

# SUPPORT DE CURS EDUCAȚIE PENTRU SĂNĂTATE

Proiect finanțat cu sprijinul financiar al Programului R010 - CORAI, program finanțat de Granturile SEE 2009-2014 și administrat de Fondul Român de Dezvoltare Socială. Pentru informații oficiale despre aceste granturi accesați [www.eegrants.org](http://www.eegrants.org) și [www.granturi-corai.ro](http://www.granturi-corai.ro)

S U P O R T  
P S I H O L O G I C

D E Z V O L T A R E  
P E R S O N A L Ă



SOS SATELE  
COPILOR  
ROMANIA



Federația  
Organizațiilor  
Neguvernamentale  
Pentru  
Copii

România



COpii și tineri în situații de risc  
Reducerea inegalităților  
Antidiscriminare  
Incluziune socială



FRDS





# CURS EDUCAȚIE PENTRU SĂNĂTATE

Februarie 2016

## CURS EDUCAȚIE PENTRU SĂNĂTATE

Cursul de educație pentru sănătate este un material realizat în cadrul proiectului “Un model de servicii integrate oferite tinerilor din mediul rural și din sistemul de protecția copilului”, implementat de Asociația SOS Satele Copiilor România în parteneriat cu Federația Organizațiilor Neguvernamentale pentru Copil în perioada 21 ianuarie 2015 - 31 octombrie 2016. Bugetul proiectului este în valoare totală de 1,859,160 lei din care 90% reprezintă finanțare nerambursabilă.

Acest proiect este finanțat cu sprijinul financiar al Programului RO10 - CORAI, program finanțat de Granturile SEE 2009 - 2014 și administrat de Fondul Român de Dezvoltare Socială.

Prin acest proiect se urmărește îmbunătățirea serviciilor oferite tinerilor din mediu rural și celor din sistemul de protecția copilului din județele Bacău, Sibiu și din regiunea București - Ilfov în vederea unei mai bune integrări socio-profesionale prin promovarea unui model de servicii integrate.

În mod specific, proiectul vizează îmbunătățirea abilităților de viață și a șanselor de integrare pe piața muncii pentru 225 tineri beneficiari ai proiectului în cele trei zone, creșterea capacității actorilor implicați în furnizarea de servicii tinerilor de la nivel local și județean, precum și crearea unor rețele locale și județene care să răspundă mai bine nevoilor tinerilor din categoriile defavorizate prin utilizarea unor metodologii destinate profesioniștilor din domeniu.

Mai multe informații despre proiect pot fi găsite accesând site-urile [www.sos-satelecopiilor.ro](http://www.sos-satelecopiilor.ro) și [www.fonpc.ro](http://www.fonpc.ro)



## 1. IGIENA PERSONALĂ

### 1.1. Igiena personală

### 1.2. Modalități de prevenire a cancerului (cancerul de sân, de col uterin, de piele, pulmonar, bucal, leucemia)

### 1.1. IGIENA PERSONALĂ

Igiena este o modalitate simplă și eficientă de a rămâne sănătoși și de a fi o prezență plăcută pentru cei din jurul nostru. Igiena personală înseamnă un set de reguli simple și ușor de respectat.

#### Care sunt regulile igienico - sanitare pe care trebuie să le respectăm?

Fiecare trebuie să aibă propriile obiecte de îngrijire personală. Este foarte important ca nici unul dintre aceste obiecte să nu fie împrumutat unei alte persoane, chiar dacă persoana este o rudă sau un prieten apropiat. Aceste obiecte (de exemplu, lenjerie intimă) pot transmite diferiți viruși, microbi, paraziți.

Fiecare membru al familiei trebuie să aibă propria lui: periuță de dinți, pieptene, lenjerie intimă: șosete, ciorapi, chiloți, batistă, unghieră sau forfecuță pentru manichiură, aparat de ras.

În fiecare casă trebuie să existe o serie de materiale igienico - sanitare, fără de care păstrarea unei igiene corespunzătoare este practic imposibilă: săpunul, șamponul, pasta de dinți, hârtia igienică, prosoapele, vată, spiritul, detergentul pentru rufe, detergentul de vase, dezinfectanți pentru casă și rufe: cloramină, clor, hipoclorit, pansamente sterile, plasturii cu rivanol, mănușile de unică folosință, apă oxigenată (pentru stoparea sangerărilor), dezinfectanți pentru toaletă.



#### Igiena zilnică nu trebuie neglijată:

- ✓ spălarea cu apă și săpun: scade pericolul apariției bolilor de piele. Elimină transpirația și mirosurile neplăcute;
- ✓ spălarea mâinilor înainte de fiecare masă este obligatorie. De asemenea, este obligatorie spălarea mâinilor înainte și după folosirea toaletei;
- ✓ spălarea dinților după fiecare masă. Nu trebuie uitat periajul dinților înaintea micului dejun;
- ✓ spălarea părului este obligatorie cel puțin o dată pe săptămână;
- ✓ lenjerie intimă trebuie schimbată zilnic;
- ✓ părul trebuie pieptănat în fiecare dimineață;
- ✓ tampoanele igienice trebuie schimbate la câteva ore și aruncate după folosire, la gunoi și nu în vasul WC.

## 1.2. Modalități de prevenire a cancerului (cancerul de sân, de col uterin, de piele, pulmonar, bucal, leucemia)

Dintre toate maladiile cunoscute în prezent, cancerul este cel care îi înspăimântă cel mai mult pe oameni. Însă, în multe cazuri, diagnosticarea timpurie și tratamentele din ce în ce mai eficiente pot duce la vindecarea completă.

Cancerul este rezultatul multiplicării dezordonate și dezorganizate a celulelor. Formațiunea care ia naștere în urma diviziunii repetate a celulelor anormale poartă numele de tumoră. Nu toate tumorile sunt cancere. Există 2 tipuri de tumori:

- **tumori benigne** – nu produc metastaze și nici nu infiltrază țesutul înconjurător
- **tumori maligne** – tumorile canceroase care produc infiltrație și metastaze

O treime dintre cazurile de cancer pot fi evitate prin eliminarea unor factori de risc: țigara, alcool, sedentarism, alimentație nesănătoasă etc.

Institutul Național al Cancerului (INC) din Franța estimează că aproximativ o treime dintre cancere ar putea fi evitate, dacă s-ar pune accentul pe prevenție.

Cum? Prin eliminarea a 10 factori de risc cunoscuți, evitabili.

**1. Tabagism.** Este principalul factor de risc evitabil. Riscul este stabilit pentru fumătorii activi, dar mai ales pentru cei pasivi. Țigara este responsabilă de 90% dintre cancerurile pulmonare, a peste 50% dintre cancerurile cavității bucale, laringelui, faringelui, esofagului. De asemenea, sporește riscurile de cancer ale vezicii, pancreasului, rinichiului, colului uterin, stomacului, ovarelor, sânelui. Fumul de țigară conține aproximativ 4.800 de compuși chimici, dintre care 60 sunt cancerigeni (benzen, arsenic, crom, gudron etc.)

**2. Exces de alcool.** Consumul exagerat de alcool contribuie la apariția cancerelor cavității bucale, laringelui, faringelui, esofagului, ficatului, colonului, rectului și mamar. S-a dovedit că riscul de cancer crește odată cu creșterea dozei de alcool. Evident, la fel de importante sunt cantitatea, dar și calitatea alcoolului băut.

**3. Alimentație dezechilibrată.** Respectând principiile alimentației echilibrate nutritiv, suntem protejați de obezitate, boală care este implicată în apariția multor forme de cancer: mamar, mai ales în cazul femeilor la menopauză, al pancreasului, rinichiului, colonului, rectului, esofagului și ficatului. Dar trebuie să profităm de alimentele care previn cancerul: legumele, fructele, peștele etc.

De asemenea, este important modul de preparare a alimentelor, indicat fiind prin fierbere și coacere.

**4. Sedentarism.** Combaterea sedentarismului prin efectuarea de exerciții fizice sau mers pe jos în ritm alert cel puțin o jumătate de oră zilnic are un rol preventiv și sporește calitatea vieții. În plus, chiar în cazul bolnavilor de cancer, un regim de viață care pune accentul pe exerciții zilnice diminuează riscul de recidive.

**5. Expunere la radiații UV.** Prin reducerea expunerii la UV putem să ne protejăm de cancerul pielii. Se știe că, în ultimii 30 de ani, a crescut foarte mult numărul pacienților cu melanom, formă de cancer direct influențată de expunerea excesivă la razele ultraviolete (UV).

**6. Factori de mediu:** poluarea, radioactivitatea.... Institutul de Supraveghere Sanitară din Franța estimează că între 5% și 10% dintre cancerul diagnosticate sunt legate direct de factorii de mediu: gaz radioactiv, particule fine din aer, bisfenolul A, pesticide, unde electromagnetice etc.

**7. Infecții.** Unele virusuri și bacterii pot fi implicate în apariția unor cancer. Potrivit Centrului Internațional de Cercetarea Cancerului, aproape 7% dintre cancerul diagnosticate în țările dezvoltate ar fi de origine infecțioasă.

Iată câteva exemple: virusul hepatitei B (cancerul ficatului); papilomavirusuri (cancerul de col uterin, anus, penis sau a unor forme de cancer oral); virusul Epstein-Barr (limfoame și cancer ORL); HIV (cancerul de col uterin, plămân, ficat etc.); *Helicobacter pylori* (80% dintre cancerul stomacului).

**8. Substanțe chimice la locul de muncă.** Periculos este că multe dintre cancerul depistate după vârsta de 40 de ani sunt o consecință a expunerii prelungite la factorii chimici la locul de muncă. Este vorba de persoane între 20 și 40 de ani care nu dau importanță faptului că multe elemente chimice se acumulează în organism și sunt la originea multor forme severe de cancer.

**9. Factori genetici.** În aproape un caz de cancer din patru responsabilă este moștenirea genetică. Riscul ereditar este mai ridicat în cazul unor forme de cancer al sânului și colorectal. Diferite mutații genetice au fost identificate: de exemplu BRCA 1 și 2 în cazul cancerului mamar.

**Atenție!** Nu trebuie să intrăm în panică dacă istoricul familiei ne conduce la concluzia unor cancer ereditare. Deoarece nu este obligatoriu să fim purtători ai mutațiilor genetice și chiar dacă acestea sunt descoperite nu înseamnă că prezentăm un risc absolut de cancer.

**10. Controale medicale periodice.** Cea mai bună metodă de prevenție a acestei boli este prezentarea periodică la controlul medical. În felul acesta sunt posibile detectarea factorilor de risc necunoscuți și adoptarea soluțiilor optime pentru eliminarea unor factor cunoscuți. Aceste controale sunt recomandate la orice vârstă, dar mai ales după vârsta de 50 de ani.

## 2. ACTIVITATE ȘI ODIHNĂ

- 2.1. Curba fiziologică a capacității de muncă intelectuală
- 2.2. Importanța alternării activității intelectuale cu cea fizică și cu odihna
- 2.3. Oboseala școlară: cauze, consecințe, modalități de evitare / diminuare

### 2.1. Curba fiziologică a capacității de muncă intelectuală

În general, se pornește de la un nivel mai scăzut la începutul activității (orare, zilnice, săptămânale, semestriale și anuale) se ajunge la un maxim la jumătatea perioadei de activitate, pentru ca, la sfârșitul acesteia, puterea de concentrare a atenției, deci și a capacității de efort intelectual, să scadă la o valoare mai coborâtă chiar decât la începutul activității.

Comparând nivelul maxim al curbei fiziologice a capacității de muncă intelectuală este de remarcat că dimineața el este superior celui înregistrat după amiază, după cum și partea scăzută a curbei este evident mai coborâtă seara decât la prânz.

În perioada care urmează imediat după servirea mesei de prânz, migrarea sângelui din creier și din mușchi către organele abdominale pentru a favoriza digestia alimentelor ingerate accentuează și mai mult scăderea capacității de muncă intelectuală mergând uneori până la senzația de somnolență, determinate de un anumit grad de anemie a creierului. În plus, și capacitatea de efort fizic are de suferit, deoarece sângele deplasat în organele digestive nu poate fi utilizat de mușchi în caz că trebuie să se execute un efort fizic.

Rezultă că, în special, între orele 13,00 - 15,00 capacitatea de efort intelectual și fizic este mai redusă. În privința curbelor săptămânale, semestriale și anuale ale capacității intelectuale se păstrează aceeași regulă: curbă pornește de la un nivel mai scăzut luna, crește treptat până miercuri joi, pentru ca vineri să atingă o valoare chiar mai scăzută decât luna.

### 2.2. Importanța alternării activității intelectuale cu cea fizică și cu odihna

Activitatea intelectuală și fizică este mare consumatoare de energie și producătoare de reziduri și pe măsură ce nivelul de energie scade, iar reziduurile se acumulează, apare o oboseală din ce în ce mai accentuată și dorința și necesitatea de odihnă.

O diferență importantă între activitățile fizice și intelectuale este aceea că activitatea fizică, odată încetată, duce la o relaxare a musculaturii, în timp ce încetarea unei activități intelectuale prelungite și susținute duce la creșterea tensiunii musculare.

Trăim într-o societate din ce în ce mai sedentară (studiile recente de specialitate arătând o creștere alarmantă a numărului de copii obezi) în care dezechilibrul între activitatea fizică și cea intelectuală este din ce în ce mai accentuat, în care se resimte din ce în ce mai acut nevoia de exerciții fizice, necesare unei relaxări autentice și contracarării oboselii.



autentice și contracarării oboselei. Exercițiile fizice antrenează atât corpul, cât și mintea. Sunt antrenate mușchii și încheieturile, mărindu-se astfel mobilitatea organismului.

Orice tip de mișcare este foarte benefic, de la simplul mers pe jos până la exerciții fizice complexe, efectuate cu sau fără aparate speciale, jocuri și întreceri desfășurate în săli de sport și în aer liber sau în apă.

