајућим подлогама.

Гонореја може да се утврди и серолошким тестовима, али њихова осетљивост је мања од 70%.

Лечење

Неkomplикована аногенитална инфекција

- цефтриаксон у дози од 250 мг и.м, једнократно,
- цефиксим у дози од 400 мг, једнократно.

Ако није искључено истовремено присуство гениталне хламидијске инфекције, препоручује се додатна примена азитромицина у дози од 1 г једнократно или доксициклина у дози од 100 мг два пута дневно током 7 дана.

Дисеминована гонококна инфекција

- цефтриаксон у дози од 1 г и.м, или и.в. једном дневно током 7 дана,
- спектиномицин у дози од 2 г и.м, два пута дневно током 7 дана.

Генитална хламидијска инфекција - изазива је бактерија *Chlamydia trachomatis* која се преноси директним контактом с инфицираним слузокожом полних органа.

Клиничке манифестације – почиње запаљење мокраћне цеви код мушкараца и канала грлића материце код жена. Обољење може да перзистира у организму и преко десет година. Симптоми су веома благи и неспецифични, а болест постепено напредује. Ако се не лечи, хламидијска инфекција се код мушких особа шири на простату и епидидимис, а код женских особа на материцу и јајоводе. Перзистирање инфекције и поновљене епизоде обољења изазивају ожиљне промене на унутрашњим полним органима, које код жена доводе до сужења и затварања јајовода, што резултује настанком ектопичне трудноће и стерилитета.

Дијагноза – узрочник се идентификује у мокраћној цеви или каналу грлића материце. У ту сврху могу да се користе:

- култивисање узрочника у култури ћелија,
- технике детекције антигена бактерије у ћелијама домаћина (директна имунофлуоресценција, ензимски метод),
- технике хибридизације нуклеинских киселина бактерије уз амплификацију генетског материјала применом PCR-а или LCR-а.

Хламидијска инфекција може да се утврди и серолошким тестовима, али они немају велики практични значај, јер не могу да укажу када се догодила инфекција.

Препоручује се да се све сексуално активне особе млађе од 21 године живота тестирају на хламидију једном годишње.

Лечење

Неkomplикована хламидијска генитална инфекција

- азитромицин у дози од 1 г пер ос, једнократно,
- доксициклин у дози од 100 мг пер ос, два пута дневно током 7 дана.

Алтернативна терапија: еритромицин у дози од 500 мг пер ос, четири пута дневно током 7 дана; офлоксацин у дози од 300 мг пер ос, два пута дневно током 7 дана.

Праћење - ако су у лечењу хламидијске гениталне инфекције примењени азитромицин или доксициклин, на начин како је дефинисано у препорукама, ново тестирање на хламидију се сматра непотребним, осим ако тегобе перзистирају или постоји сумња да је особа поново инфицирана.

После лечења неким другим антибиотиком саветује се контролно испитивање присуства хламидије. Тестирање се изводи када је протекло најмање три недеље од завршетка лечења. Наредно тестирање се препоручује само код девојака, и то после три до четири месеца. То је условљено чињеницом да се код великог броја лечених девојака у наредних неколико месеци поново јавља хламидијска инфекција, чиме се опасност од настанка стерилитета значајно повећава.

Трихомонијаза – изазива је протозоа *Trichomonas vaginalis* која се скоро искључиво преноси путем сексуалног односа.

Клиничке манифестације - инфекција може да буде асимптомска, мада чешће код жена изазива обилан, пенушави вагинални секрет непријатног мириса и запаљење мокраћне цеви код мушкараца.

Дијагноза – узрочник се детектује у секрету из мокраћне цеви или вагине.

Лечење

- метронидазол у дози од 2 г пер ос, једнократно,
- тинидазол у дози од 2 г пер ос, једнократно.

Алтернативна терапија: метронидазол у дози од 500 мг пер ос, два пута дневно током 7 дана; тинидазол у дози од 500 мг пер ос, два пута дневно током 5 дана.

Бактеријска вагиноза – представља клинички синдром који се развија због промене нормалне флоре вагине са заменом бактерије *Lactobacillus sp.* високим концентрацијама анаеробних бактерија, међу којима доминирају *Gardnerella vaginalis* и *Mycoplasma hominis*. Узрок ових микробиолошких промена није у потпуности разјашњен. Бактеријска вагиноза се не преноси путем сексуалног односа, већ представља ендегену инфекцију

репродуктивног система жене. Ипак, запажено је да лечење партнера побољшава ток и исход лечења овог обољења. Да би се превенирало поновно јављање бактеријске вагиноза, потребно је да се елиминишу сви чиниоци који предиспонирају њеном настанку, као што су антисептичка и антибиотска средства за вагиналну примену и испирање вагине.

