

**Autoare:**

Domnica Petrovai  
Bogdana Bursuc  
Raluca Tătaru  
Maria Nistor

**Referenți științifici:**

Adriana Băban  
Mircea Miclea

**Coordonatoare proiect:**

Alina Chiriac

# CUM SĂ NE DEZVOLTĂM UN STIL DE VIAȚĂ SĂNĂTOS

**Modalități de integrare a dimensiunii de gen  
în educația pentru sănătate**

Această lucrare a apărut în cadrul proiectului "Diferențe de gen și stil de viață sănătos" implementat de Centrul Parteneriat pentru Egalitate (CPE) și finanțat de CPE din fonduri primite de la Fundația pentru o Societate Deschisă (www.osf.ro) și Network Women Program (www.soros.org/women).

#### 2004 CPE

Copyright-ul pentru această publicație aparține Centrului Parteneriat pentru Egalitate. Reproducerea parțială sau integrală prin orice mijloace (electronice, mecanice, fotocopiere, înregistrare) a oricărui material din această publicație este strict interzisă în scopuri comerciale, fiind supusă prevederilor legii drepturilor de autor și drepturilor conexe. Textele sunt concepute în scopuri educative, acestea putând fi reproduse doar în condițiile menționării sursei.

#### Consultanți:

**Stefania Miclea**, psihologă, Centrul de Boli Metabolice și Diabet, Cluj-Napoca

**Silvia Tinică**, profesoară, Casa Corpului Didactic, Cluj-Napoca

**Diana Calenic**, psihologă, Centrul Parteneriat pentru Egalitate

**Elena Salomia**, psihologă, Centrul Municipal de Asistență Psihopedagogică București

**Irenke Turucz**, instructora sportivă, Federația Română de Sport

#### Coordonare editorială:

**Camelia Stanciu**

## **CUPRINS**

Prefață	<b>4</b>
Introducere	<b>5</b>
<b>CAPITOLUL 1</b>	
Dimensiunea de gen a educației pentru sănătate	<b>11</b>
<b>CAPITOLUL 2</b>	
Comportamente sănătoase	<b>31</b>
<b>CAPITOLUL 3</b>	
Sănătate mentală și emoțională	<b>73</b>
<b>CAPITOLUL 4</b>	
Dimensiunea socială a sănătății	<b>97</b>

# Prefață

Lucrarea de față, expresie a unor cercetări laborioase prezentate însă cu maximă concizie și claritate, se adresează în egală măsură profesorilor și elevilor, educatori și educați. Întâi de toate, ea introduce dimensiunea de gen în educația pentru sănătate. Așa cum realitatea trebuie privită prin ambii ochi, nu numai printr-unul, tot astfel și problemele legate de sănătate trebuie privite prin perspectiva celor două genuri. Cercetările din ultimele două decenii asupra sănătății au arătat că există mari diferențe între fete și băieți în ce privește: (a) tipul de boli pe care îl pot avea cu prevalență; (b) comportamentele de risc; (c) trăirea stării de sănătate și boală; (d) comunicarea riscului și reactivitatea la boală etc. Așa cum percepem mai bine realitatea cu ambii ochi, tot astfel e nevoie de o înțelegere "binoculară", din perspectiva celor două genuri, a sănătății. Spus scurt, dimensiunea de gen ne ajută atât să înțelegem mai bine sănătatea și boala, cât și să intervenim mai eficace atunci când e cazul. E un mare pas înainte față de situația în care profesorii își aduceau aminte de diferențele dintre fete și băieți doar cu ocazia orei de educație și igienă sexuală!

În al doilea rând, lucrarea de față oferă numeroase informații și know-how pentru promovarea stilului de viață sănătos în rândul elevilor. Ea accentuează abordarea pozitivă în educația pentru sănătate: cea mai bună metodă de reducere a comportamentelor patogene, de risc, este cea de achiziție și promovare a comportamentelor sanogene. Se poate reduce fumatul, consumul de alcool, violența domestică doar prin întărirea comportamentelor sănătoase: exercițiu fizic, igienă psihică, relații sociale adecvate, metode de prevenție și rezolvare a conflictelor etc. În general, pentru a reduce răul trebuie întărit binele.

În al treilea rând, cartea îmbină în chip fericit rigoarea științifică cu eleganța didactică: sunt prezentate multe activități recomandate profesorilor în munca la clasă, se oferă rezumate concise ale unor cercetări laborioase, se prezintă numeroase strategii și programe de intervenție și prevenție. Cartea arată cum poți face să crească valoarea cunoștințelor științifice prin convertirea lor în sugestii educative. Cartea va schimba mult în bine modul în care se va face educația pentru sănătate în școlile noastre.

Profesor Dr. Mircea Mică

# Introducere

Sper și anticipez că bucuria viitorilor cititori ai ghidului "Cum să ne dezvoltăm un stil de viață sănătos. Modalități de integrare a dimensiunii de gen în educația pentru sănătate" va fi la fel de mare ca și a mea. Plăcerea de a lectura, în calitate de referent științific, ghidul de față și de a scrie introducerea sa, a fost generată de cel puțin cinci motive.

În primul rând, relevanța și semnificația educației pentru sănătate pentru procesul educațional. Dreptul la sănătate este unul fundamental, așa cum este și dreptul la educație. Sănătatea este o valoare și o condiție indispensabilă pentru toate celelalte activități umane, pentru nivele înalte de competență și performanță, pentru bucuria de a trăi, pentru sentimentul de bine și siguranță oferit celor pe care îi iubim. Granița dintre sănătate și boală nu este atât de clar conturată precum s-ar crede. Pentru a ajunge la o stare de sănătate optimă, este necesar să fim conștienți de factorii de risc și de cei de protecție; să avem informații corecte și cunoștințe adecvate despre aceștia; să avem o atitudine pozitivă față de factorii de protecție și una negativă față de cei de risc; să practicăm comportamentele sănătoase și să le evităm pe cele nocive. Organizația Mondială a Sănătății demonstrează că 50% din totalul cauzelor de decese se datorează unui stil de viață nesănătos, în care fumatul, abuzul de alcool, sedentarismul, alimentația irațională au efecte deosebit de nocive. Cu alte cuvinte, jumătate din cauzele de mortalitate sunt prevenibile prin modificarea stilului de viață.

Stilul de viață sănătos este "vaccinul", cel mai eficient pentru bolile care nu au un tratament curativ, de vindecare. Din nefericire, în această categorie se includ de fapt majoritatea bolilor. Diabetul, cancerul, bolile cardiovasculare, SIDA sunt mai bine monitorizate și controlate astăzi de către medicina modernă decât acum două-trei decenii, dar ele nu sunt eradicate prin tratamente medicale specifice. Deși companiile farmaceutice depun eforturi uriașe de a ne convinge de miraculoasele efecte ale "pastilelor", încă nu au fost produse medicamentele care să reducă țesutul adipos al corpului sau care să activeze sistemul cardiovascular la fel cum o face exercițiul fizic practicat sistematic. Până când "pastila magică" va fi descoperită (dacă acest lucru se va întâmpla vreodată) comportamentele preventive sunt cele care au funcții "magice". În consecință, acestea trebuie promovate și încurajate la toate vârstele.

Fiecare copil și tânăr are dreptul să fie educat într-o școală care promovează sănătatea, în sensul holistic, și nu doar de absență a bolii. Școala trebuie să devină locul central în care accesul la sănătate este facilitat prin educație. Copilăria și adolescența sunt perioade de asimilări masive, de formare a unor atitudini și abilități care se vor transforma în instrumente pentru tot restul vieții. Dacă ne întrebăm de ce noul model de școală românească promovat după 1990, a considerat mult timp că intersecția dintre dreptul la educație și la sănătate nu reprezintă o prioritate, nu vom primi răspunsuri facile și rapide. Important este că acum creatorii de politici educaționale din România au realizat semnificația majoră a unei astfel de schimbări și consecințele benefice pe termen scurt, mediu și lung pe care le implică introducerea educației pentru sănătate în școli. Acest deziderat se va materializa din anul școlar 2004, iar ghidul de față se conturează ca un instrument necesar și deosebit de util în transpunerea dezideratului în practica și în viața cotidiană a școlii și a elevilor săi.

În al doilea rând, ghidul de față abordează un fenomen în general ignorat nu doar de școli, profesori, părinți și elevi, dar și de mulți specialiști ai științelor sociale, și anume dimensiunea de gen. În ciuda relevanței dimensiunii de gen pentru toate domeniile de viață, subiectul este fie ignorat, fie controversat sau disputat cu patimă neproductivă. Confuzia dintre sex și gen este notorie chiar între specialiști. De exemplu, sintagma "diferențe de sex în ..." (exprimarea emoțională, atitudinea față de computer, opțiunea profesională etc.) se regăsește în mod eronat în unele cercetări care de fapt studiază aspectele de gen, adică modul în care societatea și cultura construiesc diferite atitudini și comportamente fetelor și băieților, respectiv femeii și bărbații.

Dimensiunea de gen este controversată (în cazul în care nu este un subiect tabu, care nu permite chestionare și încălcări de norme și prescripții) cel puțin din două rațiuni:

(1) un anumit set de atribute este asociat exclusiv cu un sex sau altul, iar acestea se conturează în masculinitatea și feminitatea dezirabilă (de exemplu, logic, rațional, competent, independent, lider pentru masculinitate; sensibilă, intuitivă, empatică, dependentă pentru feminitate). Intersectarea celor două seturi de atribute la o singură persoană (bărbat sau femeie) este evaluată ca abatere de la norma socială și calificată ca femeie masculinizată sau bărbat efeminat. Este bărbatul doar rațional și logic, lipsit de căldură afectivă? Răspunsul este: cu siguranță NU. Este femeia predominant intuitivă și sensibilă și în procent nesemnificativ rațională? Răspunsul este același, NU.