Gimnastica de dimineață întreține sănătatea și frumusețea corpului. Sportul îl ajută pe fiecare copil să-și întărească organismul, devenind mai rezistent la boli, îi conferă poftă de viață și-l face mai încrezător în forțele sale. Prin sport se dezvoltă voința, se creează bună dispoziție, se relaxează sistemul nervos, eliminându-se stresul.

Activitatea intelectuală, rațional organizată, reprezintă un mijloc de promovare a sănătății mintale a individului. Capacitatea de muncă intelectuală este mai mare în timpul zilei decât noaptea.

De asemenea și în timpul zilei ea este diferită: între orele 7 și 9 dimineața capacitatea este mai redusă, între 9 și 12 se înregistrează cea mai mare putere de muncă din tot parcursul zilei, scade din nou între 13 și 15, urmând să crească între 16 și 18, iar după 20 capacitatea fizică și intelectuală scade semnificativ.

Foarte importante în vederea refacerii organismului sunt momentele de odihnă și somn.

Odihnă și somnul depind în mare măsură de abilitatea noastră de a ne relaxa – dacă o persoană tensionată nu ajunge să se relaxeze nu o să beneficieze de odihna necesară refacerii energiei și îndepărtării reziduurilor.

Atunci când organismul ajunge să consume din rezervele energetice strategice ale organismului putem vorbi despre apariția unei oboseli cronice.

### **2.3. Oboseala școlară: cauze, consecințe, modalități de evitare / diminuare**

Oboseala este un fenomen general de apărare care se întâlnește la toate ființele vii și în toate țesuturile acestora; ea e caracterizată prin scăderea sau pierderea excitabilității țesutului sau organului în care se face simțită.

Oboseala se întovărășește adesea de instabilitate, depresie, frică, lipsa de inițiativă, neliniște sau apatie. În oboseala mai intensă apar modificări substanțiale ale poftei de mâncare, cefalee, palpitații, dureri abdominale, paloare, dureri musculare.

Factorii și cauzele generatoare de suprasolicitare și în consecință de oboseală pot fi structurați în funcție de următoarele instanțe: elevul însuși, cadrele didactice, cadrul organizatoric și administrativ al școlii, mediul socio - familial al elevului.

### 3. SĂNĂTATEA MEDIULUI

- 3.1. Genofondul – importanța conservării resurselor naturale și a diversității speciilor
- 3.2. România și standardele europene de calitate a mediului
- 3.3. Structuri guvernamentale și neguvernamentale implicate în protejarea mediului

#### 3.1. Genofondul – importanța conservării resurselor naturale și a diversității speciilor



Genofondul reprezintă rezervorul genetic al unei populații.

Biodiversitatea umană reprezintă totalitatea genelor și genofondurilor diverselor rase și popoare, care formează un ansamblu al tuturor civilizațiilor, culturilor, trăsăturilor fizice specifice oamenilor de pe glob.

Mediul înconjurător este constituit din totalitatea factorilor biotici (relațiile care se stabilesc în cadrul populației sau între specii diferite) și abiotici (factorii geografici – poziția geografică exprimată prin latitudine, longitudine, altitudine, expoziție; factorii fizici – lumina, temperatura, umiditatea; factorii chimici – substanțele chimice din aer, apă, sol).

Starea mediului înconjurător este pe an ce trece tot mai îngrijorătoare: spațiile împădurite se reduc, deșertul se extinde, solurile agricole se degradează, stratul de ozon este mai subțire, numeroase specii de plante și animale au dispărut, efectul de seră se accentuează. În general se poate afirma că țările cele mai dezvoltate produc cele mai mari cantități de deșeuri și poluanți, consumă cantități mari de energie și resurse naturale. Impactul pe care aceste țări îl au cu mediul natural este puternic distructiv. Se remarcă astfel existența unei proporționalități inverse între nivelul de industrializare și starea mediului înconjurător.

Întreaga lume este în interrelație – fiecare acțiune va produce o reacție care în complexul sistemelor vii este de multe ori imprevizibilă.

Atunci când resursele naturale sunt epuizate pe scară largă și mediul ambiant este poluat datorită activității umane, nu numai mediul este acela care are de suferit.

Sănătatea oamenilor este de asemenea afectată: starea de sănătate nu poate fi menținută respirând aer poluat, consumând alimente și apă contaminate cu pesticide și alte substanțe toxice.

De regulă, ceea ce este bun pentru natură, pentru mediul ambiant, este sănătos și pentru viețuitoare.

Plecând de la importanța protejării și conservării mediului, oamenii de știință au elaborat o serie de legi ecologice:

- legea “toate sunt legate de toate” – în natură, sistemele biologice nu sunt izolate, ci integrate în mediu;
- legea “totul trebuie să ducă undeva” – din punct de vedere ecologic, în natură, nimic nu e de prisos; nu există deșeuri, ci ele folosesc altor organisme;
- legea “natura se pricepe cel mai bine” – orice intervenție majoră a omului în ecosisteme este nocivă;
- legea “nimic nu se poate obține pe degeaba” – exploatarea ecosferei duce la dezorganizarea sistemului fără restituirea componentelor extrase pentru că totul este închegat;
- legea “interacțiunii om – ecosferă” – orice modificare serioasă în ecosferă are consecințe asupra vieții sociale;
- Fiecare om trebuie să realizeze și să accepte să-și asume responsabilitatea privind impactul pe care viața lui o are asupra vieții planetei.

### **3.2. România și standardele europene de calitate a mediului**

Anul 1992 marchează implementarea Strategiei Naționale de Protecție a Mediului, reactualizată apoi în 1996 și în 2002. Strategia cuprinde două părți și prezintă resursele naturale, elemente privind starea economică, calitatea factorilor de mediu, principii de protecție a mediului, priorități și obiective (pe termen scurt până în 2005, pe termen mediu până în anul 2010 și pe termen lung până în 2013).

În anul 1995 în România este adoptată Legea protecției mediului nr. 137 din 12/29/1995. Articolul 3 din Legea Mediului stabilește principiile de bază ale dezvoltării durabile: principiul precauției în luarea deciziei, principiul prevenirii riscurilor de mediu și a producerii daunelor, crearea unui cadru de participare a organizațiilor neguvernamentale și a populației la elaborarea și aplicarea deciziilor sau aspectelor legate de dezvoltarea colaborării internaționale pentru asigurarea calității mediului.

Strategia Națională de Gestionare a Deșeurilor, adoptată în 2002 ca urmare a transunerii legislației europene – Directiva Cadru privind Deșeurile nr. 75/442/EEC în România prin Ordonanța de Urgență 78/2000 privind regimul deșeurilor aprobată prin Legea 426/2001, modificată și completată de Ordonanța de Urgență 61/2006 aprobată prin Legea 27/2007 și Hotărârea de Guvern 856/2002 privind evidența gestiunii deșeurilor și aprobarea listei cuprinzând deșeurile.

Strategia este elaborată pentru perioada 2003 - 2013, se aprobă prin Hotărâre de Guvern și se revizuieste periodic.

Principiile enunțate sunt: principiul protecției resurselor primare, principiul măsurilor preliminare, principiul prevenirii, principiul poluatorul plătește, principiul substituției, principiul proximității, principiul subsidiarității și principiul integrării, iar obiectivul general al Strategiei îl reprezintă dezvoltarea unui sistem integrat de gestionare a deșeurilor eficient din punct de vedere economic și al mediului. De asemenea, deșeurile sunt clasificate formal în deșeuri municipale și asimilabile (generate din gospodării, instituții, unități comerciale și prestatoare de servicii, deșeuri stradale colectate din spații publice, străzi, parcuri, spații verzi, deșeuri din construcții și demolări, nămoluri de la epurarea apelor uzate orășenești); deșeuri de producție (generate din activitățile industriale) și deșeuri generate din activități medicale (generate în spitale, policlinici, cabinete medicale).

Pe baza Strategiei Naționale de Gestionare a Deșeurilor a fost creat Planul Național de Gestionare a Deșeurilor, ce cuprinde acțiunile întreprinse pentru îndeplinirea obiectivelor Strategiei, modul de desfășurare, termene și responsabilități. De asemenea, există planuri de gestionare a deșeurilor la nivel regional și județean, elaborate de Agențiile Regionale și Locale pentru Protecția Mediului, ce se revizuiesc o dată la cinci ani, iar scopul lor este crearea cadrului necesar îndeplinirii obiectivelor de gestionare a deșeurilor. România ratifică prin Legea 3 din 2001 Protocolul de la Kyoto la Convenția - cadru a Națiunilor Unite asupra schimbărilor climatice, adoptat la 11 decembrie 1997.

Strategia Națională privind Schimbările Climatice (SNSC), aprobată prin Hotărârea de Guvern 645 din 7 iulie 2005, are drept obiectiv general asigurarea îndeplinirii angajamentelor și obligațiilor asumate de România la nivel internațional și, de asemenea, elaborarea și implementarea obiectivelor cu privire la adaptarea la impactul schimbărilor climatice, reducerea emisiilor de gaze cu efect de seră de către economia românească și utilizarea mecanismelor prevăzute în protocolul de la Kyoto.

România, ratifică prin Legea 24 din 6 mai 1994 Convenția Cadru a Națiunilor Unite asupra schimbărilor climatice, semnată la Rio de Janeiro la 5 iunie 1992. Obiectivul Convenției este de a stabiliza concentrațiile de gaze cu efect de seră la un nivel care să împiedice perturbarea periculoasă a sistemului climatic.

Planul Național de Acțiune privind Schimbările Climatice (PNASC), aprobat prin Hotărârea de Guvern nr. 1877 din 22 decembrie 2005, cuprinde măsurile concrete pentru implementarea Strategiei Naționale privind Schimbările Climatice. Aceste două documente au fost elaborate pentru perioada 2005 - 2007.

Rețeaua Natura 2000 reprezintă o rețea de arii naturale protejate la nivel european, ce beneficiază de măsuri și planuri de gestiune care permit menținerea lor pe termen lung. Această a apărut la inițiativ Uniunii Europene în 1992 și are la bază două directive: Directiva Habitatare 92/43/CEE și Directiva Păsări 79/409/CEE.

România a transpus aceste directive prin Ordonanța de Urgență nr. 57 din 20 iunie 2007 privind regimul ariilor naturale protejate, conservarea habitatelor naturale, a florei și faunei sălbatice prin care garantează în art. 1 conservarea și utilizarea durabilă a patrimoniului natural.

Ariile protejate sunt de două feluri: Ariile Speciale de Conservare și Ariile de Protecție Specială Avifaunistică.

România are un număr de 273 Arii Speciale de Conservare și 108 Arii de Protecție Specială Avifaunistică desemnate, acestea reprezentând 17.84% din teritoriul țării. De asemenea, România deține 5 din cele 9 regiuni biogeografice: alpină, continentală, panonică, stepică și pontică.

În anul 2008 România a adoptat Strategia Națională pentru Dezvoltare Durabilă în scopul alinierii țării noastre la nouă filosofie de dezvoltare durabilă a Uniunii Europene.

Strategia Națională a stabilit obiective strategice pe termen scurt, mediu și lung:

- Orizont 2013: Încorporarea organică a principiilor și practicilor dezvoltării durabile în ansamblul programelor și politicilor publice ale României ca stat membru al UE.
- Orizont 2020: Atingerea nivelului mediu actual al țărilor Uniunii Europene la principalii indicatori ai dezvoltării durabile.
- Orizont 2030: Apropierea semnificativă a României de nivelul mediu din acel an al țărilor membre ale UE din punctul de vedere al indicatorilor dezvoltării durabile.

### **3.3. Structuri guvernamentale și neguvernamentale implicate în protejarea mediului**

Principalii actori instituționali ai politicii de mediu din România sunt: Ministerul Mediului și Pădurilor, Ministerul Afacerilor Europene, Parlamentul României, Ministerul Agriculturii și Dezvoltării Rurale și Ministerul Sănătății.

Ministerul Mediului și Pădurilor este instituția de specialitate ce vizează gestionarea problemelor de mediu. Acest organ de specialitate intră în subordinea Guvernului României și este responsabil de realizarea politicilor specifice în domeniul protecției mediului și a pădurilor. Acesta este responsabil pentru inițierea strategiilor naționale de mediu și crearea cadrului de implementare a acestora, fiind constituit din mai multe direcții care vizează managementul apelor, controlul poluării biodiversitatea, gestionarea deșeurilor, pădurile și dezvoltarea forestieră etc.

Totodată, în subordinea Guvernului intră și Administrația Rezervației Biosferei Deltei Dunării 76. Ministerul Afacerilor Europene și Parlamentul României sunt de asemenea două instituții guvernamentale și legislative ce coordonează, elaborează, corectează deciziile privind dezvoltarea și implementarea politicilor autohtone în concordantă cu cele europene. O altă instituție importantă este Ministerul Agriculturii și Dezvoltării Rurale, care în colaborare cu Ministerul Mediului și Pădurilor, supraveghează buna desfășurare a programelor de mediu privind aplicarea îngrășămintelor și a pesticidelor, dar și protecția pădurilor.

Garda Națională de Mediu își exercită autoritatea în domeniul protecției mediului și are ca principale atribuții controlul activităților cu impact asupra mediului, aplicarea sancțiunilor contravenționale, verificarea sesizărilor cu privire la încălcarea

Dincolo de instituțiile la nivel național există și o serie de autorități locale implicate în protecția mediului. Un astfel de exemplu este dat de primării, care sunt direct responsabile pentru amenajarea, gestionarea, protejarea spațiilor verzi.

La nivel național trebuie să menționăm și alte organizații precum cele non-guvernamentale și fundațiile pentru protecția mediului care au o contribuție importantă în implementarea politicii de mediu naționale, precum și stabilirea unui dialog clar al societății civile cu autoritățile guvernamentale, punând accentul pe probleme specifice, punctuale, acolo unde autoritățile locale au omis includerea acestora în agendă.