Клиничке манифестације – појављује се бео, хомоген секрет, непријатног мириса.

Дијагноза – потребно је да буду присутна три од четири критеријума:

1. присуство белог, хомогеног вагиналног секрета,
2. рН вагине изнад 4,5,
3. присуство *clue* ћелија на микроскопском препарату,
4. мирис на рибу при мешању вагиналног секрета с калијум-хидроксидом (КОН).

Лечење

- метронидазол у дози од 400 или 500 мг пер ос, два пута дневно током 7 дана.

Алтернативна терапија: метронидазол у дози од 2 г пер ос, једнократно; клиндамицин 2% вагинални крем, 5 г интравагинално увече током 7 дана, метронидазол 0,75% вагинални гел увече током 5 дана; клиндамицин у дози од 300 мг пер ос, два пута дневно током 7 дана.

Генитални херпес – представља доживотну, неизлечиву вирусну инфекцију рекурентног типа. Узрочник овог обољења је у већини случајева *херпес симплекс вирус тип 2* (ХСВ-2). Ово обољење ређе може да изазове и *херпес симплекс вирус тип 1* (ХСВ-1). Генитални херпес се преноси при сексуалном контакту у периодима када се вирус ослобађа и налази на слузокожама репродуктивног система. Велики број оболелих има асимптомски облик инфекције

Клиничке манифестације – у налетима болести јављају се бол, црвенило и групе мехурића који прскају остављајући плиће улцерације. Те промене су обично локализоване на пенису код мушкараца и спољашњим гениталијама код жена, али могу да буду и на слузокожи ануса, мокраћне цеви, вагине или грлића материце. Прва епизода може да буде праћена

општим знацима инфекције и отоком регионалних лимфних жлезда. Понављане епизоде гениталног херпеса имају блажи ток и нису праћене фебрилношћу.

Дијагноза – поставља се на основу:

1. Изоловања вируса из садржаја херпетичних лезија и узгоја у култури ћелија,
2. Серолошких тестова с одређивањем нивоа антитела класе IgM и IgG на ХСВ-1 и ХСВ-2.

Лечење

Прва епизода гениталног херпеса

- ацикловир у дози од 400 мг пер ос, три пута дневно током 7 до 10 дана,
- ацикловир у дози од 200 мг пер ос, пет пута дневно током 7 до 10 дана,
- фамцикловир у дози од 250 мг пер ос, три пута дневно током 7 дана,
- валацикловир у дози од 1 г пер ос, два пута дневно током 7 дана.

Поновна епизода гениталног херпеса

- ацикловир у дози од 200 мг пер ос, пет пута дневно током 5 дана,
- ацикловир у дози од 400 мг пер ос, три пута дневно током 5 дана,
- ацикловир у дози од 800 мг пер ос, два пута дневно током 5 дана,
- фамцикловир у дози од 125 мг пер ос, два пута дневно током 5 дана,
- валацикловир у дози од 500 мг пер ос, два пута дневно током 5 дана,
- валацикловир у дози од 1 г пер ос, једном дневно током 5 дана.

Супресивно лечење гениталног херпеса (примењује се ако се годишње појави 6 или више поновних епизода)

- ацикловир у дози од 400 мг пер ос, два пута дневно,
- фамцикловир у дози од 250 мг пер ос, два пута дневно,
- валацикловир у дози од 500 мг пер ос, једном дневно,
- валацикловир у дози од 1 г пер ос, једном дневно.

Супресивно лечење гениталног херпеса се прекида после годину дана континуиране примене, да би се проценио терапијски ефекат. Ацикловир се може безбедно и ефикасно примењивати до шест година, а валацикловир и фамцикловир до годину дана.

Инфекција хуманим папилома вирусом (ХПВ) - представља најчешћу вирусну полно преносиву инфекцију. Највећи број особа има асимптомску, субклиничку и непрепознату инфекцију ХПВ-ом. Код извесног броја особа развијају се гениталне брадавице, најчешће када је инфекција изазвана серотиповима 6 и 11. Перзистентне инфекције неким серотиповима ХПВ-а (16, 18, 31, 33, 35) су одговорне за настанак карцинома грлића материце.