(2) societatea valorizează într-o măsură mult mai mare așa numitele trăsături masculine, dezirabile pentru viața publică, în timp ce trăsăturile etichetate ca feminine, sunt percepute ca o complementaritate necesară masculinității, dar cu potențial disfuncțional pentru spațiul public; altfel spus, locul propice de manifestare a trăsăturilor feminine este spațiul privat (sau profesiile care solicită astfel de atitudini: educatoare, învățătoare, soră medicală etc). Consecințele acestor construcții sociale masculinitate-feminitate sunt diverse, unele dramatice, altele cu efecte mai puțin evidente. Aș aminti aici doar faptul că 80% din copiii abandonați în orfelinatele din China sunt fete, iar avorturile selective (în funcție de sexul fătului) au condus la o situație demografică incredibilă. În 1991 în China existau 689 bărbați necăsătoriți la 100 de femei necăsătorite, situație fără precedent care a determinat guvernarea chineză să nu mai facă publice datele despre raportul bărbați-femei.

Chiar psihologi de renume (cum este cazul lui J.B. Watson, celebrul promotor al curentului american behaviorist) pledau pentru o educație diferențiată a băieților față de cea a fetelor, aplicând aceste convingeri în educarea propriilor copii. În calitate de adulți, cei doi fii a lui J. Watson s-au confesat publicului larg, cum lecțiile de tâmplărie, de box, de reparații ale casei, străngerile bărbătești de mână dintre tată și fiu, nu au reușit

niciodată să compenseze deprivarea emoțională și absența exprimării afective la care i-a supus tatăl lor, cu buna intenție de a educa "bărbați adevărați". Fără să sugerez o relație directă între cele două aspecte, amintesc că fiul cel mare al lui Watson, psiholog de profesie la fel ca și tatăl său, s-a sinucis când era tânăr.

Convingerile, adânc înrădăcinate în mentalul colectiv, că bărbații și femeile sunt ființe umane total diferite, dincolo de diferența de trăsături anatomice și fiziologice (convingeri ce se regăsesc în texte religioase, coduri penale, literatură, cărți de popularizare, vezi volumul de mare succes "Femeile de pe Venus, bărbații de pe Marte"), au condus la tratamente diferite față de cele două sexe. Pentru a înțelege mai bine de ce stereotipurile de gen sunt atât de puternice și pervazive, apelez la ceea ce psihologul american Allport, scria în 1954: pentru a gândi eficient, mintea omului are nevoie de ajutorul unor categorii. Cercetătorii din domeniul neuroștiințelor arată că sistemul cognitiv uman are o capacitate limitată de procesare, în condițiile în care acesta se confruntă zilnic cu un adevărat bombardament informațional. Pentru a funcționa eficient creierul uman recurge la "scurtături" mentale. Acestea sunt categoriile și schemele cognitive care ne permit să facem inferențe și generalizări ale unor judecăți și raționamente. Gruparea indivizilor în categorii reduce cantitatea de efort necesar pentru a înțelege și interacționa cu persoane. Pe baza acestor categorii facem generalizări asupra gândurilor, emoțiilor și comportamentelor unei persoane. Avem astfel și explicația cognitivă (pe lângă cea socială) de ce ne e mai simplu să gândim dihotomic (de exemplu, bărbat versus femeie, alb versus negru, tânăr versus vârstnic etc.) și modul în care se dezvoltă stereotipurile. Renumitul filozof și teoretician al educației, J. Bruner introduce în 1957 termenul de categorie primară, care poate fi regăsită în orice cultură. Antropologii au demonstrat că practic în fiecare limbă și cultură pot fi identificați termeni care descriu categoria de gen.

Categoria de gen este una dintre primele categorii asimilate de către copil (în jurul vârstei de doi ani), așa cum arată Kohlberg în 1966. Prin observarea celor din jur și prin modul diferit în care sunt socializați (începând cu hainele roz pentru fetițe și cele albastre pentru băieți, cadourile diferite, păpușă versus mașină; activitățile diferite în care sunt antrenați: fetița alături de mamă în bucătărie, băiatul alături de tată în activități sportive sau de reparații) copiii dezvoltă categoria de gen pentru a-i înțelege pe alții și pe sine. Genul devine astfel și una din componentele esențiale ale imaginii de sine. Odată dezvoltată imaginea de sine ca aparținând unui anumit gen, aceasta va influența gândurile, emoțiile și comportamentele. Familia, școala, mass-media, comunitatea oferă întăriri sociale pentru conformismul cu prototipul de gen promovat de cultura respectivă, sau din contră, penalizări sociale (marginalizare, ridiculizare, excludere) pentru ignorarea prescripțiilor de gen.

Stereotipurile de gen sunt larg acceptate în societate tocmai pentru sentimentul de familiaritate pe care îl oferă, iar consensul este deseori luat drept criteriu de adevăr. Calitatea de "adevăr" transformă stereotipul în valoare, iar "valorile" trebuie să fie cultivate și practicate. Deci fetele și băieții încearcă să-și cultive o imagine de sine în consens cu valorile societății. Iată de ce bărbații și femeile continuă să se poarte conform stereotipurilor de gen. Părintele sau profesorul consideră firesc ca fetele să fie mai timide, dar ridiculizează băiatul cu aceeași caracteristică. În acest sens, există multe cercetări care au demonstrat existența unui număr mare de diferențe în abilitățile cognitive, emoționale și sociale, între fete și băieți. Ceea ce nu au reușit însă să demonstreze aceste cercetări este originea diferențelor identificate; diferența biologică fiind cea mai la îndemână, ea este transformată în argument pentru diferențele de funcționare. O a doua categorie de cercetători încearcă să convingă că aceste diferențe sunt practic minime sau inexistente și crează o presiune

asupra populației de sex feminin de a se comporta conform normelor masculine pentru a demonstra că femeile nu sunt inferioare bărbaților.

În ciuda acestor controverse, psihologia socială este unanimă în a considera că dacă diferențele în oportunități și experiențe ar fi eliminate, diferențele de gen ar fi neesențiale. Există două modalități de a rupe cercul vicios al stereotipurilor de gen: modificarea instituțiilor publice și educarea copiilor, tinerilor și adulților. Aspectul cheie în procesul educațional și social trebuie să devină crearea de oportunități egale de dezvoltare atât pentru fete cât și pentru băieți. Altfel spus, să lăsăm biologicul să își spună cuvântul în privința diferențelor, dar să nu adăugăm prin părghiile sociale, culturale și educaționale, altele noi. Programele educaționale în care genul nu restricționează șansele nimănui (fată sau băiat) sunt cele care promovează competența individuală, indiferent de sexul biologic.

Când psihologa Sandra Bem publica în 1974 teoria personalității androgine (unde o personalitate armonioasă este considerată a fi o combinație de trăsături masculine și feminine, atât pentru bărbat cât și pentru femeie) momentul a fost evaluat ca un pas decisiv în provocarea stereotipurilor de gen. Teoria a dat speranța unor posibile modificări ce depind de decizii individuale. Bem sugera că indivizii, femei sau bărbați, fete sau băieți, trebuie să facă eforturi de schimbare personală. Deși inițial bine primită de comunitatea științifică, teoria androginității este în fapt o teorie limitativă, lipsită de perspectiva socială. Se pare că Sandra Bem a uitat că indivizii operează într-o lume reală, cu o anumită ordine socială. Există o limită până la care persoanele se pot schimba în condiții de restricții și prescripții normative; mai mult chiar, ele nu sunt nici suficiente, nici ușor de atins dacă instituțiile sociale (în primul rând școala, dar și mass-media, organizațiile profesionale, instituțiile decidente) nu crează un cadru propice și nu promovează aceste schimbări.

Este cel de al treilea mare merit al acestui volum, de a integra două aspecte fundamentale în dezvoltarea unui copil și tânăr, educația pentru sănătate și dimensiunea de gen. Prin efortul de integrare pe care îl realizează, volumul țintește (cu succes) un triplu obiectiv:

- (1) acela de a oferi informații asupra modului în care educația pentru sănătate trebuie realizată în școli;
- (2) de a releva modul în care socializarea diferită a fetelor și băieților se transformă în factori de risc pentru îmbolnăviri și accidente;
- (3) de a arăta modul în care stereotipurile de gen ca și factori de risc pentru sănătate, pot și trebuie să fie minimalizați sau chiar neutralizați la orele de educație pentru sănătate. Mesajele de sănătate deseori vin în conflict cu mesajele despre așa zisa "bărbăție" și masculinitate, respectiv feminitate. Pe de o parte, programele de educație pentru sănătate învață tinerii că un comportament violent este neadecvat și periculos, dar în același timp, cultural imaginea masculinității este asociată cu putere, control și dominare, uneori chiar cu agresivitate. Uneori părinții sunt aceia care consideră drept un comportament inadecvat, de fetiță, dacă un băiat nu știe să riposteze la un "atac" din partea partenerilor de joacă. În forma sa extremă, aceste norme se manifestă prin acceptarea culturală a violenței bărbatului asupra femeii.

Normele de gen implică neajunsuri atât pentru fete cât și pentru băieți. Aceștia din urmă se simt obligați să fumeze, să consume alcool, să devină activi sexual cât mai de timpuriu, să nu își exprime sensibilitatea, să fie duri, uitând că modelul de masculinitate de genul Rambo sau James Bond, este unul al unor eroi de celuloză. Fetele preferă să sufere de malnutriție doar pentru a se apropia de idealul "90-60-90" promovată de podiumul paradelor de modă. Atât băieții cât și fetele trebuie încurajați să reflecteze asupra modu-



lui în care normele sociale de gen îi "amprentează", și de multe ori îi "asupresc", creându-le o identitate duplicitară, pe care probabil că nici nu și-o doresc. Ghidul de față învață tinerii cum să reziste presiunilor sociale în scopul unei sănătăți biologice, psihice și sociale asumate și a unei calități superioare a vieții, atât individuală cât și colectivă.

Al patrulea motiv de bucurie generat de lecturarea ghidului se datorează calității informației și modului de prezentare a acesteia. Prima condiție a oricărui material/program educativ este aceea de a nu face rău, înainte de toate. Volumul de față nu doar că depășește cu brio prima condiție, dar are încă multe alte calități pe lângă cele semnalate până acum. Informația oferită profesorilor se bazează pe cele mai pertinente surse științifice de dată recentă. Stilul de redactare este clar, accesibil profesorilor de specialități foarte diferite. Informația teoretică este dublată de cea cu relevanță aplicativă. Psihologia este disciplina care ne arată că o decizie bună se ia pe bază de informații, cunoștințe, atitudini și abilități. Ghidul furnizează acele instrumente necesare pentru ca școala și profesorul să învețe copiii și tinerii despre riscurile fumatului, drogurilor, alimentației iraționale, abuzului de alcool; să spună NU acestor comportamente de risc și să practice comportamentele sanogene. Perspectiva holistică prin care este abordată sănătatea, ca dimensiune fizică, emoțională, comportamentală și socială, integrată cu dimensiunea de gen, fac ca acest ghid să aibă un caracter de "pionerat" în peisajul publicistic educațional românesc.