Acestea au un rol important și în dezvoltarea și implementarea politicii de mediu naționale. Coroborând toate aceste aspecte, trebuie să subliniem faptul că aranjamentul instituțional românesc în ceea ce privește protecția mediului a suferit numeroase modificări și transferuri de noi competențe în ultimii ani, însă ceea ce este important de remarcat este faptul că gradul de implicare și conștientizare a necesității unui control și a protecției mediului în România din partea instituțiilor competente a crescut considerabil.



## 4. SĂNĂTATEA MINTALĂ

- 4.1. Dificultăți de adaptare la societatea modernă
- 4.2. Vulnerabilitatea
- 4.3. Comportamente adictive (jocul patologic, sporturi extreme)
- 4.4. Negocierea și rezolvarea conflictelor și a situațiilor de criză
- 4.5. Sănătatea mintală - garanția democrației (combaterea stigmatizării și creșterea toleranței față de persoanele cu probleme de sănătate mintală)
- 4.6. deprinderi de viață independentă. Rezolvarea de probleme.

### 4.1. Dificultăți de adaptare la societatea modernă

Sănătatea mintală este ceea ce gândim, simțim, modul cum acționăm și cum facem față încercărilor vieții. Sănătatea mintală include modul cum facem față stresului, cum ne relaționăm cu ceilalți și cum luăm deciziile.

Sănătatea mintală a unei persoane poate trece prin toate fazele.

Mulți oameni pot avea problem de sănătate mintală într-un anumit moment al vieții.

Orice tulburare a stării de echilibru psihic duce la dezadaptarea persoanei urmată de dezorganizarea comportamentului acesteia. Două elemente tulbură echilibrul psihic și implicit starea de sănătate mintală: frustrarea și conflictul.

Raporturile persoanei cu ceilalți sau cu lumea sunt esențiale, iar de natură și de modalitatea lor de realizare depind într-o măsură considerabilă echilibrul sufletesc intern al individului, precum și acordul extern al acestuia cu lumea.

În ambele situații vorbim de adaptare.

Viața noastră reprezintă o serie de adaptări începând de la grădiniță trebuie sau vrem să ne încadrăm în anumite grupuri.

Colectivul de la școală sau de la locul de muncă este impus, restul, adică grupul de prieteni, diferitele cercuri, asociațiile, partidele de joc sunt alese. Încadrarea întotdeauna reprezintă un fel de adaptare: ne limităm pe noi înșine, nevoile noastre, deoarece aparținem unui grup dat sau în mod voit dorim să aparținem acestuia.

Cei care acceptă normele diferitor grupuri, vor fi acceptați de acestea, fiind considerați "normali" din punctul lor de vedere.

Problemele încep dacă cineva nu poate sau nu vrea să se adapteze la cerințe. Tulburările de adaptare se manifestă deja de la o vârstă foarte fragedă: copilul extrem de răsfățat sau neglijat se adaptează cu greu cerințelor de la grădiniță sau creșă. Normele de acasă adesea se dovedesc preponderente: copiii veniți dintr-un mediu sărac se adaptează tot mai greu, la pubertate fiind aproape marginalizați.

Tulburările de adaptare la vârstă înaintată: cu cât mai în vârstă este persoana, cu atât mai greu se adaptează. Persoanele cu vârsta cuprinsă între 45 - 65 ani suferă și din cauza procesului de îmbătrânire.

### **Adaptarea la mediu este influențată de mai mulți factori:**

- **viața anterioară:** ceea ce au realizat, succesele sau eșecurile, mulțumirea față de situația actuală, mânia despre viitor
- **starea fizică:** eventualele boli pot fi solicitante, așa cum este și scăderea randamentului într-o societate orientată spre rezultate și succes
- **factorii sociali:** existența unei baze materiale corespunzătoare, cum se acceptă plecarea, sau îndepărtarea copiilor, ieșirea la pensie

### **Adaptarea în viața privată:**

Și în relațiile de cuplu trebuie să ne adaptăm la fel ca în cadrul grupurilor mari. Acest lucru nu este ușor, deoarece conviețuirea este mult mai strânsă decât în cadrul altor grupuri, trebuie sincronizate obiceiurile intime, ca de exemplu obiceiurile de somn, igiena, s.a. În relațiile de cuplu ar putea fi evitate numeroase conflicte dacă partenerii ar fi mult mai atenți unul cu altul, mult mai flexibili. Tulburările de adaptare pot provoca și simptome psihosomatice.

### **Factorii care influențează adaptarea la viața modernă:**

- ✓ modul de gândire
- ✓ încrederea de sine
- ✓ caracterul puternic și personalitatea construită pe baze solide
- ✓ ipostazele în care te pui și te vezi
- ✓ tehnologia
- ✓ obiceiuri și vicii

## 4.2. Vulnerabilitatea

Fiecare dintre noi simte săptămânal trăiri precum tensiune, stres, insecuritate, îngrijorare, tristețe, teamă, instabilitate, furie și multe emoții care sunt identificate de foarte multe ori ca vulnerabilitate.

Cuvântul vulnerabilitate înseamnă conform unei definiții simple din dicționar, ceva ce poate fi rănit ușor, atacat cu ușurință, o parte a noastră care este defectuoasă sau deficitară. Foarte des ne spunem sau auzim afirmații de genul: "Nu trebuie să fii slab, fii curajos".

Rădăcina cuvântului curaj provine din latinescul cor, care înseamnă inimă.

La origini, cuvântul curaj avea așadar o altă înțelegere decât cea actuală.

A fi curajos însemna a spune deschis ce ai pe inimă, a te deschide în fața celui alt, cu toate calitățile, dar și defectele sau deficiențele tale.

De-a lungul timpului definiția cuvântului curaj s-a modificat, astăzi fiind aproape similară cu ceea ce înțelegem prin eroic.

A fi curajos nu înseamnă a-ți nega sau suprima vulnerabilitatea, ci a-ți asuma propria vulnerabilitate.

Vulnerabilitatea este instrumentul de măsură al curajului.

Să afirmi "Sunt vulnerabil" înseamnă să ai curaj. Să îți asumi oscilațiile emoționale, furia pe care o simți uneori, tristețea sau gândurile negre, frica pe care o simți în viață, îngrijorările cotidiene, înseamnă să fii un om curajos.

## 4.3. Comportamente adictive

Comportamentul adicțional se caracterizează prin tendința de a ieși din realitate prin intermediul stării psihice. Pentru realizarea acestui scop omul își „formează” păreri personale, care pot deveni deprinderi, stereotipuri. Abaterea îi este necesară omului, însă în cazul adicțiilor ea devine un stil de viață și omul cade în capcană. Problema adicțiilor începe atunci când tendința de a evada din realitate începe să domine în conștiința omului, devine o idee principală, îl duce la o rupere de realitate.

### Clasificarea adicțiilor:

- Adicțiile chimice (farmaceutice) sunt legate de folosirea mai multor substanțe cu scopul schimbării stării psihice: alcool, droguri, tutun, preparate somnifere și sedative.
- Adicțiile non - chimice includ jocurile computerizate și de noroc (gambling), dependențe emoționale (adicții sexuale și de dragoste), dependența de muncă, adicția de cheltuire a banilor, adicția relațiilor și multe altele.

Veriga de trecere dintre adicțiile chimice și cele non - chimice - supra - alimentația sau suportarea foamei (bulimia și anorexie nervoasă).



## Drogurile

Termenul drog are mai multe accepțiuni. În sens larg desemnează orice substanță (naturală sau artificială) care prin natura sa chimică determină alterarea funcționării unui organ. În sens restrâns se referă substanțe care provoacă toleranță și dependentă. În limbaj uzual, acest termen se referă la substanțe psihoactive, mai ales cele ilegale.

Cu alte cuvinte, drogul este o substanță solidă, lichidă sau gazoasă, a cărei folosință se transformă în obicei și care afectează direct creierul și sistemul nervos, schimbă sentimentele, dispoziția și gândirea, percepția și/sau starea de conștiință, modificând imaginea asupra realității înconjurătoare.

### Cele mai cunoscute droguri:

- **cofeina** (din cafea, ceai, și alte surse de plante) – legală în toate părțile lumii, dar care nu este consumată de către membrii unor religii
- **canabis** (cunoscut și sub numele de marijuana, conține canabinoizi, tetrahidrocanabinol "THC") - ilegal în cele mai multe părți ale lumii și consumat de către membrii unor religii
- **etanol** (denumit în mod obișnuit (etil) alcool, produs prin fermentare de drojdie în băuturi alcoolice, cum ar fi vinul și berea) - legal dar reglementat în cele mai multe părți ale lumii, și ilegal în multe țări musulmane, cum ar fi Libia, Sudan și Arabia Saudită, care nu este consumat de către membrii unor religii
- **tutun** (conține peste 4700 de chimicale printre care alcaloizi și nicotină) - legal, dar reglementat în cele mai multe părți ale lumii și care nu este consumat de către membrii unor religii
- **opiacee și opioide** – legale în general numai prin prescripție medicală, pentru alinarea durerii; aceste droguri includ hidrocodonă, oxycodonă, morfină și altele; anumite opiacee sunt ilegale în unele țări, dar folosite în scopuri medicale în altele, cum ar fi diacetilmorfina (heroină).
- **cocaina** (un stimulent derivat din planta de coca în America de Sud) - utilizarea frunzei de coca pentru stimulare, dar nu cocaina, este legală în Peru și Bolivia; cocaina este ilegală în cele mai multe părți ale lumii, dar derivate cum ar fi lidocaină și novocaină sunt utilizate în medicină și stomatologie pentru anestezie locală.

## Alcoolul

### Particularitățile alcoolului

Alcoolul este utilizat în același timp ca substanță psihoactivă și aliment.

Alcoolul consumat în cantități mici este savurat de cei care apreciază gustul și aroma băuturii respective și de cei ce beau la ocazii.

Între trecerea de la un consum inofensiv, realizat în cantități moderate la consumul excesiv de alcool este un pas foarte mic.

Exercitându-și funcția de aliment, un 1 g de alcool are o valoare calorică de 29 kJ, deținând astfel o puternică valoare nutritivă, fără să conțină substanțe necesare unei alimentații sănătoase, echilibrate. Aceasta este și cauza din care băutorul poate obține mai multă energie decât are nevoie.

De exemplu, un litru de bere are o valoare calorică de aproximativ 2000 kJ, acoperind astfel 20% din necesarul zilnic de energie al unui bărbat ce prestează o activitate cu eforturi fizice medii. Cam tot atâta putere calorică este conținută în 0,7 l de vin sau 0,25 l de spirtoase.

Ca particularitate principală a alcoolului este faptul că nu este privit ca fiind un drog, ci ca parte integrantă din viața, cultură și economia noastră, astfel omițându-se pericolele ce vin o dată cu abuzul.



### Efecte asupra organismului

Alcoolul încetinește funcționalitatea sistemului nervos central, blochează o parte din mesajele care ar trebui să ajungă la creier, alterând astfel percepțiile, emoțiile, mișcarea, vederea și auzul persoanei.

În cantități moderate, alcoolul poate ajuta persoana să fie mai relaxată și mai puțin anxioasă. În cantități mai mari alcoolul provoacă modificări majore la nivelul creierului, astfel rezultând intoxicația. Persoanele care au abuzat de alcool își vor pierde concentrarea, abilitatea de a se exprima coerent sau de a-și menține echilibrul; vor fi și dezorientați și confuzi.

În funcție de persoană, intoxicația poate face consumatorul extrem de prietenos și vorbăreț sau foarte agresiv și nervos. Viteza de reacție este diminuată dramatic, motiv pentru care este interzisă conducerea autovehiculelor după consumarea de băuturi alcoolice.

Când sunt consumate cantități foarte mari de alcool într-o perioadă de timp scurtă poate rezulta intoxicația cu alcool. Voma violentă este unul din primele semne ale intoxicației cu alcool; somnolența extremă, inconștiența, dificultăți în respirație, glicemie extrem de scăzută, palpitații și chiar decesul sunt rezultate ale intoxicației cu alcool.

## Nicotina

Nicotina, principalul constituent din *Nicotiana tabacum*, face parte din clasa alcaloizilor piroolidinici. Datorită neurotoxicității sale, a fost utilizată mai întâi ca insecticid. În prezent, nu are valoare terapeutică, însă se folosește pentru determinarea tipului de receptor (este agonist al receptorilor nicotiniici).

Nicotina produce dependență de 6 - 8 ori mai mare decât alcoolul, dar la fel de mare ca și cocaina. 95 - 100% din fumători sunt dependenți.

Nicotina, indiferent de calea de administrare, pătrunde în organism prin difuziune, fumul inhalat ajunge în alveolele pulmonare și toți constituenții sunt absorbiți. 80 % din nicotină este distrusă la nivel hepatic, restul de 20 % se fixează pe receptorii nicotiniici prin intermediul cărora exercită efectele sale multiple.

Pentru a măsura dependența de nicotină se utilizează testul Fagerstrom; testul are avantajul că arată o corelare exactă între răspunsurile testului și determinările de cotinină plasmatică și urinară.



### Urmări ale comportamentului adicțional

Comportamentul adicțional schimbă relațiile cu persoanele apropiate.

Exterior, persoana rămâne aceeași, în „interiorul” lui locuiește o personalitate adicțională cu logica sa, cu emoțiile sale, cu valorile sale.

La apariția dependențelor contribuie lipsă unor limite concrete dintre membrii familiei, ce duce la necunoașterea obligațiilor fiecăruia dintre membrii familiei.

Și dacă acel membru al familiei nu este în stare să facă față obligațiilor pe care le are, de care se atârână în cel mai conștiincios mod, apare senzația de vinovăție, de care persoana încearcă să scape prin metode adicționale.