Гениталне брадавице: бенигни израштаји у аногениталној регији који се најчешће преносе путем сексуалног контакта. Вирус се размножава у новонасталим брадавичастим израштајима, али и у самом ткиву захваћеног органа. Стога, инфекција није излечена ако се брадавице одстрани, јер оболела особа остаје и даље заразна и може да пренесе инфекцију. Када се код неке особе утврди присуство гениталних брадавица, неопходно је да се испита да ли и код њеног сексуалног партнера постоје исте промене. Ризик за преношење инфекције ХПВ-ом може да се умањи применом кондома. Гениталне брадавице условљене инфекцијом сојевима 6 и 11 ХПВ-а не повећавају ризик за малигну трансформацију епителних ћелија и само у изузетним случајевима могу да претходе развоју инвазивног планоцелуларног карцинома на спољашњим гениталијама. Могуће је, међутим, да истовремено постоји и инфекција грлића материце другим сојевима ХПВ-а. Зато је неопходно да се код свих особа с видљивим гениталним брадавицама обави колпоскопски преглед грлића материце и анализа цитолошких размаза из канала и са површине грлића материце, обојених по методи Папаниколау.

Лечење – има првенствено психолошки и козметски ефекат, јер се ХПВ задржава у организму.

Методи које примењује оболела особа

- Подофолитоксин 0,5% раствор или гел, два пута дневно током три дана, после чега се не наноси четири дана. Укупно могу да се примене четири оваква циклуса лечења.
- Имиквимод, 5% крем, наноси се увече и оставља да делује преко ноћи три пута недељно. Овај вид лечења може да се користи током 16 недеља.

Технике које обавља лекар

- Криотерапија течним азотом, понавља се на једну до две недеље.
- Подофилин 10-25% тинктура, пажљиво се наноси на промене. Испира се 1-4 сата после наношења. Поступак се понавља једном недељно.
- Трихлорсирћетна киселина 80-90%, пажљиво се наноси искључиво на брадавице. Поступак може да се понавља једном недељно.
- Хируршко уклањање гениталних брадавица – њихова ексцизија, киретажа или електрокаутеризација.

Алтернативна терапија: убризгавање интерферона у лезије; ласерска хирургија.

Инфекција вирусом хумане имунодефицијенције (ХИВ) - може да доведе до настанка бројних и разноврсних обољења. Болест временом напредује доводећи до пропадања имуног система, од клинички латентног или асимптомског стадијума до синдрома стечене имунодефицијенције (АИДС). Код већине одраслих и адолесцената симптоми инфекције су одсутни у дугом временском периоду. Репликација вируса се, међутим, одвија у свим стадијумима болести и интензивира се упоредо с продубљивањем оштећења имуног система. Ако се инфекција ХИВ-ом не лечи, код свих заражених особа долази до развоја АИДС-а.

Инфекција ХИВ-ом може да се пренесе:

- путем сексуалног односа (вагиналног, аналног, оралног),
- крвљу и крвним продуктима (коришћени шприцеви и игле, трансфузија крви),
- током трудноће, порођаја и дојењем.

Дијагностички поступак - тестирање на ХИВ треба предложити свим особама које се лече од ППИ. Да би се особа упутила на дијагностику инфекције ХИВ-ом, претходно је треба у потпуности упознати са природом те болести и значајем њене ране детекције, а затим добити њену сагласност за предложено тестирање.

Веома је значајно да се особа инфицирана ХИВ-ом открије на самом почетку болести, и то из више разлога. Прво, откривени су видови лечења који могу да успоре пропадање имуног система – њиховом применом је током последњих година остварен значајан пад морбидитета и морталитета код особа инфицираних ХИВ-ом. Друго, оболеле особе су, због ослабљеног имунитета, у повећаном ризику за настанак других инфекција, које се могу одговарајућим мерама спречити (*Pneumocystis carinii* пнеумонија, енцефалитис изазван паразитом *Toxoplasma gondii*, туберкулоза, бактеријска пнеумонија). Даље, због слабљења имунитета, инфекција ХИВ-ом утиче на дијагнозу, испитивање, лечење и праћење многих болести. Такође, ако се код особе у раном стадијуму открије инфекција ХИВ-ом, могуће је да се одговарајућим саветовањем оболеле особе значајно смањи ризик за преношење ХИВ-а другим, неинфицираним особама.