Al cincelea motiv de plăcere la lecturarea acestui volum, dar cu siguranță nu și ultimul, a fost generat de modul în care autoarele volumului, tinere absolvente ale Facultății de Psihologie și Științele Educației din Universitatea Babeș-Bolyai Cluj-Napoca, au știut să transpună în instrumente practice, achizițiile teoretice. Efectul informativ și formativ al diverselor cursuri oferite în cadrul universității, și așa enumera aici: Psihologia sănătății, Modificări cognitiv-comportamentale, Consilierea în sănătate și boală, Consilierea școlară, Gen și sănătate, Psihologia școlară, Psihologia dezvoltării, este perpetuat prin profesionalismul de care au dat dovadă autoarele, din spațiul universitar la unul cu impact mult mai larg, și anume cel școlar. Este meritul celor patru tinere autoare de fi înțelese că rolul psihologilor nu este acela de a sta în cabinete sau birouri confortabile, așteptând ca persoanele cu probleme să vină și să ne solicite ajutorul.

A anticipa nevoile comunității și a educa în vederea prevenirii diverselor disfuncții individuale și sociale, fizice și psihice, în scopul promovării calității vieții, demonstrează din plin că autoarele au înțeles rolul psihologiei și a psihologului pentru viața publică.

Mesajul cărții este clar: școala trebuie să fie o instituție unde egalitatea de gen trebuie promovată, nu doar la nivel declarativ, ci mai ales în practicile cotidiene; schimbările individuale sunt facilitate și încurajate de schimbări instituționale. Volumul demonstrează cum școala și profesorii pot și trebuie să devină actori principali, catalizatori în inițierea și atingerea unor transformări reale și dorite.

În final, așa aminti, pe lângă meritul autoarelor de a produce acest ghid educativ valoros, meritul Centrului Parteneriat pentru Egalitate (CPE) de a fi intuit relevanța subiectului și de a fi susținut proiectul de realizare a acestuia. Sper că astfel de inițiative și produse vor continua să apară, în beneficiul elevilor și școlii românești.

Profesor Dr. Adriana Băban



Dimensiunea de gen a  
educației pentru sănătate

## Dimensiunea de gen a educației pentru sănătate

### 1.1. Sănătate și stil de viață

- Ce este sănătatea și care sunt factorii care influențează starea de sănătate a unei persoane?
- Diferențe de gen în incidența unor boli
- Care sunt comportamentele sănătoase și comportamentele de risc pentru sănătate?
- Ce este stilul de viață?
- Ce este educația pentru sănătate?
- Care sunt abilitățile care au rol protector pentru sănătate?
- Cum comunicăm eficient informațiile privind comportamentele de risc în cazul copiilor și adolescenților?
- Educația pentru sănătate - aspecte importante ale unei abordări în funcție de vârsta elevilor

### 1.2. Dimensiunea de gen a educației pentru sănătate

- De ce există diferențe între femei și bărbați privind frecvența unor comportamente sănătoase sau de risc și incidența unor boli?
- Diferențe de gen privind starea de sănătate
- Promovarea echității de gen în educația pentru sănătate
- Care este impactul atitudinilor față de feminitate și masculinitate asupra sănătății?
- De ce fetele și băieții învață comportamente sănătoase și de risc diferite?

# Dimensiunea de gen a educației pentru sănătate



## 1.1. Sănătate și stil de viață

### Ce este sănătatea și care sunt factorii care influențează starea de sănătate a unei persoane?

Sănătatea este definită ca starea de bine fizică, mentală și socială a unei persoane. Sănătatea nu presupune doar absența bolii sau a infirmității (Organizația Mondială a Sănătății, 2000).

Sănătatea este definită ca starea de bine fizică, mentală și socială.  
(Organizația Mondială a Sănătății, 2000)

Factorii psihosociale care influențează starea de sănătate și de boală sunt:

- comportamente sănătoase și de risc;
- abilități cognitive, emoționale și sociale;
- atitudini și valori personale legate de sănătate.

### Perspective diferite asupra sănătății

În secolul al XIX-lea și la începutul secolului XX, sănătatea era definită doar ca absență a bolii. Această perspectivă asupra sănătății este denumită modelul biomedical al sănătății. Din perspectiva acestui model, sănătatea este studiată în termeni de reducere a îmbolnăvirilor, boala fiind determinată de factori biologici, chimici sau genetici. Boala este definită doar în termeni de tulburări la nivel biologic, chimic sau modificări la nivel genetic.

În anii '70, un medic pe nume Engel a constatat că există și alți factori care pot influența starea de boală în afară de cei identificați până în acel moment, adică cei biologici. Acești factori au fost denumiți factori psihosociale. Sănătatea este astfel redefinită din perspectiva acestei noi abordări biopsihosociale. Boala nu este explicată doar în termeni de prezență a unor disfuncții la nivel biologic, chimic sau genetic, ci și prin aspectele psihologice și sociale ale sănătății. Factorii psihologici care afectează starea de sănătate sunt atitudinile față de sănătate și comportamentele adoptate de o persoană.

Sănătatea unei persoane este influențată, alături de aspectele biologice, de factori cum ar fi:

- statutul socio-economic al persoanei - persoanele sărace dezvoltă în special anumite tipuri de boli, iar persoanele bogate alte tipuri de boli. De exemplu, cancerul de esofag, cel de stomac și de pancreas sunt mai frecvente la persoanele sărace, ele fiind denumite și cancerele sărăciei, în timp ce cancerul de piele și cel de colon sunt mai frecvente la persoanele bogate, fiind denumite cancere ale bogăției (Nicholas, 2000).
- cultura și rasa cărora le aparține persoana - există diferențe semnificative între culturi diferite privind incidența unor boli.

De exemplu, rata mortalității datorată bolilor cardiovasculare este în Franța de aproximativ 80 de decese din 100.000 pe an la bărbați și 20 de decese din 100.000 pe an la femei, în timp ce în Rusia rata mortalității este de 500 de decese din 100.000 pe an la bărbați și 80 de decese din 100.000 pe an la femei (Weidner, 2000). Mortalitatea datorată bolilor cardiovasculare în Rusia este de 4 ori mai mare decât în Statele Unite ale Americii.

- nivelul de educație al persoanei - există diferențe în incidența unor boli în funcție de nivelul educațional.
- genul persoanei - există diferențe semnificative între fete/femei și băieți/bărbați în incidența unor boli.

### Diferențe de gen în incidența unor boli

În anul 2002, durata medie de viață în România a fost de aproximativ 71 de ani (comparativ cu 78 de ani în țările Uniunii Europene), cu un avantaj de aproximativ 3-4 ani pentru femei comparativ cu bărbații. Acest avantaj al femeilor, cu valori mai mici sau mai mari, se regăsește în multe țări ale lumii.

După 1989, durata medie de viață a bărbaților a scăzut dramatic, începând să-și revină abia după 1996 (Galan ș. a., 2003).

Organizația Mondială a Sănătății ia în considerare durata medie de viață sănătoasă a omului. Din acest punct de vedere, durata medie de viață sănătoasă a românilor este de 61,7 ani (59,5 ani pentru bărbați și 64 de ani pentru femei). Mai mult, dacă se calculează procentul aproximativ de ani "pierduți" din viață datorită bolii, femeile au un procent mai mare de ani pierduți decât bărbații: 12,9% din durata posibilă de viață pentru femei comparativ cu 10,2% pentru bărbați (Organizația Mondială a Sănătății, 2001).

Boala cardiovasculară este principala cauză a mortalității în România (Alimentație, nutriție și prevenirea bolilor cardiovasculare în Uniunea Europeană, 1998).

### Boli cardiovasculare

Acestea reprezintă o cauză principală a mortalității în România și în Europa în general. Cifrele arată că, în anul 2000, au existat la noi în țară 667,8 decese datorate acestei cauze la 100.000 de locuitori, comparativ cu doar 257,8 decese la 100.000 de locuitori în Uniunea Europeană în 1999.

În 1993, la persoanele între 35 și 74 de ani, aproximativ 380 din 10.000 de decese la bărbați și 150 din 10.000 de decese la femei s-au datorat bolilor cardiovasculare. Mai grav este că între 1983 și 1993, România a înregistrat cea mai mare creștere a numărului de decese datorate acestor boli, comparativ cu alte state europene, și anume o creștere de 43% pentru bărbați și 25% pentru femei (Alimentație, nutriție și prevenirea bolilor cardiovasculare în Uniunea Europeană, 1998).

În 2001, numărul de femei care au murit datorită bolilor cardiovasculare îl depășește pe cel al bărbaților: 82.459 de decese (din 120.054 de femei decedate) comparativ cu 76.781 (din 139.549 de decese la bărbați). Adică aproximativ 68% dintre femeile decedate și 54% dintre bărbați au murit datorită bolilor cardiovasculare (Anuarul Național de Statistică, 2002).

Trebuie reținut că principalul rol în prevenirea bolilor cardiovasculare îl joacă alimentația adecvată și exercițiul fizic, evitarea fumatului și a consumului de alcool, precum și managementul adecvat al stresului.

### Cancer

Diferitele forme de cancer reprezintă a doua cauză a mortalității în România și în Europa. În 2001, 17.729 de femei (din 120.054 de femei decedate) comparativ cu 25.021 de bărbați (din 139.549 de decese la bărbați) au murit datorită cancerului (Anuarul Național de Statistică, 2002).

La femei, cele mai frecvente cazuri de cancer sunt cele de sân și de col uterin (ultimul având de fapt o rată relativ bună de vindecare, dacă e descoperit la timp), iar la bărbați cancerul pulmonar, cel ORL (datorat în principal fumatului) și cel de prostată.

În prevenirea cancerului sunt importante alimentația adecvată, exercițiul fizic, managementul stresului, dar și controalele medicale periodice.

La nivel mondial se remarcă o creștere semnificativă a numărului de femei care fumează.

În unele țări (ex. Irlanda) s-a ajuns ca numărul femeilor care fumează să fie mai mare decât cel al bărbaților.