La toate acestea pot contribui particularitățile personale: traumele psihologice, mai ales cele din copilărie, încordarea emoțională a mamei, cât timp apare, se transmite către copil, lipsindu-l de simțul de siguranță, particularitățile educației din timpul copilăriei, care contribuie la fixarea asupra fricii, complexului de vinovăție și de inferioritate.

Mecanismul de fugă de realitate arată astfel: metodă aleasă de persoană a avut rezultatul așteptat și s-a întărit în conștient ca o soluție care lucrează și care asigură o stare bună. E mult mai ușor de repetat din nou și din nou, de exemplu, consumarea alcoolului în situații grele.

Mai apoi întâlnirea cu greutățile, care necesită luarea unor decizii grele, automat este substituită cu metoda de evadare de probleme încercată odată, problema nerezolvată rămânând pe altă zi. Apare „viața dublă”, care constă din viața normală precedentă și viața cu realizări adicționale, acest fapt duce la schimbarea hotărârilor, motivărilor și a sistemului de valori.

## Particularitățile comportamentului adicțional la vârsta de adolescență

Motivul principal al comportamentului adolescenților, predispuși la forme adicționale de comportament, este fuga de la realitatea insuportabilă.

Însă cel mai des se întâlnesc cauze interioare, așa că retrăirea din cauza nereușitelor școlare și conflictele cu părinții, profesorii, colegii, simțul de singurătate, pierderea scopului vieții.

De la toate acestea adolescentul vrea să fugă, să înăbușe și să schimbe starea sa psihică, fie chiar și pe un timp, însă în „direcția potrivită”.

Viața personală, activitatea școlară și mediul înconjurător cel mai des pentru un adolescent apar în culori sumbre, întoarse, monotone.

Acestor copii nu le reușește să găsească în realitatea din jur nici o sferă de activitate, care ar putea atrage atenția și să stârnească o reacție emoțională.

Și doar după folosirea substanțelor psihoactive, ei ajung la simțul de ridicare fără a îmbunătăți real situația. Ei sunt în grup, ei sunt acceptați și înțeleși.

Pe parcurs situația din micro și macro mediu devine tot mai insuportabilă și mai conflictuală.

Așa apare dependența și mai mare și respingerea de la autenticitatea realității.

### 4.4. Negocierea și rezolvarea conflictelor și a situațiilor de criză

Conflict înseamnă opoziție, dezacord sau incompatibilitate între două sau mai multe părți.

#### Metode de rezolvare a conflictelor

Au fost identificate 5 moduri de tratare a conflictelor, care pot varia în ceea ce privește gradul de cooperare și de asertivitate. Oamenii au, de obicei, un stil preferat de rezolvare a conflictelor. Această clasificare te poate ajuta să identifici către ce stil te îndrepti tu, atunci când apare un conflict.



#### Stilul competitiv

Oamenii care tind către acest stil adoptă o poziție fermă și știu ce vor.

Ei acționează de pe o poziție de putere, pe care și-o extrag din poziție, rang, expertiză sau abilități de persuasiune. Acest stil poate fi folositor atunci când există o urgență și trebuie luate repede decizii, atunci când decizia luată este nepopulară pentru majoritatea, sau atunci când un membru al echipei încearcă să exploateze, în mod egoist, o anumită situație.

În orice caz, acest stil îi poate determina pe oameni să se simtă nesatisfăcuți și să aibă resentimente, atunci când este folosit în situații mai puțin urgente.

## **Stilul bazat pe colaborare**

Oamenii care tind către acest stil încearcă să țină cont de nevoile celor implicați. Acești oameni au capacități asertive, și, spre deosebire de cei competitivi, știu să coopereze și știu că fiecare membru al echipei este important.

Acest stil este folositor atunci când e nevoie să aducem împreună o varietate de puncte de vedere și să găsim cea mai bună soluție; atunci când au mai fost conflicte în grup sau când situația este foarte importantă pentru întreaga echipă.

## **Stilul bazat pe compromis**

Persoanele care trăiesc în compromis, încearcă să găsească soluții care să-i satisfacă pe toți, măcar parțial. În acest caz, fiecare se așteaptă să renunțe la ceva. Compromisul este folositor atunci când costul conflictului nu este decât costul de când urmează un deadline, nu e suficient timp, etc.

## **Stilul bazat pe acomodare**

Acest stil indică dorința de a satisface nevoile unei părți din echipă, sacrificând nevoile personale. Această persoană nu este asertivă, în schimb este foarte cooperantă. Acest stil este potrivit atunci când problema în cauză este mai importantă pentru echipă, când liniștea este mai importantă decât cine câștigă, sau când ești în poziția de a beneficia de pe urma acestui favor pe care l-ai făcut echipei.

### **4.5. Sănătatea mintală - garanția democrației (combaterea stigmatizării și creșterea toleranței față de persoanele cu probleme de sănătate mintală)**

Combaterea stigmatizării și creșterea toleranței față de persoanele cu probleme de sănătate mintală presupune realizarea următoarelor acțiuni:

- organizarea unor campanii de informare publică și de sensibilizare prin intermediul mijloacelor de informare, al internetului, al școlilor și al locurilor de muncă, cu scopul de a promova sănătatea mintală, a spori nivelul de cunoștințe privind cele mai comune simptome ale depresiei și tendințele sinucigașe, a pune capăt stigmatizării persoanelor cu tulburări psihice și a încuraja solicitarea asistenței celei mai bune și mai eficiente, precum și de a promova integrarea activă a persoanelor care se confruntă cu probleme de sănătate mintală;
- responsabilizarea organizațiilor care reprezintă persoanele cu probleme de sănătate mintală, precum și a personalului de îngrijire a acestor persoane, cu scopul de a facilita participarea acestora la elaborarea și punerea în aplicare a politicilor, precum și la toate etapele cercetărilor în domeniul sănătății mintale;

- promovarea și sprijinirea activităților de reabilitare psihologică și socială întreprinse de micile instituții publice, private sau mixte care oferă servicii de îngrijire pe timpul zilei sau de îngrijire continuă, care sunt similare ca dimensiune și model cu unitatea familială și sunt situate într-un mediu urban, astfel încât să se încurajeze integrarea rezidenților în fiecare stadiu al procesului terapeutic și de reabilitare;

#### **4.6. Deprinderi de viață independentă. Rezolvarea de probleme.**

Deprinderile pentru viață independentă sunt acele abilități tehnice și psihosociale, însușite până la automatism, care îi permit individului să ducă o existență normală, fără a depinde de asistență din partea societății și folosind oportunitățile pe care societatea i le oferă.

##### **Categorii de deprinderi de viață independentă**

- Deprinderile pentru viața independentă nu epuizează lista posibilelor deprinderi ce pot fi însușite de un copil până la vârsta maturității.  
Deprinderile de viață independentă sunt acele abilități care îi permit deținătorului să desfășoare o viață socială normală, ne(mai)având nevoie de asistență sau acompaniere din partea serviciilor sociale.
- Se pot distinge mai multe categorii de deprinderi care se formează pe parcursul socializării copilului și adolescentului, instalându-se treptat și contribuind la formarea unei personalități adaptate din punct de vedere social și cultural:
- Deprinderile de viață zilnică: nutriție, planificarea meniului, cumpărarea alimentelor, prepararea mâncării, comportamentul corect la masă, curățenia bucătăriei și depozitarea mâncării, managementul și siguranța casei.
- Deprinderile privind gestiunea locuinței și folosirea resurselor comunitare: se referă la acele arii de deprinderi necesare pentru că un tânăr să facă o tranziție pozitivă către comunitate. Sunt incluse gestiunea locuirii, transportul și resursele comunitare.
- Deprinderi privind managementul banilor: se concentrează pe arii de deprinderi care îi ajută pe tineri să ia decizii financiare înțelepte; noțiuni despre bani, economii, venituri și impozite, operațiuni bancare, obținerea de credite, plan de venituri și cheltuieli ( buget personal ), abilități de consumator.
- Deprinderi privind îngrijirea personală: promovează dezvoltarea fizică și emoțională armonioasă a tânărului prin igiena personală, stil de viață sănătos, sexualitate corectă.
- Deprinderi vizând dezvoltarea socială: se concentrează asupra modului în care tânărul se relaționează cu ceilalți prin dezvoltare personală, conștiință culturală, comunicare, relații sociale.

- Deprinderi pentru integrare profesională: se referă la ariile de deprinderi care îi ajută pe tineri să își finalizeze programele educaționale și să urmeze o carieră conform interesului lor. Acest domeniu include deprinderi privitoare la planificarea carierei, angajare, luarea deciziilor și pregătire prin studiu.

## 5. SĂNĂTATEA ALIMENTAȚIEI

- 5.1. Impactul alimentelor asupra stării de sănătate. Alimentația și bolile cardiovasculare (ateroscleroză, hipertensiunea)
- 5.2. Deficiente alimentare (curele de slăbire, bulimia, anorexia)
- 5.3. Echilibrarea aportului caloric cu activitatea fizică și intelectuală



### 5.1. Impactul alimentelor asupra stării de sănătate. Alimentația și bolile cardiovasculare (ateroscleroză, hipertensiunea)

“Esti ceea ce mănânci” spune Ayurveda, o veche filozofie indiană.

În același sens, faimosul gastronom de origine franceză din secolul al 19-lea, Jean Anthelme Brillat - Savarin a lansat dictonul “Spune-mi ce mănânci că să-ți spun cine esti”.

#### Piramida alimentară – ghidul unei diete sănătoase

Lactatele, carnea, legumele și fructele nu mai sunt de mult cele patru grupe alimentare de bază că înainte. O dietă sănătoasă cuprinde acum o gamă variată de opțiuni: cereale integrale, leguminoase, semințe și nuci, peste și chiar uleiuri vegetale, că uleiul de măsline. Adăugați preferințele etnice, religioase, culturale și personale și veți avea mai multe opțiuni decât niciodată când planificați mese și gustări sănătoase.

Sfaturile pentru alegerea alimentelor sunt deseori prezentate sub forma unei piramide alimentare. Forma triunghiulară a piramidei indică spre care alimente să va orientați. Alimentele ce pot fi consumate în orice cantitate formează baza, iar cele mai puțin recomandate sunt în vârful piramidei.

În 1992, Departamentul de Agricultură al Statelor Unite (USDA) și Departamentul de Sănătate și Servicii Umane (HHS) au creat piramidă alimentelor, care a ajuns să fie foarte cunoscută. Mai târziu, aceasta a fost înlocuită de o nouă piramidă care oferă un plan de alimentație personalizat, în funcție de vârstă, sex și activitatea fizică zilnică.

Dintre celelalte piramide alimentare existente se pot aminti piramida asiatică, latino - americană, mediteraneană și cea vegetariană.

## Principiile de bază ale piramidelor alimentare

Ținând cont de varietatea de piramide alimentare existente, vă puteți întreba pe care să o urmați.

Ar trebui să știți că principiile de bază ale piramidelor sunt în mare parte aceleași:

- Consumați fructe, legume și cereale integrale din belșug.
- Reduceți aportul de grăsimi saturate, acizi grași trans și colesterol.
- Limitați cantitatea de dulciuri și sare.
- Consumați băuturi alcoolice cu moderație sau deloc.
- Controlați mărimea porțiilor de mâncare și numărul total de calorii consumat.
- Includeți activitățile fizice în rutină zilnică.

Piramidele alimentare împart alimentele în categorii – precum produsele lactate, carnea și fasolea – pentru a vă ghida în alegerea lor.

Nici un aliment luat separat nu poate furniza toate substanțele nutritive de care are nevoie organismul dumneavoastră.

De aceea o dietă variată compusă din alimente din fiecare grupă furnizează substanțele nutritive necesare pentru a fi sănătoși.

## Alimentația și bolile cardiovasculare (ateroscleroză, hipertensiunea)

Stilul nostru de viață a cunoscut schimbări atât de mari în ultimii 50 de ani, încât dacă o persoană care a murit înainte de această perioadă ar învia printr-o minune, s-ar simți total pierdută în această lume nouă.

Viața este mult mai comodă, accesul la informații nelimitat, descoperirile din ultimii ani au rezolvat probleme grave în medicină, putem chiar să ne trăim sentimentele într-un spațiu virtual.

### Dar oare putem face față tuturor acestor transformări?

Unul dintre efectele vieții moderne îl reprezintă schimbările în alimentație: mâncăm mai multă carne, grăsimi, dulciuri, alimente modificate genetic sau cu adaosuri chimice, iar toate acestea nu puteau rămâne fără urmări în organismul nostru.

În țările dezvoltate, principala cauză a mortalității o reprezintă afecțiunile cardiovasculare, iar acest lucru i-a pus pe gânduri pe oamenii de știință.

Ei au descoperit că un rol foarte important în apariția acestor boli îl are nivelul crescut al colesterolului în sânge.

### Factori de risc

Pe lângă fumat, consumul exagerat de alcool, stresul, sedentarismul, obezitatea, nivelulul crescut al colesterolului și în special așa - numitul "colesterol rău" (LDL colesterolul), constituie factori de risc pentru apariția bolilor de inimă sau a accidentelor vasculare cerebrale. Nivelul colesterolului este determinat atât de factori genetici, asupra cărora nu se poate interveni, dar și de stilul de viață și de alimentație, ce pot fi cu ușurință controlate de fiecare dintre noi.



O alimentație dezechilibrată, bogată în grăsimi saturate, crește valoarea colesterolului, în timp ce grăsimile nesaturate tind să scadă concentrația sa plasmatică. Nivelul colesterolului de la care riscul cardiovascular devine semnificativ este de peste 190 mg/dl, iar pentru LDL colesterol de peste 100 mg/dl (chiar de peste 70mg/dl pentru diabetici, după ultimele studii).