Детекција инфекције ХИВ-ом - доказује се серолошким тестовима (детекцијом антитела против ХИВ-1 и ХИВ-2) и вирусолошким тестовима који могу да детектују антигене ХИВ-а или рибонуклеинску киселину (РНК). Откриће брзих серолошких тестова за ХИВ је омогућило да се за пола сата од узимања крви постави дијагноза ХИВ-а. Ипак, дијагноза се мора потврдити другим серолошким тестом (нпр. *Western blot*, индиректна имунофлуоресценција) или вирусолошким испитивањем (нпр. ХИВ-1 РНК есеј). Антитела против ХИВ-а код 95% пацијената могу да се детектују после три месеца од настанка инфекције. Вирусолошким тестовима могу да се идентификују особе у акутној фази инфекције ХИВ, док се још увек нису појавила антитела против ХИВ-а.

Поступак с партнерима особа оболелих од ХИВ-а - Партнерима оболелих од ХИВ-а се сматрају не само њихови сексуални партнери, већ и све особе с којима је инфицирани, ако је реч о уживаоцу психо-активних супстанци, размењивао игле и бризгалице за интравенско убризгавање наркотика.

Евидентирање партнера може да се обави једним од следећих поступака:

- Особа с инфекцијом ХИВ-ом може сама да обавести свог партнера и упути га у референтну здравствену установу ради дијагностике. У томе могу да помогну и здравствени радници, ако то жели оболела особа.
- У случају да особа с инфекцијом ХИВ-ом не жели да сама обавести партнера, или није сигурна да ће партнер бити спреман на сарадњу, обавезу да то обаве имају лекар или здравствена установа.

Синдромски приступ лечењу полно-преносивих инфекција

Када не постоји могућност лабораторијске дијагностике ППИ, СЗО препоручује примену синдромског приступа. Тада се дијагноза и лечење особа са симптомима ППИ заснива на синдрому, односно скупу симптома и клиничких знакова који постоје код инфициране особе. Лечењем се обухватају обољења који су у једној средини најчешћи узроци одређеног синдрома (табела 9).

Да би дијагноза код особе са одређеним синдромом била прецизнија, а лечење обухватило мањи број ППИ, потребан је клинички преглед оболеле особе. У случају да постоји синдром гениталних улцерација инспекцијом спољашњих гениталија може да се направи разлика између гениталног улкуса који постоји код сифилиса и гениталних везикула којима се манифестује генитални херпес. Клинички преглед је нарочито значајан код девојака са синдромом вагинитиса-цервицитиса, када се постављањем спекулума у вагину ради инспекције вагине и грлића материце може утврдити локализација запаљенског процеса, а узимањем мањег броја лабораторијских тестова (анализом вагиналног секрета) може искључити трихомонијаза и генитална кандидијаза.

Табела 9. Најчешћи синдроми и врсте полно преносивих инфекција које их изазивају

Синдроми	Врсте ППИ
Гениталне улцерације	Сифилис, херпес
Уретритис	Гонореја, хламидијска инфекција
Вагинитис-цервицитис	Трихомонијаза, кандидијаза, Бактеријска вагиноза - гонореја, хламидијска инфекција
Бол у доњем трбуху	Гонореја, хламидијска инфекција, инфекција анаеробним микроорганизмима

Синдромски приступ лечењу се не односи само на дијагностику и лечење особа са симптомима ППИ, већ подразумева и њихово информисање, саветовање, промоцију кондома и идентификовање и лечење партнера инфицираних особа.

Табела 10. Препоруке за лечење одраслих особа с некомплицованим обликом полно-преносивих и других инфекција

Врста инфекције	Лек избора	Терапијски режим
Гонореја	цефтриаксон	250 мг и.м. у једној дози
	цефиксим	400 мг пер ос у једној дози
Хламидија	азитромицин	1 г пер ос у једној дози
	доксциклин (1)	100 мг пер ос два пута дневно 7 дана
Сифилис	бензатин пеницилин	2,4 мил. ИЈ и.м. у једној дози