### Consum de substanțe nocive

În România adulții cu vârsta între 25 și 44 de ani fumează în proporție de 43,45%. Dintre bărbați 61,7% fumează, iar dintre femei doar 25% (Sondajul de evaluare a stării de sănătate, 1995).

De asemenea, 2,8% dintre tinerii de 14 ani și 12,3% dintre cei de 16 ani fumează (Didilescu ș. a., 1996).

La nivel mondial s-a înregistrat o creștere semnificativă a numărului de fete și femei care fumează. În cazul persoanelor cu vârsta între 35 și 69 de ani, 24 din 1.000 de decese la bărbați și 2,3 din 1.000 de decese la femei sunt atribuite afecțiunilor cauzate de tutun.

Consumul de alcool a crescut de asemenea semnificativ în ultimii 10 ani, atât în rândul femeilor cât și al bărbaților. În cazul femeilor, consumul este mai dificil de estimat, deoarece ia de cele mai multe ori forma consumului de alcool "pe ascuns" (datorită normelor sociale nepermissive pentru femei, dar foarte permissive pentru bărbați în ceea ce privește consumul de alcool). 56,2% dintre românii peste 15 ani consumă alcool (66,3% dintre cei între 25 și 44 de ani), 3,7% fiind dependenți de alcool (Galan ș. a., 2003). Este important de reținut faptul că în majoritatea cazurilor de violență domestică din România este implicată - ca factor determinant - și o persoană alcoolică (Cercetarea Națională privind Violența în Familie și la Locul de Muncă, CPE, 2003).

### Comportamente de risc

Unul dintre principalele tipuri de comportamente de risc este comportamentul imprudent la volan.

Pentru persoanele din grupa de vârstă 15-34 de ani, accidentele rutiere constituie prima cauză a morții la bărbați și a doua la femei (Organizația Mondială a Sănătății, 2001). Aceste date se regăsesc în toate țările din Europa și se explică prin adoptarea de către bărbați a multor comportamente de risc.

### HIV/SIDA

În luna decembrie a anului 2001, erau înregistrate 7.761 de cazuri de persoane cu SIDA (numărul de băieți sau bărbați infectați fiind mai mare decât cel de femei: 4.494 comparativ cu 3.267 cazuri), dintre care 6.363 de copii. În cazul adulților, majoritatea cazurilor de infectare (aproximativ 42%) se datorează contactelor sexuale neprotejate de tip heterosexual. La copii, cauzele infectării au fost independente de aceștia, fiind vorba în principal de infecții nozocomiale sau transfuzii de sânge infectat (Anuarul Național de Statistică, 2002).



### Care sunt comportamentele sănătoase și comportamentele de risc pentru sănătate?

Sănătatea se întreține printr-o serie de comportamente, denumite comportamente sănătoase.

Formarea și dezvoltarea acestor comportamente sunt buni predictorii ai stării de bine fizice și psihice.

De exemplu, exercițiul fizic, realizat constant, este un comportament sănătos, care are rol protector pentru starea de sănătate prin beneficiile sale asupra organismului.

Comportamentele sănătoase sunt învățate de către copii în cadrul procesului de socializare prin observarea și imitarea adulților.

Alimentația este unul dintre comportamentele care se învață în cadrul familiei. Obiceiurile alimentare sunt de cele mai multe ori asemănătoare în cadrul aceleiași familii. Obişnuim să consumăm tipurile de alimente și să preferăm tipurile de preparare a alimentelor (prăjire, fierbere) care sunt frecvent utilizate în familie.

Comportamente sănătoase	Comportamente de risc
<ul style="list-style-type: none"><li>- exercițiu fizic (practicat de minim 3 ori pe săptămână);</li><li>- alimentație sănătoasă;</li><li>- echilibru somn-veghe;</li><li>- comportament sexual protejat;</li><li>- comportamente preventive (vizite medicale regulate, utilizarea centurii de siguranță, utilizarea cremelor de protecție solară, utilizarea echipamentelor de protecție).</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- sedentarism;</li><li>- alimentație nesănătoasă;</li><li>- fumat, consum de alcool, droguri;</li><li>- comportament sexual neprotejat;</li><li>- neutilizarea centurii de siguranță, a echipamentelor de protecție, a cremelor de protecție solară;</li><li>- nerespectarea unui program de controale medicale periodice.</li></ul>

### Sugestii de activități pentru profesori

Tematică: **Comportamente sănătoase și comportamente de risc.**

- Obiective:

- să identifice comportamentele sănătoase și de risc ce se regăsesc în special la fete și aceleași tipuri de comportamente ce se regăsesc în special la băieți.

- Competențe:

- identificarea motivelor pentru care fetele și băieții își dezvoltă comportamente sănătoase și de risc diferite;
- analiza tipurilor diferite de comportamente sănătoase și de risc "acceptate social" pentru fete și băieți.

- Metode:
  - discuțiile de grup, dezbateră, problematizarea.

Profesorii propun elevilor să realizeze individual o listă cu cele mai importante comportamente sănătoase. După ce fiecare își scrie propria listă se realizează un TOP 10 al celor mai importante comportamente sănătoase selectate de fete și un TOP 10 cu cele mai importante comportamente sănătoase selectate de băieți. Elevii sunt rugați să explice diferențele dintre listele de comportamente sănătoase oferite de către fete și de către băieți.

### **Ce este stilul de viață?**

Construirea unui stil de viață sănătos este principalul obiectiv al campaniilor de promovare a sănătății adresate copiilor și adulților.

Principalii factori care au impact asupra stării de sănătate sau boală sunt comportamentele care alcătuiesc stilul de viață: alimentația, practicarea exercițiului fizic, consumul de alcool<sup>1</sup>, fumatul, folosirea metodelor de prevenire a bolilor cu transmitere sexuală, adoptarea altor comportamente preventive (vaccinări, verificări medicale periodice), respectarea orelor de somn.

Promovarea stilului de viață sănătos este cea mai eficientă modalitate de prevenire a îmbolnăvirilor și de menținere a stării de sănătate (Woolf ș. a., 1996 apud. Courtaney, 2000).

### **Ce este educația pentru sănătate?**

Educația pentru sănătate este cea mai eficientă modalitate de prevenție a îmbolnăvirilor, de îmbunătățire și de menținere a stării de sănătate.

În sens larg, educația pentru sănătate este reprezentată de toate experiențele de învățare care conduc la îmbunătățirea și menținerea stării de sănătate.

În sens restrâns, educația pentru sănătate implică dezvoltarea abilităților cognitive, sociale și emoționale cu rol protector asupra sănătății și dezvoltarea unui stil de viață sănătos prin întărirea comportamentelor sănătoase și reducerea comportamentelor de risc.

### **Care sunt abilitățile care au un rol protector pentru sănătate?**

Așa cum s-a observat, starea de sănătate a unei persoane este influențată de o varietate de factori biologici, comportamentali și culturali. Există o serie de abilități cognitive, emoționale și sociale care au fost identificate ca având un rol de protecție a sănătății. Persoanele care au dezvoltate aceste abilități - fete sau băieți, femei sau bărbați - se adaptează mai ușor la situațiile de boală și au o calitate a vieții crescută.

De exemplu, exprimarea emoțională este unul din factorii care protejează sănătatea prin numeroasele beneficii pe care le are asupra sănătății fizice. Un aspect psihologic identificat la persoanele cu probleme cronice de sănătate este inhibarea exprimării emoționale. Aceste persoane nu își exprimă emoțiile legate de boală. Beneficiile exprimării emoționale pot fi obținute prin comunicarea cu membrii familiei sau cu prietenii.

O altă abilitate importantă legată de sănătate este aceea de solicitare a suportului social. Suportul social se referă la persoanele la care putem apela pentru ajutor sau suport emoțional, informațional sau instrumental (fizic, material). Aceste persoane reprezintă rețeaua noastră socială și aceasta este formată din membrii familiei, colegii de școală sau de la locul de muncă, prietenii.

Calitatea suportului social este legată de numărul de persoane (mărimea "rețelei sociale") și de profunzimea relațiilor cu acestea. În general, femeile beneficiază de un suport social mai mare, deoarece au mai multe relații sociale profunde, în timp ce bărbații au una sau două. Suportul social este un predictor important al sănătății fizice și mentale.

Abilitățile care au un rol protector asupra sănătății fizice și emoționale

## Cum comunicăm eficient informațiile privind comportamentele de risc în cazul copiilor și adolescenților?

Comunicarea consecințelor negative ale comportamentelor nesănătoase (denumite comportamente de risc) a fost principala activitate în programele de educație pentru sănătate. Astfel, a face prevenția fumatului sau a consumului de alcool a însemnat în fapt a oferi copiilor și adolescenților informații despre consecințele negative ale acestor comportamente de risc. Experiența specialiștilor și mai ales a profesorilor a arătat că aceste informații nu sunt suficiente pentru a determina schimbarea atitudinii copiilor și adolescenților față de aceste comportamente de risc.

Programele de educație pentru sănătate focalizate doar pe oferirea de informații despre comportamentele de risc influențează numai într-o mică măsură atitudinile și comportamentele copiilor și adolescenților.

Copiii învață comportamentele sănătoase (de exemplu, înotul) și comportamentele de risc, nesănătoase (de exemplu, fumatul) de la membri ai familiei, prieteni, persoane semnificative din jurul lor și din mass-media (reclame TV, articole din reviste, panouri publicitare, emisiuni radio). Atitudinea față de alcool se formează încă de la vârsta de 6-7 ani. De la vârsta de 6 ani copiii înțeleg normele sociale legate de consumul de alcool și fumat (a consuma alcool sau a fuma sunt "comportamente de adult"), dar încă nu au formată o opinie despre consumul de alcool. În consecință, o bună prevenție a comportamentelor de risc trebuie să înceapă de timpuriu.

Multe programe educaționale de prevenire a comportamentelor de risc au rezultate scăzute pentru că pornesc de la convingerea că informarea copiilor despre comportamente nesănătoase sau de risc îi determină pe aceștia să le respingă. Unele comportamente de risc cum ar fi fumatul sau consumul de alcool sunt prezentate de companiile producătoare ca fiind "numai pentru adulți", lucru care determină creșterea atractivității lor pentru copii și adolescenți.