S-a dovedit prin numeroase studii faptul că un consum mare de grăsimi saturate se corelează cu rata mortalității prin boli coronariene. Reducând colesterolul printr-un regim dietetic în care grăsimile animale sunt substituite cu cele vegetale și cu uleiurile din carnea de pește, prin exerciții fizice, prin scădere ponderală, eventual și prin asocierea tratamentului medicamentos, se poate reduce incidența infarctului miocardic, precum și a altor afecțiuni de natură cardiovasculară.



## Prevenție

În cazul afecțiunilor cardiovasculare, este recomandată așa numita “dieta mediteraneană”, care favorizează scăderea colesterolului și implicit previne progresia aterosclerozei. Acest regim alimentar presupune un aport important de fibre, vitamine, substanțe cu rol antioxidant, minerale, fiind încurajată o dietă cât mai variată.

Se recomandă o alimentație bogată în fructe, verdețuri, legume, cereale integrale, pește (în special pește gras), care să conțină și carne slabă (vită, pasăre fără piele, curcan), produse lactate cu conținut redus de grăsime, ulei de măsline.

Sunt de evitat grăsimile de origine animală: carne grasă, organe de animal, smântâna, brânzeturi grase, unt, consumul a mai mult de 2 ouă pe săptămână și margarină.

Dacă suferiți de hipertensiune arterială, este bine să reduceți consumul de sare, să faceți exerciții fizice periodice și să vă controlați greutatea pentru a elimina pericolul obezității.

## 5.2. Deficiențe alimentare (curele de slăbire, bulimia, anorexia)

### Curele de slăbire

Aproape toate aceste regimuri de slăbit foarte populare limitează sau chiar exclud aportul de carbohidrați, care sunt cea mai importantă sursă de energie pentru organismul nostru. Componenta acestora, glucoza, este metabolizată rapid și eficient de organism și eliberează energie. De asemenea, prezența carbohidraților permite aminoacizilor derivați din proteine să fie folosiți eficient la dezvoltarea și repararea țesuturilor.

Iată câteva din cele mai mediatizate regimuri de slăbire, care prin aplicare repetată pot fi periculoase pentru sănătate.

**1. Dieta Atkins și Dukan** se bazează pe un aport excesiv de proteine și un deficit de carbohidrați, iar prin folosirea pe o perioadă îndelungată expun la afecțiuni foarte grave: cancer de colon, complicații ale diabetului, boli cardiovasculare, afectare renală, osteoporoză.

**2. Dieta bazată pe supă de varză.** Această constă dintr-un program alimentar care se desfășoară în șapte zile și se bazează pe consumarea supei de varză și de alte legume în cantități nelimitate, alături de anumite alimente.

Este o dietă fadă, cu rezultate atipice și de foarte scurtă durată.

Duce la un deficit nutrițional imens, are un conținut ridicat de sare și provoacă retenție de apă în corp.

**3. Dieta de schimbare a metabolismului.** Această dietă fadă derivă din faimoasa Scarsdale, mediatizată și celebră în anii '80. Acest regim se dorește a fi un catalizator, un activator al metabolismului intermediar.

E o dietă săracă în alimente, nesățioasă, care aduce un mare aport de sodiu și colesterol.

**4. Dieta pe bază de greffruit** – este o dietă fadă, care permite consumarea a trei mese principale și a unei gustări și presupune consumarea unei mari cantități de suc de greffruit. Se pleacă de la premisa că sucul de greffruit ajută la reducerea colesterolului și crește rata metabolismului lipic.

Însă consumul excesiv de proteine animale anulează beneficiile menționate.

**5. Mono dietele.** Cei care aleg o astfel de cură trebuie să opteze pentru un singur fel de mâncare și să-l consume șapte zile. Acest tip de dietă duce la deficitul de nutrienți în organism, la slăbirea sistemului imunitar, iar oasele devin mai fragile.

## REGULI ESENȚIALE

- a) Dieta trebuie să fie echilibrată: proteine cu un conținut scăzut de colesterol, legume și fructe proaspete din abundență, cereale integrale.
- b) Atenție la mărimea porției și la motivul pentru care mâncăm: necesitate sau stres, oboseală, singurătate etc.
- c) Și, cel mai important: trebuie să mâncăm doar până se ameliorează senzația de foame și nu până la saturație.

## Bulimia și anorexia

### Ce este anorexia / bulimia?

Anorexia reprezintă tulburarea emoțională manifestată prin perioade îndelungate de "înfometare", de refuz al persoanei de a se alimenta.

Bulimia este tulburarea emoțională manifestată prin exces alimentar (uneori până la “refuzul gastrointestinal”) urmat imediat de vomă, cel mai frecvent, voma fiind provocată. În fapt, și aceasta este tot o manifestare a refuzului interior de alimentare.

### **Cum recunoaștem o persoană anorexică sau bulimică?**

La nivel profund, atât anorexia cât și bulimia reprezintă o carență afectivă majoră, manifestată în planul realității prin acest comportament de refuz alimentar. Persoanele anorexice pot fi “recunoscute” după silueta excesiv de filiformă (slabă), silueta care transmite imaginea unei persoane obosite, slăbite, cu alura “fantomatică”.

Acesta nu este un criteriu obligatoriu, deoarece, structural anatomic pot arăta ca având o greutate normală, deși interior starea ca atare poate fi în plină desfășurare.

Faciesul (fizionomia, expresia feței) este tristă și “pierdută” parcă într-o altă dimensiune, dificultăți de adaptare și acomodare la realitatea de zi cu zi cu greutate de concentrare în a depune un efort susținut pe o anumită bucată de timp și sarcină dată.

Totodată, comportamentul alimentar anorexic poate fi recunoscut după tendința persoanei de a mânca foarte puțin, uneori dând senzația că se hrănește “doar cu aer și apă”. Tonusul este scăzut, mișcările lente iar preocuparea principală este legată obsesiv de greutatea corporală.

Anorexia dezvoltă și este în legătură cu simptomatologia dismorfofobica, respectiv cu deformarea imaginii corporale interne (persoana se vede pe sine, la nivel corporal distorsionat).

În anorexie, reprezentarea pe care persoana o are despre sine este cum că a depășit greutatea normală, că este grasă).

Persoanele bulimice pot fi recunoscute după tendința de a cumpăra și consuma alimente excesiv. Structural anatomic acestea sunt mai dificil de recunoscut dat fiind faptul că greutatea corporală se menține în limite aproape de normal.

Cearcănele pronunțate, expresia feței care exprimă oboseală, precum și smalțul dinților tocit de regurgitarea și voma repetată pot fi câteva semne care să atragă atenția și să ridice semne de întrebare celor din jurul unei persoane care se confruntă cu bulimia.

### **Ce provoacă apariția acestor tulburări?**

Tulburările emoționale (anorexia și bulimia) au ca și cauze interne o suferință afectivă instalată de-a lungul timpului, care s-a manifestat simptomatic ascuns, prin mai multe stări (anxietate, panică, deprimare și depresie), stabilindu-se manifest în aceste atitudini legate de alimentare.

Este dificil de spus ce anume contribuie la apariția și instalarea acestora pentru că diferă de la persoană la persoană în funcție de istoria de viață și experiențele personale parcurse. Ca tablou general însă, putem menționa carențele afective venite din abandon, separare timpurie de unul dintre părinți, o slabă comunicare emoțională în perioadele de dezvoltare (preșcolare, școlare mici), decesul unuia dintre părinți în copilărie sau adolescent.

Foamea de iubire și afecțiune, lipsa unei relații de îngrijire și sprijin afectiv din relație cu mama sau persoanele substitute de mamă (bunica, bona, mătușa etc) este redată prin înfometarea organică. Refuzul permanent pe care persoanele anorexice sau bulimice îl pun în scenă propriei existențe este printre altele refuzul afectiv pe care ele însele l-au simțit și trăit în perioadele de dezvoltare timpurie.

În ceea ce privește predispoziția pentru dezvoltarea acestor tulburări se observă o tendință mai frecventă a femeilor și tinerelor fete decât pentru bărbați.

### **Cine este mai predispus la aceste tulburări?**

Persoanele mai predispose să sufere de aceste tulburări sunt cele care se confruntă cu o stare depresivă pe care o maschează inconștient, în această formă reactivă (anorexica sau bulimică). Starea de “depresie ascunsă” (neconștientizată) poate să conducă mai frecvent și să predisună la dezvoltarea acestei simptomatologii manifestate prin refuz alimentar fie prin înfometare, fie prin exces și refuz ulterior prin vomă.

### **Ce pot face pentru a ajuta?**

Pentru a ajuta o persoană anorexica sau bulimică trebuie să comunicăm cu aceasta, să o atenționăm asupra a ceea ce observăm în comportamentul ei, să vorbim deschis și cu răbdare, să o îndrumăm sub formă de propunere și nicidecum de impunere spre a întreprinde acțiuni care să o ajute să depășească problematica cu care se confruntă. Suportul emoțional, sprijinul afectiv este foarte important în asemenea situații.



### **Psihologul poate ajuta?**

Pacientul poate fi ajutat în măsura în care acesta vrea să găsească o cale de înțelegere și rezolvare a stării prin care trece. De altfel, doar prin consiliere psihoterapeutică și psihoterapie poate să ajungă la soluții interioare (mentale și emoționale) viabile care să îl ajute să treacă prin suferința pe care o trăiește.

Desigur că, în măsura în care starea este avansată și au apărut deja deteriorări la nivel organic și fiziologic, colaborarea dintre psihoterapeut și medic este necesară, inevitabilă și binevenită.

Uneori atât în manifestarea anorexica cât și bulimică, deteriorările la nivel structural fiziologic pot fi atât de masive încât putem spune că până la repunerea în echilibrul afectiv și psihic este necesar să se pună accent pe însăși viața persoanelor în cauză, din punct de vedere medical.

## Ce poate face o persoană care întâmpină astfel de probleme?

Persoana anorexică sau bulimică trebuie să urmeze un demers terapeutic prin care să poată înțelege de unde vine, ce semnificații are manifestarea acestora și prin care să poată găsi soluții benefice pentru propria-i viață.

### 5.3. Echilibrarea aportului caloric cu activitatea fizică și intelectuală

O alimentație variată și echilibrată, care să conțină toți nutrienții, inclusiv nutrienții esențiali (aminoacizi esențiali, acizi grași esențiali, vitamine și minerale) în cantități suficiente este absolut indispensabilă pentru a ne menține sănătatea pe termen lung.

#### Din ce este formată o alimentație echilibrată?

Organismul nostru nu poate trăi pe termen lung fără proteine, carbohidrați, grăsimi, fibre, minerale și vitamine, plus alte substanțe nutritive, iar pe termen scurt, nu ar putea funcționa corect, lipsa acută a uneia dintre aceste elemente ducând la apariția de afecțiuni.

#### Cum pot avea o alimentație echilibrată?

- ✓ Va trebui să ai grijă ca în meniul tău zilnic să se regăsească produsele lactate, fructe, paste făinoase.
- ✓ Trebuie să eviți excesele de ulei și sare.
- ✓ Nu mânca mai mult decât poate organismul tău.
- ✓ Dacă mănânci cartofi prăjiți sau friptură încearcă să mănânci și o salată.
- ✓ Alimentația, combinată cu activitatea, îți va asigura un corp sănătos și frumos modelat.
- ✓ Cauzele unui abdomen umflat sunt multiple, începând de la alimentație, stres, sedentarism și până la constipație, naștere, sindrom premenstrual.
- ✓ Soluții pentru un abdomen plat sunt: alimentația, mestecatul corect al alimentelor, evitarea dulciurilor, băuturilor carbogazoase, tratarea constipației, sportul.

## 6. SĂNĂTATEA REPRODUCERII FAMILIEI

- 6.1. Disfuncții sexuale la femeie - bărbat
- 6.2. Prenatală
- 6.3. Identitate - orientare sexuală
- 6.4. Legislația privitoare la sexualitate
- 6.5. Pornografia - prostituția



## 6.1. Disfuncții sexuale la femeie și bărbat

În materie de disfuncții sexuale există două probleme majore care finalizează prin a ajunge la cabinetul sexologului: impotența și frigiditatea.

Studiile au arătat că doar 10% dintre bărbați și femei îndrăznesc să apeleze la un sexolog, fiind stânjeniți în a-și arăta anumite stări intime de stinghereală sau rușine.

### Primul pas: definirea problemei

Definirea problemei este primul pas. "Nu mai este ca înainte", "sunt impotent", "nu simt nimic"... A-l determina pe pacient să vorbească despre problema sa păstrându-și totuși pudorarea, a instaura un climat benefic, de încredere, este crucial.

"Prima ședința este destinată pentru a-i asculta dorința", confirmă sexologul francez Marc Ganem. Acest pas este primordial pentru un răspuns favorabil din partea pacientului pe parcursul terapiei.

### O educație sexuală potrivită

"Tulburările sexuale sunt o patologie a neîndemânării", explică Charles Gellman, psihiatru și psihoterapeut, unul din pionierii sexologiei în Franța, care le recomandă pacienților săi cărți și casete educative. Un medic specializat în aceste tipuri de disfuncționalități trebuie să explice cum funcționează organele sexuale, să dea sfaturi privind mecanismele plăcerii, ce modalități să fie folosite pentru a stimula organele sexuale ale partenerului, cum să se relaxeze, etc.

În acest kit de sfaturi și metode de "învățare" a unei activități sexuale reușite, relaxarea este cuvântul cheie. O femeie anorgasmică va avea tendința de a aștepta orgasmul, de a se observa, de a fi prea vigilentă în raporturile sexuale.

Și apare spirala eșecului. "Cu cât vrem mai mult, cu atât se întâmplă mai puțin", subliniază Charles Gellman. În momentul în care cedăm relaxării, corpul se detașează, uitând de anxietate sau nereușite.

Creierul este principalul factor care influențează viața sexuală, iar lipsa unor substanțe necesare funcționării lui se va vedea în dormitor.

Secreția dopaminei, substanța eliberată în timpul orgasmului este strict relaționată de activitatea creierului și de stimulii trimiși de corp către acesta.