	прокаин пеницилин	1,2 мил. ИЈ. и.м. дневно 10 дана
Трихомонијаза	метронидазол (2)	2 г пер ос у једној дози
	тинидазол у дози	2 г пер ос у једној дози
Кандидијаза	Вагинална примена	
	бутоконазол 2% крем	5 г биоадхезивни производ интравагинално једнократно
	клотримазол	1% крем 5 г интравагинално 7-14 дана 2% крем 5 г. интравагинално 3 дана
	миконазол	2% крем 5 г интравагинално 7 дана 200 мг вагиналне супозиторије 3 дана
	нистатин	100.000 и.ј. ваг. супозиторије 14 дана
	Орална примена	
	флуконазол	150 мг пер ос у једној дози
Бактеријска вагиноза	метронидазол	500 мг пер ос два пута дневно 7 дана

Извори: Center for Disease Control and Prevention. Sexually Transmitted Diseases Treatment Guidelines 2010. MMWR 2010;59 (No. 12) и World Health Organization. Guidelines for the management of sexually transmitted infections. Geneva: World Health Organization; 2003.

Синдром бола у доњем трбуху код женских особа

Појава болова у доњем трбуху код сексуално активних женских особа обично указује на развој запаљења унутрашњих полних органа. Према резултатима истраживања тај процес је најчешће последица инфекције с више узрочника, међу којима су често присутни

Neisseria gonorrhoeae, *Chlamydia trachomatis* и анаеробни микроорганизми. Лечење стога треба усмерити на ове инфекције.

Препоручена литература:

1. World Health Organization. Guidelines for the management of sexually transmitted infections. Geneva: World Health Organization; 2003.
2. Centers for Disease Control and Prevention. Sexually transmitted diseases treatment guidelines 2002. MMWR 2002; 51(No. RR-6).
3. Карадаглић Ђ, Крстић Љ. Болести које се преносе полним путем. У: Карадаглић Ђ, уредник. Дерматологија. Београд: Војноиздавачки завод, Версалпрес; 2000. п. 2065-129.
4. Седлеци Катарина. Полно преносиве инфекције. У: Банићевић М, Игњатовић М, Петровић О, уредници. Примарна здравствена заштита мајке и детета, Београд: УНИЦЕФ – Београдска канцеларија, Институт за здравствену заштиту мајке и детета Србије, Центар за континуирану медицинску едукацију Медицинског факултета у Београду, 2004: 217- 35.

СТАНДАРДИ ЗА РАД ЗДРАВСТВЕНЕ СЛУЖБЕ КОЈА ОБЕЗБЕЂУЈЕ ЗДРАВСТВЕНЕ УСЛУГЕ ЗА УНАПРЕЂЕЊЕ И ОЧУВАЊЕ РЕПРОДУКТИВНОГ ЗДРАВЉА МЛАДИХ

Законска основа заштите репродуктивног здравља младих

Активности на очувању и унапређењу општег и репродуктивног здравља младих заснивају се на следећим законским и подзаконским документима:

1. Закон о здравственој заштити, чланови 10, 11 и 13 - наглашавају значај друштвене бриге за здравље опште популације и бриге за репродуктивно здравље младих
2. Закон о здравственом осигурању, члан 35 – утврђује мере превенције и раног откривања болести које обухватају и мере превенције за очување и унапређење репродуктивног здравља
3. Правилник о ближим условима за обављање здравствене делатности у здравственим установама и другим облицима здравствене службе - утврђује стандарде у погледу кадра, обима рада, простора и опреме
4. Правилник о условима и начину унутрашње организације здравствених установа, члан 6 – утврђује начин организације саветовалишта за младе
5. Правилник о садржају и обиму права на здравствену заштиту из обавезног здравственог осигурања и о партиципацији, Члан 9 – утврђује садржај превентивних активности изабраног лекара и тима у саветовалишту за младе
6. Уредба о Националном програму здравствене заштите жена, деце и омладине ("Сл. гласнику РС", бр. 28 / 2009) – утврђује програмске активности у вези са здрављем младих
7. Правилник о показатељима квалитета здравствене заштите – индикатори за мерење обима превентивних прегледа
8. Закон о евиденцијама у области здравствене заштите.

Стандарди у погледу кадра

У досадашњим стандардима је дефинисано да се у седишту управног округа, односно у општини са најмање 7.000 деце школског узраста од 10 до 18 година може организовати саветовалиште за младе са следећим кадром: један доктор медицине специјалиста педијатрије, једна медицинска сестра/техничар са вишом стручном спремом, један психолог и један доктор медицине специјалиста гинекологије и акушерства са половином радног времена, а по потреби и доктор медицине друге специјалности и социјални радник са одговарајућим уделом радног времена.