Copiii învață mai eficient când li se prezintă nu doar informații despre consecințele negative ale unui comportament de risc (ex.: fumatul), ci când sunt și implicați în luarea unei decizii proprii cu privire la acel comportament. Ei respectă regulile care au fost negociate împreună cu ei și nu cele impuse de adult.

Campaniile de prevenție care moralizează, provoacă frică sau accentuează consecințele negative pe termen lung ale unor comportamente de risc au în general efecte opuse și sunt foarte limitate în eficiență. Mult mai eficiente sunt campaniile focalizate pe dezvoltarea deprinderilor cognitive și sociale care facilitează formarea unui stil de

O campanie de prevenire a consumului de alcool care a avut un mare succes în Statele Unite în rândul adolescenților a fost una în care o actriță cunoscută și admirată de adolescente a participat în campanie și a promovat mesajul "Alcoolul îngrașă!".

Pentru a fi eficientă, educația pentru sănătate trebuie să cuprindă tematici care să țină cont și de vârsta copilului, beneficiar al educației.

viață sănătos, cum ar fi negocierea, asertivitatea, abilitatea de a face față presiunii grupului, luarea de decizii.

Se recomandă ca programele de educație pentru sănătate să integreze perspectiva copilului asupra sănătății și să prezinte atât efectele comportamentelor de risc pe termen scurt și pe termen lung, cât și consecințele sociale relevante pentru copil.

Studiile de psihologie a sănătății arată că este semnificativ mai eficient ca prevenția să se focalizeze pe consecințele pe termen scurt ale unui comportament de risc și mai puțin pe consecințele pe termen lung. Copiii și adolescenții sunt interesați în special de consecințele unui comportament de risc asupra aspectului fizic (de exemplu, fumatul produce un miros urât al gurii și mâinilor și îngălbenirea pielii) și de relațiile sociale care interferează cu fumatul, și sunt mai puțin preocupați de faptul că pot dezvolta peste câțiva ani cancer pulmonar.

## **Educația pentru sănătate - aspecte importante ale unei abordări adaptate vârstei elevilor**

### **Preșcolarul**

Este recomandat ca programele care se adresează preșcolarilor să accentueze aspectele pozitive ale unor comportamente, să contribuie la dezvoltarea abilităților de luare a deciziilor și de căutare a suportului social. Acest lucru poate fi realizat prin utilizarea unor metode adecvate vârstei lor (jocul).

Perioada preșcolarității este importantă pentru dezvoltarea identității de gen și a comportamentelor specifice genului.

În această perioadă copiii, prin observarea adulților și în urma mesajelor transmise de către aceștia, învață să asocieze un anumit comportament specific genului lor cu un anumit comportament sănătos sau de risc.

De exemplu, copilul reține că este acceptabil social ca un băiat să alerge prin parc, în timp ce o fetiță trebuie să se joace într-un singur loc, în apropierea părinților săi.

### **Școlarul mic**

Programele de educație pentru sănătate destinate copiilor cu vârste cuprinse între 5 și 7 ani se focalizează în mod special pe: problematizarea presiunii grupului, modul în care ei răspund diferitelor surse de

influență (de exemplu, profesorii), presiunea noilor roluri (de exemplu, rolul de elev), sau presiunea de a se comporta conform unor roluri de gen.

Stereotipurile de gen sunt definite ca prescripții comportamentale asociate feminității sau masculinității.

Aceste prescripții sunt generalizate ("Toți bărbații fac ...", "Toate femeile trebuie să...").

Copiii, adolescenții și adulții rețin mult mai bine informații dacă sunt implicați în mod direct în transmiterea acestora către alte persoane.

Copiii și adolescenții vor învăța cum să-și dezvolte un stil de viață sănătos dacă îi vor învăța și pe alții despre acest lucru (copii, tineri sau chiar adulți).

Din punctul de vedere al abilităților cognitive, aceasta este perioada în care își însușesc relația cauză-efect ("dacă fumezi îți miroase urât gura") și răspund foarte bine la reguli. La această vârstă, programele de educație pentru sănătate trebuie să vizeze mai ales dezvoltarea abilităților sociale, cognitive, dezvoltarea abilităților de management al stresului și de autocontrol emoțional. La această vârstă, educația pentru sănătate este un proces gradual de transfer al responsabilității către copil prin încurajarea "tutoriatului natural" și a liderilor sau promotorilor educației pentru sănătate proveniți din rândul copiilor (Pelincsar, Brown, 1984 apud Maibach, Parrott, 1995).

### **Adolescentul**

Perioada de pubertate este o perioadă cu risc crescut pentru inițierea sau creșterea frecvenței comportamentelor de risc, cum ar fi consumul de alcool sau fumatul. Este perioada în care stereotipurile de gen legate de sănătate și comportamentele de risc devin relevante pentru tineri. De aceea este perioada în care este necesară abordarea în mod special a acestor stereotipuri ("este specific masculin să bei", "ești femeie modernă dacă fumezi", "pentru a se impune, bărbatul trebuie să fie dominant și agresiv").

Adolescenții caută soluții la problemele cu care se confruntă. Ei nu au nevoie de "predici" sau "sfaturi", ci au nevoie să fie percepuți ca o parte a soluției și nu ca o parte a problemei (Maibach, Parrott, 1995). Adică trebuie să fie văzuți (și creditați) mai ales ca instrument al schimbării în bine și al promovării stării lor de sănătate, nu ca "problema" pe care alții (adulții) trebuie să o schimbe.

Copiii învață ceea ce observă, dar imită doar ceea ce este recompensat, întărit (Bandura, 1999). De aceea este necesar să fie întărite comportamentele care au consecințe pozitive asupra sănătății (de exemplu, exercițiul fizic la fete) și ignorate cele care au consecințe negative asupra sănătății (de exemplu, consumul de alcool ca normă socială asociată cu masculinitatea).

## 1.2. Dimensiunea de gen a educației pentru sănătate

### De ce există diferențe între femei și bărbați privind frecvența unor comportamente sănătoase sau de risc și incidența unor boli?

Diferențele de gen se referă la diferențele între fete și băieți, femei și bărbați, la nivel biologic, comportamental, emoțional și cognitiv, diferențe care apar prin socializare și prin internalizarea normelor și valorilor socio-culturale privind feminitatea și masculinitatea.

Aceste diferențe se înregistrează în special la nivel:

- comportamental (comportament social, reacții comportamentale);
- emoțional (expresivitatea emoțională);
- cognitiv (abilități cognitive, stimă de sine, autoeficacitate etc.).

Diferențele dintre femei și bărbați în ceea ce privește incidența unor boli sunt datorate în cea mai mare măsură factorilor socio-culturali, cum ar fi atitudinile și valorile unei persoane, statutul socio-economic, educația.

Sexul se referă la caracteristicile biologice care definesc femeia și bărbatul.

Diferențele de sex se referă la diferențele între fete și băieți, femei și bărbați, care sunt datorate diferențelor ontogenetice (prezente înainte de naștere), la nivelul sistemului nervos central și a sistemului nervos endocrin. Aceste diferențe se înregistrează în special la nivelul aspectului fizic, al caracteristicilor sexuale masculine și feminine secundare.

Incidența unor boli în rândul populației diferă semnificativ pentru femei față de bărbați. Unele boli sunt mai frecvente în rândul femeilor, în timp ce altele sunt mai frecvente în rândul bărbaților. Aceste diferențe au fost explicate din diverse perspective: genetică, biologică, sociologică sau antropologică.

### Diferențe de gen privind starea de sănătate

Un studiu realizat în 2000 de Organizația Mondială a Sănătății estimează că formele de cancer bucal și de faringe sunt cauzate într-o proporție de 75% de anumite comportamente de risc (de exemplu, fumat și consum de alcool).

Diferențele dintre femei și bărbați în stilul de viață sunt datorate diferențelor biologice dintre fete și băieți (masa musculară, capacitatea cardio-respiratorie, hormonii sexuali) și factorilor psihosociali care influențează comportamentele legate de starea de sănătate.

Studiile medicale și de psihologie a sănătății evidențiază diferențe între femei și bărbați privind comportamentele legate de sănătate și rata îmbolnăvirilor. Aceste diferențe de gen în starea de sănătate sunt datorate în mică măsură predispozițiilor biologice. Ele sunt determinate în primul rând de factorii socio-culturali (statut socio-economic, educație, valori, prescripții comportamentale diferite pentru femei și bărbați) (Amott & Matthaie, 1996 apud Watkins, Whaley, 2000).



Femeile sunt afectate într-o mai mare măsură de: osteoporoză, anumite boli neurologice, tulburări afective, tulburări de alimentație (Litte, 1993, apud Watkins, Whaley, 2000). De asemenea, femeile sunt într-o mai mare măsură victime ale violenței domestice, violului, abuzului fizic și sexual, traficului de ființe umane (Chesney, 1997 apud Watkins, Whaley, 2000). Un aspect foarte important evidențiat de studiile medicale arată că femeile trăiesc în medie cu 7 ani mai mult decât bărbații, dar nivelul calității vieții lor este mult mai scăzut.

Spre deosebire de femei, bărbații manifestă într-o mare măsură boli cardiovasculare, dependență de alcool, comportament suicidar, cancer de piele, comportament sexual de risc, comportamente antisociale (Good, Sherrod, Dillon, 2000). De asemenea, bărbații apelează într-o mai mică măsură la serviciile medicale și se prezintă cu frecvență mult mai scăzută la controalele medicale periodice. În același timp, bărbații evită să accepte concediile medicale pentru că acestea indică vulnerabilitatea în fața bolii. Bărbații comparativ cu femeile trăiesc în medie cu 7 ani mai puțin, dar calitatea vieții lor este mai ridicată (Departmentul de Sănătate și Servicii pentru Populație, 1996 apud Courtenay, 2000).

Mai mulți bărbați decât femeii se îmbolnăvesc de diferite forme de cancer și au mai multe dificultăți de adaptare la situația de îmbolnăvire (Nicholas, 2000).

Există o varietate de factori care pot explica de ce bărbații se îmbolnăvesc într-o măsură mai mare decât femeile de cancer. Aceștia pot fi: factori de mediu ce țin de locul de muncă, factori comportamentali și factori socio-economici.