În acest context, relaxarea și o stare de bine este primordială pentru ca organismul relaționeze cu creierul parametri normali.

## 6.2. Diagnoza prenatală

Diagnoza prenatală sau screening-ul prenatal este metoda prin intermediul căreia se testează starea de sănătate a embrionului sau a fătului înainte ca acesta să se nască. Scopul este cel de a detecta defecte congenitale, cum ar fi sindromul Down, anomalii cromozomale, boli genetice și alte condiții, printre care și boala Tay Sachs, siclemia, talasemia sau fibroza chistică. Screening-ul poate fi folosit și pentru determinarea sexului copilului.

Proceduri comune de testare includ amniocenteza, ecografia cu ultrasunete a pliului nucal, serul de testare marker sau screening-ul genetic. În unele cazuri, testele sunt făcute pentru a determina dacă sarcina trebuie întreruptă, cu toate că atât medicii cât și pacienții doresc diagnosticarea sarcinilor cu risc crescut într-un interval de timp cât mai scurt și cât mai devreme.

Testele de diagnostic prenatal pot fi realizate prin metode invazive sau non-invazive. Metodele invazive implică sonde sau ace (de exemplu, în testarea pentru amniocenteză), iar cele non - invazive, numite "ecrane", sunt folosite pentru a evalua riscul existenței unei anomalii (sindromul Down, trisomii), nu pentru a determina cu precizie prezența acesteia. Tehnicile non - invazive includ examinări ale uterului femeii prin ecografie, iar în cazul existenței unui risc crescut de anomalii cromozomale se recomandă folosirea unei metode mai invazive de screening.

### 6.3. Identitate și orientare sexuală

Orientarea sexuală se referă la sexul persoanelor care sunt în centrul dorințelor, fanteziilor și simțurilor erotice sau amoroase ale unui om, sexul față de care o persoană este "orientată". Termenii alternativi preferință sexuală sau înclinație sexuală au înțelesuri similare în majoritatea contextelor discursive.

În general, o persoană poate fi identificată ca heterosexuală (atracție principală față de persoane de sexul opus), homosexuală (atracție principală față de persoanele de același sex), bisexuală (atracție față de ambele sexe) sau asexuală (nu are atracție sexuală față de nici un sex). Există de asemenea alte încadrări, precum transexualitatea, pansexualitatea și intersexualitatea.

Clasificarea persoanelor într-una din grupurile de mai sus este controversată, fiindcă studiile științifice arată că sexualitatea este foarte complexă și diferite grade de atracție sau identificare cu diverse orientări sexuale.

În publicațiile *Sexual Behavior in the Human Male* (1948) și *Sexual Behavior in the Human Female*, ambele de Alfred C. Kinsey, au fost prezentate rezultatele unei ample cercetări socio - medicale în care subiecții au fost evaluați pe baza comportamentului sexual și a altor parametri. Această cercetare a condus la apariția celebrei scări Kinsey, ce se întinde între "complet heterosexual" și "complex homosexual".

Kinsey a raportat că majoritatea persoanelor au apărut a fi "bisexuale", în sensul în care au manifestat în cursul vieții atracție față de ambele sexe, deși un sex era de preferat. În publicațiile de mai sus, între 5 - 10% din cei intervievați s-au considerat complet heterosexuali sau complex homosexuali.

Foarte puțini s-au considerat complex bisexuali - adică, cu o atracție egală față de ambele sexe.

Bazându-se pe aceste rezultate, Kinsey a ajuns la concluzia că nu există două orientări sexuale distinctive, de fapt existând doar un continuum între heterosexualitate și homosexualitate, cu bisexualitatea perfectă la mijloc, în care se încadrează majoritatea populației umane, la diferite niveluri, cu excepția celor asexuali, care formează un procentaj foarte redus din populația totală mondială.

Acest continuum este suportul statistic al scării Kinsey.

Studiile moderne arată că majoritatea persoanelor din lume se consideră heterosexuale - adică, sunt plasate pe scara orientării sexuale între bisexualitate totală și heterosexualitate totală.

Trebuie menționat, totuși, că foarte puțini din aceștia au preferințe sau dorințe sexuale-amoroase exclusiv pentru persoanele de sex opus. Numărul celor care sunt plasați între bisexualitate totală și homosexualitate totală - deci, au atracție principală față de indivizi de același sex - este între 2,8% și 9% din bărbați și 1 - 5% dintre femei în Statele Unite ale Americii, cu nivele similare observate la nivel mondial.

Numărul persoanelor care se identifică drept homosexuali este mai mare în mediile urbane decât în cele rurale. Ca și în cazul heterosexualității, foarte puține din persoanele identificate ca homosexuali au preferințe sexuale exclusiv față de același sex.

#### **6.4. Legislația privitoare la sexualitate**

În Codul Penal promulgat de Alexandru Ioan Cuza în anul 1864, inspirat mai ales din sistemul francez (care abolise discriminarea penală a homosexualității în anul 1791), nu existau diferențe între tratamentul relațiilor sexuale hetero sau homosexuale. La sfârșitul secolului XIX, Codul Penal transilvănean, în vigoare începând cu anul 1878, pedepsea doar violul homosexual.

După Marea Unire din 1918, aplicabilitatea Codului lui Cuza din 1864 se extinde în multe regiuni ale noului stat, dar în Ardeal rămâne valabil cel vechi. Încriminarea discriminativă a homosexualității apare abia odată cu Codul lui Carol al II-lea din 1937, aproximativ în aceeași perioadă cu ascensiunea rapidă a nazismului în Europa.

În perioada comunistă homofobia din legea penală este păstrată și augmentată. În Codul Penal al Republicii Populare Române promulgat în 1948 vechiul articol 431 înăsprește pedepsele la un minimum de 2 ani și un maxim de 5. În 1957 deja dispăre condiționarea "scandalului public" și orice raport sexual consimțit între persoane de același sex este incriminat.

Odată cu venirea la putere a lui Nicolae Ceaușescu, statul comunist român își schimbă destul de mult atitudinea față de multe aspecte ale vieții sociale. În această direcție se poate înscrie și evoluția legislației de opresiune împotriva minorității homosexuale.

La început a fost o scurtă perioadă de relativă liberalizare, urmând că după câțiva ani instrumentele de control și de îngrădire a vieții private să fie perfecționate. În 1968 Marea Adunare Națională elaborează o versiune complet revizuită a Codului Penal din 1936. Acum infracțiunile privitoare la viața sexuală erau incluse în secțiunea infracțiunilor contra persoanei.



Articolul 200, în aliniatul unu, elimină condiția scandalului public: "relațiile sexuale între persoane de același sex se pedepsesc cu închisoare de la unu la cinci ani".

Din punct de vedere social, articolul 200 a împiedicat activ dezvoltarea publică a oricărui tip de identitate homosexuală și a reprezentat un prețios instrument de șantaj politic. Celebru a rămas cazul scriitorului dizident Paul Goma, acuzat pe nedrept de homosexualitate și arestat pentru acest lucru.

După 1989, articolul 200 a rămas neschimbat. Autoritățile române explicau, ca răspuns la intervențiile internaționale, că el reprezintă o "literă moartă" și că nu mai este pus în aplicare.

În România relațiile homosexuale sunt pe deplin legale din anul 2001, deși în trecut oameni cu această orientare au fost deseori persecutați de poliție, în special în anii comunismului. Aceștia erau obligați să devină conspiratori sau să aducă alte servicii Securității pentru că orientarea lor sexuală să nu fie dezvăluită, lucru care ar fi atras după sine pedeapsa. Însă înainte de comunism și de dictatura autoritară a lui Carol al II-lea, Codul Penal nu incrimina homosexualitatea decât dacă sodomia ar fi fost săvârșită prin forță de către un bărbat asupra altuia - cu alte cuvinte doar violul era condamnat.

După 1989, până în 1996, când a fost abrogat, articolul 200 a rămas în vigoare. Autoritățile române explicau, ca răspuns la intervențiile internaționale, că nu mai este pus în aplicare. Alin. 2 se referea la relațiile homosexuale cu minori sau săvârșite prin forță, stabilind pedepse mai mari decât cele prevăzute pentru relațiile heterosexuale cu minori sau pentru viol heterosexual.

În sfârșit, alineatul 4 al articolului 200 pedepsea "îndemnarea sau ademenirea unei persoane în vederea practicării faptei prevăzute în alin. 1" cu închisoare de la unu la 5 ani. În 1996, ca urmare a presiunilor internaționale și a unor dezbateri intense, alin. 1 al articolului 200 a fost amendat astfel încât să incrimineze actele homosexuale "săvârșite în public sau dacă au produs scandal public" cu închisoare de la unu la 5 ani. În același timp, la ultimul alineat au fost adăugate prevederi care pedepsesc nu numai "îndemnarea sau ademenirea unei persoane", ci și "propaganda ori asocierea sau orice alte acte de prozelitism săvârșite în același scop" cu închisoare pe același termen.

A fost acuzată formularea ambiguă a textului legii, ca și faptul că discriminează indivizii prin faptul că infracțiunea de "scandal public" de tip heterosexual nu există.

Ulterior, prin prin Legea nr. 197 din 13 noiembrie 2000, pentru prima dată, elementul material al infracțiunii de viol, reprezentând „raportul sexual cu o persoană de sex feminin”, a fost înlocuit cu „actul sexual, de orice natură, cu o altă persoană”, nemaifăcând distincție între violul de tip hetero sau homosexual, pentru că în 2002 să se înlocuiască “altă persoană”, cu “o persoană de sex diferit sau de același sex”.

În ceea ce privește vârsta consimțământului sexual, discriminarea încă persistă, dat fiindcă relațiile homosexuale erau permise doar cu majori (peste 18 ani), în timp ce contactul sexual heterosexual era permis pentru cei în vârstă de peste 15 ani.

Noul cod penal, în vigoare de la 1 februarie 2014, a pus de acord aceste contradicții, fixând vârsta consimțământului sexual la 15 ani, pentru tinerii de ambele sexe.

## 6.5. Pornografia și prostituția

În trecut, pornografia era definită ca o etalare de trupuri goale și de persoane care întrețineau raporturi sexuale. Aceasta făcea ca femeile să fie considerate obiecte. Acum apare un nou tip de pornografie care, nu numai că degradează femeia, dar implică și violență și umilințe.

Pornografia distorsionează realitatea prin aceea că prezintă femei și bărbați stereotipi din punct de vedere fizic și nereal. Descrie relații și situații care, pentru majoritatea oamenilor ar fi de neacceptat și nesatisfăcătoare emoțional.

Consumul pornografiei ne poate influența în comportamentul nostru față de ceilalți. Pornografia aduce bani câtorva oameni pe spinarea multor alora.

Societatea noastră este cu două fețe în ceea ce privește prostituția.

Femeia care stă în cadrul ușii sau sub un felinar este privită ca fiind ofensivă și social de neacceptat. Nu este privit ca fiind ofensiv un bărbat care claxonează dintr-o mașină, acostează femeile pe stradă oferindu-le bani pentru relații sexuale.

Multe femei care devin prostituate nu au un venit.

Dacă ar câștiga un venit pe alte căi, probabil ar renunța la prostituție.

Bărbații au raporturi sexuale cu prostituate ca să-și dovedească virilitatea, abilitatea sexuală sau ca să demonstreze puterea lor asupra femeilor.

## 7. CONSUMUL ȘI ABUZUL DE SUBSTANȚE TOXICE

7.1. Abuzul de droguri, dependența, sevrăjul

7.2. Legislația referitoare la consumul, traficul și deținerea de droguri

7.3. Structuri guvernamentale și neguvernamentale implicate în combaterea consumului de droguri

7.4. Evaluarea consecințelor consumului de droguri

7.5. Valori antidrog



### 7.1. Abuzul de droguri, dependența, sevrăjul

La nivel de cogniție socială, drogul este acea substanță ilicită care acționează dăunător asupra individului, la nivel fiziologic sau mental și provoacă dependența. Doar șabloanele lingvistice îi mai adaugă valențe pozitive, în comparații revelatoare pentru pasiunea cu care te poți dedica unei activități.

Consumate frecvent și de un număr mai degrabă majoritar de persoane, cafeaua, tutunul sau alcoolul nu sunt percepute ca având potențial de abuz, consumul lor fiind mai degrabă un comportament social obișnuit, cu probabilitate mică a repercusiunilor, deși dependența de nicotină este dintre cele mai letale.

Surprinzător este că un concept aparent banal de stabilit, cel de “drog”, nu are o foarte strictă denumire științifică, în sensul de acceptată în unanimitate și necombătută. Definiția dată de legislația U.S. Food and Drug Administration specifică faptul că drogul reprezintă orice formă de substanță (diferită de hrană) care poate afecta organismul animal sau uman în structura și funcțiile sale. Terminologia de specialitate nu este nici ea mai clară, conținând variante precum “substanțe psihoactive” sau “substanță” ori “substanță / drog de abuz”.

Clasele de substanță:

1. Alcoolul
2. Amfetamina sau simpatomimeticele cu acțiune similară / stimulentele
3. Cafeina
4. Cannabisul
5. Cocaina
6. Halucinogenele
7. Inhalantele
8. Nicotina
9. Opiaceele
10. Phencyclidina / Fenciclidina / PCP sau arylcyclohexylamine cu acțiune similară
11. Sedativele, hipnoticele sau anxioliticele

## **Abuzul**

Abuzul este un pattern maladativ al uzului, în care frecvența administrării substanței poate fi continuă sau episodică. Spre deosebire de consumul obișnuit, abuzul presupune existența consecințelor negative: medicale, de perturbare a funcției socio - familiale a individului (la serviciu, școală sau acasă) sau de tipul apariției unui pericol fizic în cazul efectuării unor activități (cum ar fi condusul mașinii). De cele mai multe ori, evoluția conduce spre dependență.