Препоруке за унапређење стандарда:

- Повећати број педијатара и других стручних тимова за рад у превентивној здравственој заштити и то тако да се на 5.000 младих узраста од 10 до 18 година оснива саветовалиште за младе са стручним тимом у саставу: један доктор медицине специјалиста педијатрије, једна медицинска сестра/техничар са вишом стручном спремом, један психолог и један доктор медицине специјалиста гинекологије и акушерства са половином радног времена, а по потреби и доктор медицине друге специјалности и социјални радник са одговарајућим уделом радног времена; саветовалиште за младе, са стручним тимом истог састава, може се основати и у срединама са мањим бројем младих у узрасту од 10 до 18 година, уколико дом здравља располаже кадровским капацитетима.
- Обезбедити акредитоване програме едукације здравствених радника и сарадника који су опредељени за примарно-превентивни рад са младима; акредитовани програми едукације морају обухватити све садржаје који су релевантни за дијагностику, терапију, саветовање и групни здравствено-васпитни рад са младима у области заштите репродуктивног здравља.
- У редован програм активности саветовалишта за младе уврстити:
 - 1) план и програм здравствене едукације за стручњаке из *просветног* сектора (стручне сараднике - психологе, педагоге и друге, као и наставни кадар - професоре биологије, физичког васпитања и друге), за стручњаке из установа *социјалне заштите* (социјалне

раднике, психологе, педагоге) и за *вршњачке едукаторе* (млади из школа, канцеларија за младе, невладиних организација...);

2) план сарадње са овим посебно едукованим стручњацима и младима.

Стандарди у погледу простора и опреме

Објекат у коме је смештено саветовалиште треба да испуњава основне грађевинске услове и има све наменске и пратеће просторије неопходне за рад стручног тима и боравак пацијената (картотека, чекаоница, тоалети и сл).

За спровођење саветовалишног и другог превентивног рада у дому здравља обезбеђена је најмање једна ординација за сваки стручни тим (лекар, медицинска сестра, здравствени сарадник) и једна већа просторија за групни здравствено-васпитни рад која може имати и друге намене (састанци, трибине, и др.).

Саветовалиште за младе поседује намештај и одговарајућу опрему у ординацији и сали за групни рад.

Препоруке за унапређење стандарда:

- Просторије саветовалишта за младе треба да имају најмање две сталне просторије, тј. једну ординацију за прегледе и саветовање и једну већу просторију, која може имати и друге намене, за групни здравствено-васпитни рад и организационе састанке стручног тима саветовалишта и вршњачких едукатора.
- Уређење целокупног простора саветовалишта треба да буде прилагођено потребама младих који посећују саветовалиште и зато је важно да сами млади људи активно учествују у уређењу простора својим креативним идејама.
- На постојање и локацију саветовалишта за младе треба указати на улазу у дом здравља натписима и путоказима. Натписи и промотивни материјал (обавештења, плакати, брошуре, и сл) треба да буду привлачни младима и постављени на видним местима у служби за здравствену заштиту школске деце, служби за здравствену заштиту жена, служби опште медицине, као и на местима на којима се млади окупљају у локалној заједници - у основним и средњим школама, канцеларији за

младе, културним центрима и омиљеним састајалиштима младих (кафићи, тргови, паркови, места на којима се одржавају концерти...).

- Саветовалиште за младе треба да поседује или има на располагању уређаје који омогућавају одговарајућу едукацију, евиденцију и документацију, као што су компјутер, штампач, скенер, канцеларијски материјал, таблу са папирима, видео-бим, платно за пројектовање, и др.
- Да би се са младима остварио савремени начин комуникације, потребно је да дом здравља има вебсајт преко кога ће они моћи да закажу посету саветовалишту, добију потребне информације, као и одговоре на постављена питања. Сходно томе, неопходно је да дом здравља, односно саветовалиште за младе, имају одговарајуће инсталације за комуникацију путем интернета. Комуникација с младима може да се остварује и путем одговарајућих вебсајтова школа, канцеларије за младе или неких других организација које се на локалном нивоу баве младима.
- Потребно је да дом здравља располаже одговарајућим бројем информативних брошура, летака или књига о здрављу младих, које могу бити расположиве за младе у штампаном или електронском облику.