De exemplu, bărbații ocupă mai multe locuri de muncă cu risc crescut pentru sănătate decât femeile (lucrează în construcții, agricultură, extracția petrolului, industria forestieră), ceea ce crește riscul lor de expunere la substanțe cancerigene cum ar fi asbestul, benzenul, cromul (Nicholas, 2000).

Un alt factor important care influențează incidența crescută a cancerului la bărbați este determinat de tipul de comportamente de risc pe care bărbații le dezvoltă. Bărbații consumă alcool într-o măsură mai mare decât femeile (raportul este de 3 la 1) și fumează într-o măsură mai mare decât femeile. Atât fumatul, cât și consumul de alcool reprezintă factori principali de risc pentru apariția unor boli cum ar fi cele de tip oncologic (cancer).

Masculinitatea și feminitatea sunt definite ca un set de atitudini și comportamente care sunt învățate prin observarea și imitarea adulților.

Unii dintre principalii factori psihosociale care explică aceste diferențe dintre femei și bărbați în frecvența unor comportamente de risc (cum ar fi fumatul sau consumul de alcool) sunt atitudinile și convingerile față de masculinitate sau feminitate sau normele socio-culturale de gen.

Modul în care fetele sau băieții sunt socializați în adoptarea unor convingeri sau atitudini - care vor forma un set de cogniții sau scheme de gândire - influențează percepția acestora față de feminitate sau masculinitate. Această percepție ghidează modul în care băieții sau fetele vor lua decizii privind comportamentele "acceptate" sau "neacceptate" de societate ca fiind masculine sau feminine.

Unele atitudini și comportamente ale feminității și masculinității au consecințe pozitive asupra dezvoltării personale și asupra sănătății femeilor și bărbaților, în timp ce altele au consecințe negative asupra acestora.

De exemplu, a fi femeie poate însemna a avea grijă de copil și a-l educa. Acest lucru este extrem de important pentru dezvoltarea personală a unei femei prin dezvoltarea abilităților de autoîngrijire și de relaționare cu ceilalți. Sau a fi bărbat poate însemna a fi responsabil din punct de vedere economic, acest lucru dezvoltându-i independența și controlul asupra propriei persoane.

Atitudinile tradiționale privind exprimarea emoțională a bărbaților în situații de durere sau disconfort fizic consideră că aceasta este de "neacceptat". Aceste atitudini nu permit bărbaților exprimarea durerii în concordanță cu stereotipul "un bărbat trebuie să fie tare, numai femeile plâng". Această convingere are drept consecințe negative dezvoltarea unor abilități scăzute de căutare a suportului social sau de solicitare a ajutorului medical din partea băieților sau bărbaților.

Băieții sunt învățați de familie și societate că exprimarea și manifestarea unor simptome fizice sau emoționale sunt semne de inferioritate și vulnerabilitate. A fi bărbat înseamnă în multe culturi a îndura durerea fizică. Aceste convingeri despre masculinitate determină consecințe negative asupra sănătății, prin faptul că nu se identifică de timpuriu problemele de sănătate și apar mari dificultăți de adaptare la situația de boală.

Autoeficacitatea - abilitatea percepută de către o persoană privind capacitatea ei de a face față unor situații specifice (sarcini sau comportamente); percepția pe care o persoană o are asupra abilităților personale poate fi diferită de ceea ce știe și poate persoana în realitate (de exemplu, dacă cineva crede că nu se poate lăsa de fumat, probabilitatea de a renunța cu succes la fumat este foarte mică).

### **Promovarea echității de gen în educația pentru sănătate**

Identificarea diferențelor de gen în privința stării de sănătate sau de boală a determinat integrarea aspectelor de gen în construirea programelor de educație pentru sănătate și reconsiderarea politicilor de sănătate publică. Introducerea dimensiunii de gen în programele de educație pentru sănătate adresate copiilor și adolescenților crește considerabil eficiența acestora. Fetele și băieții învață astfel abilitățile care le permit adoptarea comportamentelor sanogene (ce mențin starea de sănătate și previn îmbolnăvirile).

Programele educaționale care integrează dimensiunea de gen au consecințe pozitive atât pe termen scurt cât și pe termen lung.

Pe termen scurt programele educaționale dezvoltă la fete autoeficacitatea, independența, iar la băieți abilitățile de autoîngrijire, autonomie, căutare a suportului social. Aceste abilități facilitează optimizarea funcționării personale, creșterea calității vieții, dezvoltarea relațiilor sociale.

Pe termen lung, aceste programe scad riscul de îmbolnăvire prin dezvoltarea stilului de viață sănătos, previn violența domestică și victimizarea (abuz sexual, trafic).

### **Sugestii de activități pentru profesori**

Tematică: **Masculinitate și feminitate.**

Impactul unor comportamente care se întâlnesc mai frecvent la femei și respectiv la bărbați asupra sănătății.

- **Obiective:**

- elevii să identifice comportamentele care se întâlnesc mai frecvent la femei și respectiv la bărbați și consecințele acestora asupra sănătății.

- **Competențe:**

- identificarea consecințelor pozitive și negative asupra sănătății ale unor comportamente care sunt întâlnite mai frecvent la femei și respectiv la bărbați;
- analizarea comportamentelor sănătoase și de risc care prescriu masculinitatea și feminitatea;
- promovarea echității de gen în activitățile de educație pentru sănătate în școală și comunitate.

- **Metode:**

- discuții de grup, dezbateri, proiecte de grup, utilizarea fișelor de lucru individuale.

Discutați cu elevii ce înseamnă să fii "bărbat" sau să fii "femeie" din punctul de vedere al comportamentelor legate de starea de sănătate. Profesorii pot oferi elevilor o listă cu comportamente sănătoase sau de risc, rolul elevilor fiind să asocieze diferitele comportamente cu masculinitatea și cu feminitatea. Elevii pot nota pe o scală de la 1 la 10 cât de mult cred că un comportament sănătos sau de risc este mai "potrivit" fetelor sau băieților.

### **Legătura dintre comportamentele sănătoase și de risc și masculinitate**

## **Legătura dintre comportamentele sănătoase și de risc și feminitate**

Discutați cu elevii care sunt trăsăturile masculinității și feminității. În continuare, li se solicită acestora să realizeze o listă de comportamente care exprimă masculinitatea și feminitatea din punctul de vedere al sănătății. După ce este realizată această listă, elevilor li se cere să identifice care din trăsături au consecințe pozitive asupra sănătății și care au consecințe negative asupra sănătății.

De exemplu, asocierea masculinității cu sportul este un factor protector al sănătății.

În tabelele de mai jos sunt prezentate câteva exemple, iar recomandarea este ca elevii să își stabilească propria lor listă de comportamente și de consecințe.

## **Consecințele pozitive și negative ale unor trăsături ale masculinității asupra sănătății**

## Consecințele pozitive și negative ale unor trăsături ale feminității asupra sănătății

Profesorii propun elevilor să realizeze un proiect de grup prin care să promoveze echitatea de gen în educația pentru sănătate și în activitățile extrașcolare de promovare a sănătății în comunitate. Tinerii pot organiza o dezbatere pe tema echității de gen în școală.

### Care este impactul atitudinilor față de feminitate și masculinitate asupra sănătății?

Feminitatea și masculinitatea se manifestă și prin comportamentele sănătoase și de risc pe care femeia sau bărbatul le adoptă (Courtaney, 2000).

Fiecare societate sau cultură promovează un set de comportamente pe care le prescrie ca fiind tipic masculine și tipic feminine. Oamenii sunt încurajați să se conformeze credințelor și comportamentelor tipic feminine și masculine (Bohan, 1993 apud. Courtney, 2000). Astfel, atât femeile cât și bărbații adoptă comportamentele și valorile prescrise social ca o modalitate de a-și manifesta feminitatea sau masculinitatea.

Feminitatea și masculinitatea se manifestă în acțiunile și activitățile pe care fiecare persoană le desfășoară: activitățile recreative, activitățile sportive, domeniul profesional, comportamentul sexual, comportamentul alimentar, consumul de alcool, fumatul, asumarea riscurilor, somnul, controlul medical periodic.

Dar pe lângă acestea, feminitatea și masculinitatea se exprimă și prin stilul de viață adoptat de femei și bărbați. Comportamentele sănătoase sau de risc reprezintă modalități de exprimare a genului. De exemplu, o formă de manifestare a masculinității este pentru unele persoane și refuzul de a participa la controalele medicale periodice (un bărbat se mândrește cu "eu n-am mai fost la medic de ani de zile"), ca o formă de manifestare a invulnerabilității, independenței și controlului. O formă de manifestare a feminității este controlul comportamentului alimentar (dietă), ca o modalitate de respectare a standardelor de atractivitate feminină. Normele socio-culturale care reglementează în mod diferit comportamentele sănătoase și de risc la fete și la băieți se numesc norme socio-culturale de gen.

În acest mod, normele socio-culturale de gen limitează dezvoltarea anumitor comportamente sănătoase la fete și la băieți. De aceea, educația pentru sănătate a copiilor și a adolescenților trebuie să țină cont de normele socio-culturale de gen și să integreze dimensiunea de gen. Aceste aspecte permit flexibilizarea normelor socio-culturale de gen în scopul dezvoltării stilului de viață sănătos, a relațiilor sociale sănătoase și a abilității cognitive de autoreglare (decizie, rezolvare de probleme, analiză critică, transfer).

## De ce fetele și băieții învață comportamente sănătoase și de risc diferite?

Norme socio-culturale de gen - normele care reglementează în mod diferit comportamentele sănătoase și de risc la fete și la băieți. Exemple de norme care se manifestă ca stereotipuri de gen:

- Bărbații nu trebuie niciodată să plângă.
- Bărbații nu trebuie să pară vulnerabili.
- Bărbații merg la doctor doar dacă sunt foarte grav bolnavi.
- Femeile trebuie să fie suple și să arate bine.
- Femeile sunt emotive și sensibile.

Stilul de viață - ca principal factor protector al sănătății - integrează aspecte cognitive, emoționale și sociale care se manifestă prin comportamente.

Orice comportament reprezintă rezultatul unui proces de învățare. Normele socio-culturale de gen influențează învățarea unor comportamente diferite privind sănătatea și riscul de către fete și băieți.