Un criteriu al diagnosticului de abuz îl reprezintă episoadele de intoxicație care se succed în mod repetat. Pentru a se vorbi de o problemă de abuz, acest pattern trebuie să apară de mai multe ori în cursul unui interval de minimum 12 luni.

## **Dependența și sevrăjul**

Nici conceptul de dependență nu are niște delimitări în unanimitate acceptate, iar lucrările de specialitate propun variante care pot crea confuzie.

În încercarea unei uniformizări, o definiție succintă ar putea fi: pattern maladativ al uzului unei substanțe, cu simptomologie fiziologică, cognitive sau comportamentală.

Controversele apar însă la criteriile de diagnostic.

Unele dintre lucrările de specialitate prezintă că obligatorie prezența a trei aspect: (1) tolerantă, (2) sevraj / sindrom de abstenență și (3) uz compulsiv. Altele consideră că sunt necesare minimum trei criteria aleatorii din următoarele posibile:

1. tolerantă: aceeași cantitate de substanță începe să producă efecte mai mici, gradul de tolerantă fiind determinat și de caracteristicile propriu - zise ale substanței.

2. sevrajul sau sindromul de abstenență este răspunsul fiziologic și cognitiv al organismului la diminuarea cantității de substanță sau la întreruperea administrării ei, adică la abstenență. Opiaceele, de exemplu, clasă de substanțe cu prevalență mare a consumului, pot cauza, ca simptome ale abstenenței: greață, vărsături, mialgii, diaree, febră, transpirații, rinoree, lacrimație, dilatare pupilară, insomnii sau piloerecție, iar amfetaminele: tulburări ale somnului, oboseală, agitație, disforie etc. Severitatea sevrajului depinde nu doar de caracteristicile substanței consumate, ci și de durată consumului și de modalitatea de administrare. Uneori, sindromul de abstenență este similar cu simptomatologia intoxicației, iar diagnosticul corect poate fi pus doar prin stabilirea exactă a momentului apariției efectelor: după reducerea ori încetarea administrării – sevraj – sau în timpul ori imediat după administrare – intoxicație. Există totodată posibilitatea că un consumator de polisubstanța să aibă, simultan, un sindrom de abstenență ca urmare a consumului unui drog și o intoxicație produsă de un altul.

3. uzul compulsiv (prezentat în secțiunea adesata dependenței psihice);

4. incapacitatea reducerii sau suprimării uzului compulsiv;

5. foarte mult timp destinat procurării substanței sau refacerii în urma consumului ei;

6. perturbare funcției socio - familiale a individului, prin abandonarea sau neglijarea altor activități;

7. incapacitatea de a reduce sau opri uzul de substanță, în condițiile în care consumatorul este conștient de problemele psihologice sau somatice cauzate de aceasta.

## 7.2. Legislația referitoare la consumul, traficul și deținerea de droguri

În Europa sunt interzise nu numai drogurile de mare risc (cocaină și heroină), dar și halucinogenele “ușoare”, precum opiumul și cannabisul. În unele state totuși, hașișul și cannabisul sunt legale pentru uz personal, însă nici producerea și nici comercializarea lor nu este legală (cu excepția utilizării medicale).

Tendința generală în UE (ale cărei state au semnat în mare parte convenția din 1961, ce interzice cultivarea și traficul de substanțe halucinogene naturale, dar și tratatul din 1971 ce interzice fabricarea și vânzarea drogurilor sintetice) este de a

pedepsi penal (ani de închisoare și amenzi) producerea și traficul de droguri, mai puțin consumul acestora. Prioritatea în ceea ce privește destinatarii drogurilor este de a nu-i considera infractori, ci de a încerca reabilitarea lor și de a preveni creșterea numărului de dependenți.

În România, ca și în marea majoritate a țărilor europene, consumul de droguri nu se pedepsește. Totuși, deținerea de droguri în vederea consumului se pedepsește, potrivit Legii 143/2000, cu închisoare de la 2 la 5 ani. Mult mai aspru este pedepsit traficul de droguri (închisoare de la 15 la 25 ani pentru cei care acționează în grupuri de mai mult de trei persoane și chiar închisoarea pe viață dacă traficul este urmat de moartea victimei). Un studiu efectuat la nivel european arată că un regim asemănător există în cea mai mare parte a țărilor de pe acest continent.

Astfel, în Austria, consumul de droguri controlate nu e specificat ca fiind infracțiune, însă posesia ilegală de droguri se pedepsește. Legislația austriacă face diferențe însă între deținerea de droguri pentru uz personal și cea pentru traficare.

În Belgia, posesia de cannabis, în cantități mici, nu se pedepsește cu închisoarea, însă posesia de alte droguri e sancționată cu închisoarea de la trei luni la cinci ani sau amendă. Consumatorii sunt priviți ca persoane bolnave, care trebuie să fie tratate medical și au nevoie de protecție.

Autoritățile bulgare nu incriminează explicit uzul de droguri, însă condamnă posesia de stupefiante. În Cehia, posesia de droguri pentru folos propriu nu se pedepsește însă, în cazul deținerii de cantități mai mari (peste zece doze de heroină, cocaină, amfetamină, ecstasy sau LSD), cazul devine de natură penală.

Potrivit legislației din Danemarca, deși uzul de droguri nu se pedepsește, posesia este considerată infracțiune. Nici în Germania nu se pedepsește consumul de stupefiante. Cei care posedă, produc și comercializează droguri fără autorizație sunt, însă, trași la răspundere în fața legii. În schimb, în Grecia, atât uzul, cât și deținerea de droguri se pedepsesc cu închisoarea.

Totuși, dependenții de droguri arestați pentru posesie de stupefiante pentru uz propriu, dacă anchetatorii se conving de acest lucru la finalizarea cercetărilor, scapă de pedeapsă. În Italia, uzul de droguri nu se pedepsește, însă posesia de orice tip de stupefiante este interzisă și se pedepsește cu sancțiuni administrative, în cazul uzului personal, sau cu închisoare, în cazul traficării.

Cea mai permisivă legislație în domeniu există în Olanda, unde piața "drogurilor ușoare" este legalizată. În această categorie intră cannabisul.

Uzul de droguri nu se pedepsește, decât în situația în care are loc în școli sau pe mijloacele de transport public. Autoritățile olandeze au preferat să se concentreze asupra investigării producției și traficului internațional de droguri.

Principiul de bază este ca trebuie făcut totul pentru ca cei care folosesc droguri să nu intre sub influența grupărilor criminale și să scape de sub controlul instituțiilor care se ocupă de prevenire și îngrijire medicală.

În Polonia, uzul de droguri nu se pedepsește, însă posesia da. În cazurile minore, persoana cercetată scapă doar cu amendă sau o limitare temporară a libertății.

Legea spaniolă în domeniu este mai severă. Astfel, consumul de droguri în public, ca și posesia ilicită de droguri se pedepsesc. Sancțiunea este însă de natură administrativă și variază între 300 și 30.000 de euro.

Uzul și consumul de droguri nu se pedepsesc în Marea Britanie, dar posesia de stupefiante este sancționată. Potrivit polițiștilor, o eventuală dezincriminare a deținerii de droguri în vederea consumului, în România, ar provoca o dezvoltare a rețelelor de traficanți de stupefiante. Prin legalizarea deținerii, numeroși dealeri autohtoni, ei înșiși consumatori de droguri, ar scăpa de sub incidența legii.

Se știe deja că mulți dintre ei, din lipsă de bani, traficează stupefiante, devenind intermediari între marii furnizori și toxicomani. Prins cu doar câteva doze, pe care intenționează să le vândă, un astfel de traficant ar putea invoca faptul că le deținea pentru consum propriu, scăpând astfel de pedeapsă.

### **7.3. Structuri guvernamentale și neguvernamentale implicate în combaterea consumului de droguri**

Agenția Națională Antidrog, înființată în 2011 este organizată și funcționează la nivel de direcție, în subordinea Ministerului Afacerilor Interne, având personalitate juridică.

Obiectivele Agenției Naționale Antidrog în domeniul prevenirii și combaterii traficului și consumului ilicit de droguri sunt stabilite prin Strategia națională antidrog 2013 - 2020, aprobată prin H.G.784/2013. Valorile Agenției Naționale Antidrog rezidă din principiile directoare enunțate în acest document de referință.

Planul de acțiune 2013 - 2016, reprezintă o detaliere a activităților și măsurilor din domeniul luptei antidrog conform direcțiilor de acțiune creionate în Strategia națională antidrog, cu menționarea participanților responsabili, a beneficiarilor și a termenelor de realizare pentru fiecare activitate și urmărește etapizat implementarea Strategiei naționale antidrog.

Activitatea desfășurată în domeniul asistenței consumatorilor de droguri Agenția Națională Antidrog deține o rețea formată din 47 de Centre de Prevenire, Evaluare și Consiliere Antidrog (CPECA), ce oferă asistență medicală, psihologică și socială consumatorilor de droguri.

### **7.4. Evaluarea consecințelor consumului de droguri**

Consecințele consumului de droguri sunt multiple:

1. Cele de ordin medical se referă la următoarele afecțiuni:

- hepatită;
- tuberculoză;
- sifilis;
- afecțiuni cardio - respiratorii;

- tulburări endocrine;
- insuficiență renală;
- infecții și afecțiuni ale pielii;
- complicații psihiatrice – iluzii, halucinații terifiante, percepția alterată a timpului și a distanței;
- SIDA;
- supradoza poate avea efecte letale.

**2. Pe plan psihologic apar reacții de:**

- panică;
- anxietate;
- depresie;
- suspiciune și tendințe paranoice;
- agresivitate;
- labilitate emoțională;
- tulburări de comportament;
- înstrăinare de propria persoană și afectarea imaginii de sine;
- modificări de personalitate care pot duce la suicid sau omor;
- scăderea performanțelor intelectuale.



**3. În sfera socială consumul de droguri are ca efecte:**

- deteriorarea progresivă a relațiilor sociale;
- creșterea riscului de excludere socială;
- diminuarea șanselor de reintegrare socială și profesională;
- suferința familiei și a adevăraților prieteni;
- dezinteres în relaționarea cu ceilalți;
- implicarea în activități infracționale când se află sub influența drogului sau pentru a-și procura doza de stupefiante.

## 7.5. Valori antidrog

- Copiii și tinerii, ca de altfel toate ființele umane, au fost creați de Dumnezeu cu valoare intrinsecă.
- Demnitatea și individualitatea copiilor și tinerilor trebuie respectată.
- Copiii și tinerii au dreptul să aleagă ce este sănătos pentru ei, fiind educați și susținuți în acest sens.
- A preveni este mai bine decât a trata.
- Promovarea sănătății și prevenirea comportamentelor cu risc pentru sănătate la copii și tineri aduce beneficii majore atât în viața lor cât și a întregii comunități.
- Parteneriatul între adulți empatici, responsabili și specializați este în beneficiul copiilor și tinerilor.
- Principiile biblice cu privire la viață și om, bine și rău, reprezintă fundamentul gândirii și activității noastre.

## 8. ACCIDENTE, VIOLENTĂ, ABUZ, VALORI UMANITARE

8.1. Violența domestică: factori implicați, legislație în domeniu.

8.2. Cauzele care determină abuzul (fizic, economic, sexual) și manifestările violente.

### 8.1. Violența domestică: factori implicați, legislație în domeniu

Din punct de vedere clinic o definiție larg acceptată a violenței domestice este aceea formulată de Stark și Flitcraft:

"Violența domestică este o amenințare sau provocare, petrecută în prezent sau în trecut, a unei răniri fizice în cadrul relației dintre partenerii sociali, indiferent de statutul lor legal sau de domiciliu. Atacul fizic sau sexual poate fi însoțit de intimidări sau abuzuri verbale; distrugerea bunurilor care aparțin victimei; izolarea de prieteni, familie sau alte potențiale surse de sprijin; amenințări făcute la adresa altor persoane semnificative pentru victimă, inclusiv a copiilor; furturi; controlul asupra banilor, lucrurilor personale ale victimei, alimentelor, deplasărilor, telefonului și a altor surse de îngrijire și protecție".

Se numește "violența în familie" orice act vătămător, fizic sau emoțional care are loc între membrii unei familii. Abuzul în interiorul unei familii poate lua multe forme: abuzul verbal, refuzul accesului la resurse financiare, izolarea de prieteni și familie, amenințări și atacuri care în unele cazuri pot duce la moartea unuia dintre parteneri. Deși până de curând s-a presupus că femeia este cel mai adesea victima violenței în familie, în urmă unor cercetări s-a descoperit că de fapt numărul bărbaților agresati este destul de mare.

Experții care cercetează această problemă sunt de acord că violența este un fenomen larg răspândit, mult mai răspândit decât arată sondajele, pentru simplu fapt ca unele fapte nu sunt raportate poliției sau spitalelor.

Factorii de risc: statut educațional scăzut, venituri reduse, status ocupațional scăzut sau fără ocupație, stimă de sine slabă, istoric personal încărcat de abuz, martori la violența în familia de origine, unele norme religioase, consumul de alcool, șomajul, consumul de alcool și drogurile sunt asociate unui risc crescut pentru abuz fizic, sexual, și emoțional, bolile neuropsihice, creșterea într-un mediu viciat de violență, sărăcia, bărbații violenți fizic tind să comită și abuzuri sexuale și sunt violenți și cu copiii lor.

În România există o lege - Legea 217/2003 pentru prevenirea și combaterea violenței în familie, republicată 2014 - care se adresează acestei probleme.

Definiția legală a violenței în familie din articolul 3 al acestei legi este:

(1) În sensul prezentei legi, violența în familie reprezintă orice acțiune sau inacțiune intenționată, cu excepția acțiunilor de autoapărare ori de apărare, manifestată fizic sau verbal, săvârșită de către un membru de familie împotriva altui membru al aceleiași familii, care provoacă ori poate cauza un prejudiciu sau suferințe fizice, psihice, sexuale, emoționale ori psihologice, inclusiv amenințarea cu asemenea acte, constrângerea sau privarea arbitrară de libertate.