Стандарди обима и садржаја рада

Правилником о садржају и обиму права на здравствену заштиту из обавезног здравственог осигурања и о партиципацији за 2014. годину, у члану 9. осигураном лицу се, ради очувања и унапређења здравља, спречавања, сузбијања и раног откривања болести и других поремећаја здравља, обезбеђују следеће мере:

- 1) здравствено васпитање које се спроводи организовањем посебних предавања или давања савета од стране здравствених радника у вези са заштитом, очувањем и унапређењем здравља, стицањем знања и навика о здравом начину живота, откривању и сузбијању фактора ризика;
- 2) превентивни и остали прегледи деце до навршених 18 година живота, односно до краја прописаног средњошколског, односно високошколског образовања, а најкасније до навршених 26 година живота, жена у вези са трудноћом и одраслих особа у складу са

републичким програмом превенције и раног откривања болести од већег социјално-медицинског значаја, односно скрининг програма;

4) здравствено васпитање у вези са планирањем породице, превенцијом нежељене трудноће, контрацепцијом и хируршком стерилизацијом, тестирањем на трудноћу дијагностиком и лечењем сексуално преносивих болести и ХИВ инфекције;

Уредбом о Националном програму здравствене заштите жена, деце и омладине ("Сл. гласнику РС", бр. 28 / 2009) су у оквиру здравствене заштите адолесцената утврђени:

Општи циљ: Очување и унапређење здравља адолесцената узраста од 10 до навршених 18 година, односно до завршетка средњошколског образовања;

Специфични циљ 3: Заштита и унапређење репродуктивног здравља адолесцената. Овај специфични циљ може се остварити кроз следеће активности:

- 1) Едукација и мотивисање адолесцената за безбедно и одговорно сексуално понашање. Едукација обухвата: пружање информација, усвајање знања о анатомији и физиологији репродуктивних органа, партнерским односима, безбедним и ризичним сексуалним односима, доношењу одлука о сексуалном понашању, коришћењу заштите, непланираној трудноћи, контрацепцији и полно преносивем инфекцијама, укључујући и ХИВ/АИДС; стицање животних вештина за доношење одлука, преговарање о ступању у сексуалне односе и коришћењу заштите, одупирање притиску и сл.
- 2) Пружање савета о контрацепцији и евентуално обезбеђивање контрацептивног средства за све адолесценте. Обезбеђивање бесплатних и лако доступних кондома адолесцентима. Очекивани резултат је смањење инциденције адолесцентних трудноћа и снижавање инциденције полно преносивих инфекција укључујући и ХИВ инфекцију;
- 3) Едукација здравствених радника и здравствених сарадника за рад са адолесцентима у области репродуктивног здравља ради стицања знања и вештина за пружање здравствених услуга прилагођених потребама адолесцената. Очекивани резултат је повећана свест о значају коришћења превентивних програма и здравствених услуга,

повећано коришћење здравствених услуга, очување и унапређење репродуктивног здравља младих, рано откривање и лечење поремећаја здравља;

- 4) Обезбеђивање поверљивог раног откривања и лечења полно преносивих инфекција, укључујући и ДПТ на ХИВ/АИДС за адолесценте оба пола. Очекивани резултат је повећана учесталост тестирања на полно преносиве инфекције, рано откривање и правовремено лечење;
- 5) Добровољно поверљиво саветовање и тестирање трудница адолесцентног узраста и обезбеђивање адекватне терапије трудницама које су ХИВ позитивне према смерницама;
- 6) Антенатална и перинатална заштита трудница адолесцентног узраста обухвата: редовне контроле гинеколога, спречавање дефицита микронутријената, откривање и лечење инфекција у трудноћи, генетско саветовање, одређивање установе у којој ће се адолесценткиња породити, у складу са процењеним ризиком;
- 7) Саветовање, медицинска и психолошка подршка, пружање помоћи мајкама адолесценткињама и њиховим партнерима да наставе школовање ради редуковања медицинских и психосоцијалних проблема адолесценткиња трудница, породиља и њихових партнера;
- 8) Саветовање у вези са одлуком о прекиду или настављању трудноће, обезбеђивање прекида трудноће у здравственој установи уз најбезбедније процедуре, психолошку и социјалну подршку.

Са циљем усвајања здравих стилова живота адолесцената, у истом документу је наведено (специфични циљ 1, тачка 4): Примена саветовалишног рада са адолесцентима обавља се у свим домовима здравља, а не само у домовима здравља који обезбеђују здравствену заштиту у заједницама у којима има преко 7.000 адолесцената узраста од 10 до 18 година. У саветовалишту адолесцентима се пружају услуге везане за: раст, развој, исхрану, физичку активност, пушење, употребу алкохола и илегалних психоактивних супстанци, насиље, злостављање, хроничне болести; безбедност, безбедне сексуалне односе и контрацепцију. У саветовалишном раду се примењује групни здравствено-васпитни рад,

индивидуални саветодавни рад, подстиче се сарадња на промоцији здравља у заједници, према поменутом стручно-методолошком упутству.