Normele socio-culturale de gen determină realizarea în mod diferit de către fete și băieți a comportamentelor sanogene (sănătoase). O parte dintre comportamentele sanogene sunt permise și încurajate la fete (exprimarea emoțională), iar altele la băieți (exercițiul fizic), ca fiind tipic feminine sau masculine. În acest mod, normele socio-culturale de gen împiedică adoptarea de către fete și băieți a tuturor comportamentelor sanogene necesare dezvoltării unui stil de viață sănătos.

Ca urmare, în situații similare, fetele și băieții vor avea comportamente diferite - în conformitate cu regulile impuse de normele socio-culturale de gen, dar care au aceeași funcție (scop) pentru fete sau băieți. Restricțiile comportamentale impuse de normele socio-culturale de gen fac însă ca în situații similare fetele să adopte comportamente adaptative, iar băieții comportamente dezadaptative, sau invers.

De exemplu, la pierderea unei persoane dragi, unele fete plâng (comportament adaptativ), în timp ce unii băieți consumă în mod exagerat alcool (comportament dezadaptativ), funcția comportamentelor fiind aceeași - de reducere a disconfortului emoțional.

În acest fel, fetele și băieții învață și comportamente care au funcție de protejare a sănătății (căutarea suportului social, practicarea sportului). Prescripțiile socio-culturale întăresc învățarea anumitor comportamente protective la fete (căutarea suportului social, exprimarea emoțională) și a altor comportamente protective la băieți (exercițiul fizic).

Dar pentru a dezvolta un stil de viață sănătos, atât fetele cât și băieții au nevoie să învețe mai multe comportamente decât cele prescrise de normele socio-culturale, întrucât fiecare comportament poate avea o funcție adaptativă într-un anumit context.

De exemplu, efectele sănătoase ale exercițiului fizic nu pot fi suplinite de alte comportamente (căutarea suportului social, exprimarea emoțiilor) ca modalitate de prevenire a osteoporozei, a bolilor cardiovasculare sau a cancerului. De asemenea, efectele suportului social nu pot fi suplinite de alte comportamente sanogene (exercițiu fizic) ca modalitate de a face față stării de boală (cancer, accident), situație în care suportul social (emoțional, informațional sau instrumental) joacă rolul de principal factor predictiv.







# Comportamente sănătoase

# 2

Este recomandată, în fiecare zi, timp de 30 de minute, activitate fizică redusă de tipul:

- mersul la magazin;
- urcatal scărilor;
- grădinărit;
- plimbarea câinelui;
- curățenie în cameră.

Este recomandată, de 3-5 ori pe săptămână, timp de 20-60 de minute, activitate fizică moderată de tipul:

- alergare;
- mers pe bicicletă;
- dans.

Este recomandată, de 2-3 ori pe săptămână, activitate fizică intensă de tipul:

- schiat;
- înot;
- ridicare de greutate mari.

- flexibilitatea;
- compoziția corpului.

Fiecare dintre aceste elemente reprezintă un factor protector pentru sănătate (Fahey ș. a., 2001).

Pentru a aduce beneficii sănătății, exercițiul fizic trebuie să ducă la dezvoltarea acestor elemente care au legătură cu starea de sănătate.

Rezistența cardiorespiratorie reprezintă capacitatea organismului de a realiza mișcări corporale de lungă durată, care implică mai multe grupe musculare, la un nivel de intensitate de la moderat la crescut.

Rezistența cardiorespiratorie depinde de capacitatea plămânilor de a acumula aer, de capacitatea inimii de a pompa sânge spre vasele din țesutul muscular, de capacitatea sistemului nervos de a regla tensiunea sangvină, precum și de capacitatea metabolismului de a descompune glucoza necesară arderilor musculare. Capacitatea organismului de a răspunde eficient la aceste solicitări se dezvoltă progresiv, pe baza exercițiului fizic.

Rezistența cardiorespiratorie este o componentă principală în menținerea stării de sănătate deoarece funcționarea inimii și a plămânilor este esențială pentru starea de sănătate generală. Dezvoltarea capacității cardiace și respiratorii reprezintă un factor protector împotriva apariției bolilor cardiovasculare.

Puterea musculară reprezintă cantitatea de forță mecanică pe care un mușchi o poate produce printr-o singură contractare cu efort maxim. Puterea musculară este necesară în realizarea activităților cotidiene și a unora dintre activitățile recreative. Puterea musculară este foarte importantă în menținerea posturii corecte (spatele drept, umerii trași înapoi, abdomenul bine întins). Prin facilitarea menținerii posturii corecte, puterea musculară previne apariția durerilor de spate, de genunchi și dezvoltarea deformărilor coloanei vertebrale (scifoze, spondiloze, lomboze).

Rezistența musculară reprezintă capacitatea unui mușchi sau a unui grup de mușchi de a se menține contractat sau de a se contracta repetat o perioadă îndelungată de timp.

Ca și puterea musculară, rezistența musculară este implicată în realizarea majorității activităților zilnice, dar și în realizarea performanțelor sportive. De asemenea, rezistența musculară facilitează menținerea posturii corecte. Capacitatea de rezistență musculară reprezintă un factor preventiv al accidentelor la nivelul coloanei vertebrale. Rezistența muscu-

lără a mușchilor spatelui și a mușchilor intervertebrali se opune forțelor care impun modificarea poziției coloanei vertebrale în situații de accident. În acest fel, rezistența musculară scade probabilitatea apariției de fracturi, fisuri ale coloanei vertebrale, sau ale altor formațiuni osoase (membrle superioare, membrle inferioare, coaste).

Flexibilitatea este o caracteristică a articulațiilor care permite mișcări la capacitatea lor maximă. Pentru majoritatea oamenilor, flexibilitatea nu este implicată în activitățile zilnice. Pe termen lung lipsa flexibilității articulare conduce la adoptarea unor posturi necorespunzătoare și la apariția durerilor articulare.

Compoziția corpului se referă la cantitatea de masă adipoasă (grăsimi) în raport cu cantitatea de masă neadipoasă (oase, mușchi, apă).

Compoziția sănătoasă a corpului implică o cantitate ridicată de masă neadipoasă și un nivel acceptabil de masă adipoasă, în raport cu vârsta și genul. O persoană cu o cantitate mare de masă adipoasă în compoziția corpului este mult mai predispusă la o serie de probleme de sănătate, precum afecțiuni cardiace, hipertensiune arterială, atac cerebral, probleme articulare, diabet, cancer, dureri lombare. O persoană cu densitate osoasă scăzută este mult mai predispusă la osteoporoză. Cel mai eficient mod de reducere a masei adipoase este practicarea exercițiului fizic și ajustarea dietei. În același timp, prin practicarea exercițiului fizic se dezvoltă masa musculară și crește densitatea osoasă.

Lipsa exercițiului fizic este factor de risc pentru apariția următoarelor boli:

- boli cardiovasculare;
- hipertensiune;
- cancer;
- diabet;
- osteoporoză;
- obezitate.

Adrenalina și noradrenalina sunt hormoni secretați în situații de suprasolicitare, care stimulează activitatea cardiacă, eliberarea carbohidraților la nivelul ficatului și mușchilor și eliberarea grăsimilor din celule.

Endorfinele sunt substanțe chimice secretate de creier, asemănătoare morfinei, care reduc senzațiile de durere, de oboseală și produc euforie.

## Care sunt beneficiile exercițiului fizic asupra sănătății?

Beneficiile exercițiului fizic asupra sănătății sunt numeroase. Un stil de viață activ din punct de vedere fizic furnizează energie, facilitează înlăturarea efectelor nocive ale stresului, crește sentimentul de auto-control și de încredere în sine.

Exercițiul fizic are implicații majore asupra stării de sănătate și previne îmbolnăvirea prin dezvoltarea abilităților fizice ale organismului (capacitate cardiacă, pulmonară, masă musculară, densitate osoasă):

- Reduce riscul unui deces datorat atacurilor de cord.
- Reduce riscul dezvoltării bolilor cardiovasculare.
- Reduce riscul dezvoltării diabetului.
- Reduce riscul dezvoltării hipertensiunii arteriale.
- Reduce tensiunea arterială la persoanele ce suferă de această afecțiune.
- Reduce riscul dezvoltării cancerului de colon.
- Reduce simptomele de depresie și anxietate.
- Crește rezistența sistemului imunitar.
- Facilitează controlul greutateii și al compoziției corpului (scade masa adiposă și crește masa musculară).
- Facilitează creșterea densității osoase și a flexibilității articulare.
- Previne apariția fracturilor și fisurilor osoase, a întinderilor musculare.

Menținerea în limite fiziologice optime a masei corporale, masei musculare, densității osoase și țesutului adipos scade considerabil riscul unor boli ca hipertensiunea arterială, bolile cardiovasculare, osteoporoză, cancerul.

Majoritatea oamenilor care practică exercițiul fizic are în plus beneficii sociale și emoționale (Biddle, 1993; Gilroy, 1989; Hagberg, 1990; Escobedo ș. a., 1993 apud Vilhjamsson & Kristjansdottir, 2002). Implicarea în activități fizice facilitează dezvoltarea relațiilor sociale și petrecerea timpului liber în mod plăcut.

Exercițiul fizic reprezintă un factor protector principal împotriva efectelor negative ale stresului. Stresul crește secreția de adrenalină și noradrenalină, hormoni care intensifică depozitarea grăsimilor pe pereții vaselor de sânge și cresc riscul bolilor cardiovasculare. Efortul fizic reduce secreția acestor hormoni.

De asemenea, exercițiul fizic stimulează secreția de endorfine la nivelul creierului, aceste substanțe generând o stare de relaxare și euforie. Prin secreția de endorfine și stimularea activității corticale, exercițiul fizic facilitează reducerea simptomelor depresive și anxioase.

În ciuda acestor beneficii ale integrării activității fizice în stilul de viață, există un număr foarte mare de copii, tineri și adulți care nu realizează activitatea fizică necesară menținerii stării de sănătate.

### **Ce factori influențează practicarea exercițiului fizic?**

Studiile arată că există diferențe în practicarea exercițiului fizic între fete și băieți, atât în cadrul unor cluburi sportive, cât și în afara acestora. Literatura de specialitate este preocupată de lipsa activității fizice regulate la fete și menționează dezavantajele și riscurile acestei situații pentru sănătatea fetelor (Ricciardelli & McCabe, 2001).