(2) Constituie, de asemenea, violență în familie împiedicarea femeii de a-și exercita drepturile și libertățile fundamentale."

Legea recunoaște următoarele tipuri de violență în familie: violența verbală, violență psihologică, violența fizică, violența sexuală, violența economică, violența socială, violență spirituală.

## 8.2. Cauzele care determină abuzul (fizic, economic, sexual) și manifestările violente

Referitor la cauze, opinia publică consideră următoarele situații ca fiind generatoare de violență domestică:

- nivelul de trai scăzut
- toleranța femeii față de violență
- lipsa de cultură
- tradiția care favorizează poziția bărbatului
- prezența copiilor în familie
- dependența materială a soției de soț
- alcoolul
- violența domestică în copilărie și comportament violent la vârsta adultă.



### Tipuri de violență domestică

Cinci caracteristici principale ale violenței în familie:

- Violența în familie este un comportament învățat;
- Violența în familie este un comportament repetitiv și cuprinde diferite tipuri de abuz care pot trece dintr-unul în altul sau în combinație;
- Făptuitorul este cauza violenței domestice și nu consumul de alcool, victima sau relațiile dintre ei;
- Pericolul pentru victimă și copiii crește pe timpul separării dintre parteneri;
- Comportamentul victimei depinde de modurile de supraviețuire la care a aderat.

Violența poate avea mai multe forme:

- **VIOLENȚA FIZICĂ:** îmbrânciri, pămui, loviri cu / de obiecte, lovituri cu picioarele sau cu pumnul, tragere de păr, izbirea victimei de pereți sau de mobilă, sugrumare, etc.
- **VIOLENȚA PSIHOLOGICĂ:** umiliri și injurături, batjocorire, criticarea opiniilor sau sentimentelor, amenințări cu bătaia, amenințare că o să ia copiii, folosirea copiilor pentru a trezi sentimente de vină, neglijare, amenințare, distrugere demonstrativă a obiectelor, manipulări psihologice sau izolarea forțată de prieteni, familie, copii, școală și / sau serviciu, etc.  
Abuzul emoțional este grav. Rănile emoționale ar putea să se vindece foarte greu.

- **VIOLENȚA SEXUALĂ:** constrângere la relații sexuale sau atingeri nedorite, contactul sexual continuat după cererea de a-l opri, sau forțarea cuiva să se supună la o relație sexuală neprotejată sau umilitoare.
- **VIOLENȚA ECONOMICĂ:** interzicerea de a avea sau păstra un serviciu, limitarea accesului la veniturile și bunurile familiei, de a avea bani proprii, lipsire de mijloace de existență precum hrană, medicamente, etc.
- **ABUZ ECONOMIC:** Încercarea de a face persoana dependentă financiar, de exemplu menținerea unui control total asupra resurselor financiare, îngrădirea accesului la bani, interzicerea frecventării școlii / continuării studiilor sau angajării la un post de muncă.
- **VIOLENȚA SPIRITUALĂ:** de exemplu: limitarea sau interzicerea practicării unui cult religios sau unui mod de viață.

## 9. NOȚIUNI DE BIOETICĂ

- 9.1. Fertilizarea "în vitro" (legislație)
- 9.2. Donarea și transplantul de organe (legislație)
- 9.3. Clonarea (legislație).



### a. Fertilizarea "în vitro" (legislație)

Fertilizarea în vitro (FIV) este o componentă a Reproducerii Umâne Asistate Medical (RUAM), și reprezintă un proces prin care spermatozoidul bărbatului, fecundează ovulul femeii în laborator.

Acolo se formează embrionul care este transferat în uterul mamei în general la 72 ore de la concepție. Fertilizarea nu intervine în complexul genetic al copilului, astfel că între fătul creat în vitro și fătul procreat natural nu apar deosebiri ale dezvoltării. Atunci când toate alte metode de concepție nu mai pot fi aplicate, FIV este ultima soluție pentru femeia sterilă sau bărbatul steril.

Punerea la punct și utilizarea acestui procedeu în tratarea infertilității la om a fost realizată de către medicul britanic șir Robert Geoffrey Edwards, permițând nașterea, la 25 iulie 1978, în clinica Bourn Hall din Londra, a primului copil conceput prin acest procedeu, Louise Joy Brown.

Fertilizarea în vitro a devenit ulterior o metodă răspândită de tratare a infertilității iar Edwards a primit în 2010 Premiul Nobel pentru Fiziologie sau Medicină „pentru dezvoltarea fertilizării în vitro”.

## 9.1. Fertilizarea în vitro în România

Fertilizarea în vitro este practică și în România din anul 1993. Aproape 4.000 de cupluri de români vor, anual, să apeleze la această procedură. În anul 2008 existau 10 centre medicale unde se practică fertilizarea în vitro.

### b. Donarea și transplantul de organe (legislație)

Transplantul de organe este o activitate medicală complexă prin care sunt înlocuite, în scop terapeutic, organe, țesuturi sau celule, din organismul uman, compromise din punct de vedere funcțional, cu structuri similare sănătoase.

Fiind metodă excepțională de tratament, transplantul este justificat după ce s-au epuizat toate celelalte forme și modalități de tratament.

Transplantul de organe, țesuturi sau celule presupune prelevarea acestora de la un donator și implantarea lor la un primitor.

Prelevarea este recoltarea de organe, țesuturi sau celule umane sănătoase morfologic și funcțional, în vederea realizării unui transplant. Transplantul este implantarea organului, țesutului sau celulelor, în scop terapeutic, în organismul unui om bolnav. Prelevarea organelor, țesuturilor și celulelor de origine umană se pot face atât de la donatori vii sau de la donatori decedați.

Prelevarea de la donatorii vii se face de la persoane majore, cu capacitate de discernământ, după obținerea prealabilă a consimțământului informat, scris, liber și expres al acestora, după informarea lor de către medic, asistentul social sau alte persoane cu pregătire de specialitate, asupra eventualelor riscuri și consecințe pe plan fizic, psihic, familial și profesional, rezultate din actul prelevării, donatorul putând reveni asupra consimțământului dat până în momentul prelevării.

Donarea se face în scop umanitar, are caracter altruist și nu constituie obiectul unor acte și fapte juridice sau urmarea unei constrângeri de natură fizică sau morală.

Este interzisă prelevarea de organe, țesuturi și celule de la minori, cu excepția prelevării de celule stem hematopoietice, cu consimțământul minorului și cu acordul scris al ocrotitorului legal. Refuzul scris sau verbal al minorului împiedică orice prelevare.

Prelevarea de la donatorii decedați se face numai cu consimțământul scris al cel puțin unuia dintre membri majori ai familiei sau al rudelor, în următoarea ordine: soț, părinte, copil, frate, soră sau persoană autorizată în mod legal.

Prelevarea se poate face fără consimțământul membrilor familiei, dacă, în timpul vieții, persoană decedată și-a exprimat opțiunea în favoarea donării, printr-un act notarial de consimțământ pentru prelevare.

Prelevarea nu se poate face sub nici o formă, dacă, în timpul vieții, persoana decedată și-a exprimat deja opțiunea împotriva donării, printr-un act de refuz al donării, avizat de medicul de familie. Transplantul de organe, țesuturi și celule de origine umană se face numai în scop terapeutic, cu consimțământul scris al primitorului, după ce acesta a fost informat asupra riscurilor și beneficiilor procedurii.

Când primitorul este în imposibilitate de a-și exprima consimțământul, acesta poate fi dat în scris de către unul din membrii familiei sau de către reprezentantul legal al acestuia. În cazul minorilor sau persoanelor lipsite de discernământ, consimțământul va fi dat de părinți sau de celelalte persoane, care au calitatea de ocrotitor legal al acestora.

#### **a. Clonarea (legislație)**

Clonarea este o formă de reproducere asexuală. Un copil produs prin clonare ar fi duplicatul genetic al unei persoane existente. Clona nu va fi nici fiica sau fiul, sau sora, fratele geamăn al persoanei clonate ci va intra într-o nouă categorie.

#### **Argumentele împotriva clonării umane**

1. Clonarea reproductivă va transforma copiii clonați și oamenii în general în obiecte care pot fi construite pentru a prezenta anumite caracteristici - copii la comandă.
2. Clonarea reproductivă va diminua sensul singularității ca individ și a libertății, conducând la defavorizarea clonelor față de non - clone.
3. Copiii clonați vor fi crescuți inevitabil „în umbra” donatorilor lor, ducând la constrângerea dezvoltării lor psihologice și sociale.
4. Clonarea reproductivă este în mod inerent nesigură. 95% dintre clonările de mamifere din experimente au condus la eșecuri sub forma de avorturi și anomalii amenințătoare de viață. Unii cercetători consideră că nici o clonă nu este per total sănătoasă. Tehnica nu a putut fi dezvoltată pentru oameni fără a pune siguranța fizică a clonelor și femeilor care le-ar fi purtătoare la un risc ridicat.
5. Dacă clonarea reproductivă este permisă și devine acceptată este greu de a prevedea cum se vor restricționa alte aplicații periculoase ale geneticii și tehnologiei nucleare. Totuși orice tehnologie medicală poartă un grad de risc iar societatea umană va învăța să accepte sau să respingă orice tehnologie propusă pe baza meritelor sale.
6. Dolly a fost concepută folosind o celulă feminină. Nu s-au utilizat celule de la un berbec. Dacă tehnica va fi perfecționată la oameni nu vor mai fi necesari genetic bărbații.
7. Unele persoane și-au manifestat îngrijorarea față de efectele clonării față de relațiile interumane. Un copil clonat va fi un geamăn întârziat al părinților donorului.
8. Cei mai mulți susținători ai pro - vieții susțin că ovulul fertilizat este o persoană umană, când îi este înlăturat nucleul aceasta este ucisă, unele persoane religioase consideră că clonele s-ar naște fără suflete.

## Argumente în favoarea clonării reproductive

1. Clonarea reproductivă poate dăruia copii înrudiți genetic persoanelor care nu pot fi ajutate prin alte tratamente de fertilizare.
2. Va permite lesbienelor să conceapă un copil fără a folosi spermă de la un donor, iar homosexualilor să conceapă copii care să nu aibe gene derivate de la o donoare de ovul.
3. Permite părinților care au pierdut un copil prin deces recuperarea.
4. Clonarea este un drept reproductiv și trebuie permisă o dată ce este la fel de sigură precum reproducerea naturală.
5. Ajută la înțelegerea cauzei avorturilor spontane.
6. Permite înțelegerea procesului de atașare a morulei la peretele uterin, generând astfel idei pentru noi contraceptive cu mai puține efecte adverse.
7. Creșterea rapidă a morulei (al doilea stadiu după blastulă) este similară cu rata la care se divid celulele canceroase. Este considerată o metodă pentru a descoperii cum pot fi oprite în diviziune aceste celule.
8. Pacienții părinți care pot transmite un defect genetic la copii pot beneficia de clonare. Un ovul fertilizat poate fi duplicat, iar duplicatul testat pentru afecțiune. Dacă cuplul nu prezintă boli genetice ovulul va fi împlântat în uter.
9. În fertilizarea în vitro convențională doctorii încep prin fertilizarea a mai multor ovule și implantarea acestora în uter. Unele femei a căror șansă de a rămîne gravide este mică, deoarece pot susține doar un singur ovul în uter beneficiază de această tehnică în care zigotul poate fi divizat în pînă la 8 embrioni. Astfel șansele femeii de a rămîne însărcinată sunt mult mai mari.
10. Clonarea poate pregăti pentru înghețare mai mulți embrioni genetic identici cu cel principal, astfel putînd fi folosiți dacă copilul donor necesită un transplant de măduva de la un geamăn identic.
11. O femeie poate să dorească o sarcină dublă sau triplă față de una unică. Motivele cuprind: diminuarea injuriei uterului, posibilitatea delivrenței vaginale, gemenii fiind mult mai mici decât feteșii unici, minimalizarea discomfortului nașterii la un singur eveniment.
12. Aplicațiile în chirurgia plastică, reconstructivă și cosmetică. Cu această nouă tehnologie în locul folosirii materialelor străine doctorii vor fabrica țesuturi care să se potrivească bolnavului.
13. Implanturile mamare vor fi făcute din țesuturi umane aparținînd pacientului. Implanturile cu materiale artificiale determină numeroase efecte adverse asupra sistemului imun.

**În România clonarea umană este interzisă prin lege.**

## Bibliografie

1. Adler Alfred – Cunoașterea omului, Ed. Iri, București; 2005
2. Anton Moisin – Arta educării copiilor și adolescenților în școală, D.P.; 2001
3. Cucu C. Ioan – Psihologie medicală. Ed. Literara, București; 1980
4. Cucu M., Penciu P. – Igienă și organizare sanitară. Editura Didactică și Pedagogică, București; 1975
5. Bernard Lown – Arta pierdută a vindecării. Ed. Științelor Medicale, 1999
6. Emil Rădulescu – Alimentație inteligentă .Ed. Viață și Sănătate
7. Emil Rădulescu – Întrebări, controversate și obiecții .Ed. Viață și Sănătate, București; 2007
8. Druță Florin, – Psihosociologia familiei, E.D.P., București; 1998
9. Dumitrescu, Marinela, Dumitrescu, Sorina, – Educația pentru sănătate mentală și emoțională, Ed. Aramis; 2005
10. Liviu Vulcu – Tratat de sănătate publică, vol.III. Ed. Universității Lucian Blaga, Sibiu; 2006
11. Călin Răzvan, Cristian Tudor – Politica de mediu, București, Editura Tritonic, 2007
12. Andreas Connirae, Andreas Steve – Inima minții – Ed. Excalibur, București, 2008



**SĂNĂTATE**

**INTEGRARE  
SOCIALĂ**

**EDUCAȚIE**

**CONSILIERE  
VOCAȚIONALĂ**