Препоруке за унапређење стандарда:

- Сваки дом здравља, односно саветовалиште за младе треба да сачини програм заштите и унапређења општег и репродуктивног здравља младих у коме су јасно постављени општи и специфични циљеви, као и план акције којим би се прецизирали обим и садржај, као и активности и методи превентивног рада са младима. План акције ће дефинисати обавезе изабраних лекара, стручних тимова саветовалишта за младе и других сарадника на локалном нивоу.
- Створити предуслове да сви здравствени радници и сарадници који су чланови стручног тима саветовалишта за младе (педијатар, гинеколог, психолог и други здравствени радници и сарадници) могу да евидентирају све пружене здравствене услуге едуковања, саветовања, дијагностике и лечења. Превентивни рад у саветовалишту за младе не треба ограничавати на одређене кориснике здравствених услуга, односно стручни тим саветовалишта за младе има право да пружа услуге едуковања, саветовања, дијагностике и лечења у области заштите општег и репродуктивног здравља и младима који имају друге изабране лекаре.
- Омогућити евидентирање услуга едуковања и саветовања младих које се у дому здравља или саветовалишту за младе пружају путем телефона, интернета и путем социјалних електронских мрежа (facebook, twiter и др) које администрирају здравствени радници и сарадници, заједно са посебно обученим вршњачким едукаторима.
- Препоручљиво је повезивање дома здравља односно саветовалишта за младе са институцијама и организацијама које су у локалној заједници усмерене на младе (канцеларије за младе или невладине организације које спроводе активности за младе и у њиховом најбољем интересу).
- У оквиру промотивних активности у области заштите општег и репродуктивног здравља потребно је периодично организовати кампање на локалном, регионалном и

националном нивоу, уз обележавање одређених датума (дан здравља, дан младих, светски дан контрацепције, дан борбе против инфекције ХИВ-ом и др.).

- Да би превентивни рад с младима био ефикасан, у капитационој формули је неопходно да се за све чланове стручног тима саветовалишта за младе прецизно утврди удео превентивног рада у саветовалишту. Најмањи обим превентивног рада је 25% радног времена изабраног лекара, односно 85% радног времена члана стручног тима који је искључиво ангажован у саветовалишту за младе.

Стандарди показатеља квалитета рада саветовалишта за младе и превентивног рада са младима

У Правилнику о показатељима квалитета здравствене заштите, квалитет рада се процењује на основу квантитативних параметара, као што је проценат превентивних прегледа у укупном броју прегледа и посета код педијатра (представља количник укупног броја превентивних прегледа и укупног броја свих прегледа и посета код педијатра, помножен са 100).

У табелама у којима се приказује извештај о раду здравствених установа примарне здравствене заштите евидентира се број остварених превентивних активности по обиму, методу и садржају.

Препоруке за унапређење стандарда:

- Да би се остварили циљеви у вези са унапређењем здравља младих, неопходно је да превентивним активностима буде обухваћено најмање 60% популације младих у локалној заједници. Периодично треба спроводити евалуацију задовољства младих добијеним здравствено превентивним услугама.
- Здравствени радници и сарадници који пружају здравствене услуге младима треба према њима да се опходе с поштовањем уз уважавање њиховог права на приватност и поверљивост.
- Радно време саветовалишта за младе треба да буде усклађено са слободним временом младих, односно да их не омета значајно у школским и ваншколским активностима. У

том смислу, пожељно је да се рад у саветовалишту организује и нерадним данима у недељи.

- Млади треба у што краћем времену да добију потребну помоћ у саветовалишту, посебно када им је она неодложна (нпр. хитна контрацепција, хитна психолошка помоћ и др).
- Саветовалишта за младе треба да пружају што већи број здравствених услуга у области заштите општег и репродуктивног здравља младих, а за специфичне здравствене проблеме да имају дефинисан план упућивања младих у одређене здравствене установе које су такође прилагођене младима.
- Стручни тим саветовалишта за младе треба да се у раду придржава савремених клиничких смерница које су утемељене на доказима и доброј клиничкој пракси.