Ca orice comportament, practicarea exercițiului fizic se învață. Atât pentru fete, cât și pentru băieți, familia, grupul de prieteni, școala, mass-media reprezintă surse importante de învățare a regulilor legate de activitatea fizică. Copiii învață ce înseamnă exercițiul fizic, când și unde se poate practica, care este nivelul optim de activitate fizică, care tip de

activitate fizică este recomandat fetelor și care este recomandat băieților, care sunt avantajele activității fizice. În acest fel, fetele și băieții își dezvoltă interesul și atitudinile pozitive față de practicarea exercițiului fizic.

Atitudinea pozitivă față de activitatea fizică se formează ca urmare a cunoașterii avantajelor exercițiului fizic, a practicării exercițiului fizic și a cunoașterii beneficiilor imediate ale acestuia (relaxare, destindere, contacte sociale noi, aprecieri din partea celorlalți). Atitudinea pozitivă față de exercițiul fizic favorizează practicarea constantă a acestuia.

Atitudinea negativă față de exercițiul fizic se formează ca urmare a necunoașterii beneficiilor imediate ale exercițiului fizic, datorită nep practicării lui și a experiențelor negative asociate cu exercițiul fizic. Atitudinile negative scad probabilitatea integrării exercițiului fizic în propriul stil de viață.

Normele socio-culturale de gen influențează în mod diferit formarea atitudinilor fetelor și băieților față de exercițiul fizic (Lantz & Schroeder, 1999 apud Vilhjamsson & Kristjansdottir, 2002). De exemplu, normele culturale legate de feminitate și atractivitate fac ca, la cele mai multe fete, exercițiul fizic să se rezume la a fi doar o strategie de scădere în greutate. Această semnificație este de multe ori promovată și prin mass-media. Pentru băieți, exercițiul fizic are mai multe conotații pozitive, sanogene și este văzut ca o modalitate de menținere a condiției fizice, de tonifiere musculară, de petrecere a timpului liber.

Profesorii pot propune elevilor să completeze următorul tabel:

## Exercițiul fizic la băieți

## Exercițiul fizic la fete

Profesorii propun elevilor să analizeze cauzele motivației diferite a fetelor și băieților privind practicarea sau nepracticarea exercițiului fizic. Vor fi listate normele socio-culturale de gen relevante pentru practicarea exercițiului fizic de către fete și de către băieți.

Zilnic, activitatea fizică optimă este de 30 de minute, la o intensitate medie.

Cum să devii mai activ din punct de vedere fizic:

- Urcă pe scări în loc să folosești liftul!
- Coboară din autobuz, tramvai, metrou cu o stație mai înainte de destinație și mergi pe jos restul distanței!
- Mergi pe jos când ai de parcurs distanțe scurte!
- În timpul pauzelor de studiu, realizează scurte activități fizice!
- În timpul liber, practică sporturi precum tenis, fotbal, înot!
- Implică-te în realizarea sarcinilor domestice!

## Există bariere în dezvoltarea unei atitudini pozitive a fetelor față de exercițiul fizic?

Cercetările arată că școala - prin orele de educație fizică - influențează în mod diferit activitatea fizică a fetelor și băieților (Granito, 2002).

Fetele au, în general, experiențe negative în cadrul orelor de sport: pot fi puse în situații penibile, nu fac față unor standarde de performanță impuse de profesor, sunt evaluate negativ. Aceste experiențe determină scăderea interesului și a gradului de implicare a fetelor în acest tip de activitate în timpul lor liber (Ennis, 1996 apud Vilhjamsson & Kristjansdottir, 2002).

Printre factorii importanți care pot explica de ce fetele renunță la activitatea fizică și își dezvoltă o atitudine negativă față de aceasta, se numără: programul de sport neadecvat (condiției și abilităților lor fizice), cerințele nerezonabile (privind performanțele și tipurile de exercițiu solicitate), manipularea sau abuzul psihologic și fizic al fetelor de către profesorii/instructorii de sport (Lenskyj, 1990; Stewart & Taylor, 2000 apud Vilhjamsson & Kristjansdottir, 2002).

## Sugestii de activități pentru profesori

Tematică: **Bariere în formarea atitudinii pozitive față de exercițiul fizic.**

- Obiective:

- elevii să descrie motivele pentru care fetele practică mai puțin exercițiul fizic.

- Competențe:

- promovarea practicării exercițiului fizic de către fete.

- Metode:

- discuții de grup, completarea tabelului, crearea de materiale informative, analiza materialelor din mass-media.

Profesorii propun analiza presei sportive și a reclamelor la echipamente sportive. Se urmărește identificarea și descrierea imaginii femeii care este promovată în cadrul activităților sportive.

Profesorii propun elevilor să realizeze materiale informative (pliante, broșuri, postere) privind activitatea fizică: beneficiile exercițiului fizic, recomandările medicale privind exercițiul fizic, tipuri de exercițiu fizic, sporturi, forme de practicare. Materialele trebuie să conțină exemple de sporturi și forme de practicare adaptate anumitor grupuri țintă.

Toate materialele create sunt construite pentru grupuri țintă specifice, în funcție de gen, vârstă, condiție fizică, posibilitățile de timp și materiale. Se subliniază importanța adaptării informațiilor oferite la nevoile și abilitățile fetelor și femeilor.

## Ce este alimentația sănătoasă?

Alimentația este o componentă principală a sănătății deoarece alimentele ingerate și obiceiurile alimentare au consecințe directe asupra sănătății.

Aportul caloric al principalelor grupe de nutrienți:

- proteine 4 calorii/gr. ;
- carbohidrați 4 calorii/gr. ;
- grăsimi 9 calorii/gr. .

Orice aliment aduce organismului un aport caloric și un aport nutritiv. Aportul caloric reprezintă o unitate de măsură a energiei conținute de alimente; o kilocalorie reprezintă cantitatea de căldură necesară pentru a crește temperatura unui litru de apă cu 10°C. În domeniul nutrițional kilocaloria este numită calorie.

Aportul nutritiv al unui aliment este reprezentat de cantitatea conținută de substanțe necesare zilnic organismului. Aceste substanțe sunt: proteine, grăsimi, carbohidrați, vitamine, minerale, balast (fibre nedigerabile), apă.



Satisfacerea nevoilor energetice și nutriționale ale organismului se realizează prin alimentație. Fiecare dintre substanțele nutritive are un rol vital în funcționarea organismului.

Din punctul de vedere al cantității necesare zilnic organismului, cea mai importantă substanță nutritivă este apa. Corpul omenesc este alcătuit în proporție de 60% din apă și nu poate supraviețui decât câteva zile fără aportul acestui nutrient. Apa reprezintă un mediu pentru desfășurarea reacțiilor chimice, pentru transportul diferitelor substanțe în organism, facilitează eliminarea produșilor toxici, reglarea temperaturii corpului. Cantitatea minimă de apă care ar trebui consumată zilnic este de 2 litri.

Grăsimile (lipidele) din organism au ca rol principal protecția organelor vitale (inimă, rinichi, ficat) de șocuri mecanice și facilitarea absorbției vitaminelor liposolubile (A, D și E). De asemenea, grăsimile furnizează organismului o importantă cantitate de energie. Aportul ridicat de grăsimi (de colesterol) reprezintă, însă, principalul factor de risc pentru sănătate: favorizează apariția bolilor cardiovasculare, a hipertensiunii, a obezitității. Aportul sănătos de lipide este aproximativ de 73 grame zilnic.

Aportul caloric necesar zilnic:

**Femei:**

$65,5 + (9,56 \times \text{greutatea}) + (1,85 \times \text{înălțimea}) - (4,68 \times \text{vârsta}) = \text{aport caloric necesar zilnic}$

**Bărbați:**

$66,5 + (13,8 \times \text{greutatea}) + (5 \times \text{înălțimea}) - (6,76 \times \text{vârsta}) = \text{aport caloric necesar zilnic}$

Proteinele reprezintă principala parte componentă a mușchilor și oaselor. De asemenea, proteinele fac parte din compoziția sângelui, a membranelor celulare și a unor hormoni. Rolul proteinelor este de a repara distrugerile de țesuturi, de a spijini procesul de creștere (a oaselor și mușchilor), de a furniza energie. Surplusul de proteine în alimentație este transformat în grăsimi și depozitat. De aceea consumul crescut de proteine crește cantitatea de grăsimi din organism și devine factor de risc pentru sănătate. Aportul sănătos de proteine este de aproximativ 83 grame zilnic.

Carbohidrații sunt singurele substanțe nutritive a căror energie furnizată este folosită de creier și de alte părți ale sistemului nervos. De asemenea, în timpul activității fizice susținute este utilizată mai ales energia furnizată de carbohidrați. Aportul sănătos de carbohidrați este de aproximativ 303 grame zilnic. Consumul corespunzător de carbohidrați este principalul factor protector pentru diferite forme de cancer și pentru bolile cardiovasculare.

Vitaminele sunt substanțe organice și sunt necesare în cantități mici pentru a permite funcționarea celulară și reacțiile chimice la nivelul tuturor celulelor organismului. Deficitul de vitamine are efecte negative asupra sănătății; ca urmare, pot apărea: anemie, crampe musculare, dificultatea de

închidere a rănilor (menținerea hemoragiilor), oboseală, uscarea limbii, căderea părului, tulburări de somn, transpirație abundentă etc. Surplusul anumitor vitamine are, de asemenea, consecințe negative asupra sănătății: dureri de cap, vomă, vertij, tulburări gastrointestinale (diaree, aciditate stomacală), deformări osoase, depozite de calciu în țesuturile moi, intoleranță la glucide, sângerări etc. De aceea, aportul suplimentar de vitamine trebuie să fie făcut sub supraveghere medicală.

Aportul principalilor nutrienți necesar zilnic:

- proteine:  
(calorii/zi x 15%)/4
- grăsimi:  
(calorii/zi x 30%)/9
- carbohidrați:  
(calorii/zi x 55%)/4

Mineralele sunt substanțe anorganice care intervin în creșterea și menținerea țesuturilor organismului și facilitează eliberarea energiei celulare. Principalele minerale sunt: calciu, fier, fluor, iod, magneziu, fosfor, potasiu, seleniu, sodiu, zinc. Mineralele reprezintă principalul factor protector împotriva dezvoltării bolilor degenerative (atrofie musculară progresivă). Lipsa unei cantități suficiente de fier conduce la apariția anemiei. Deficitul de calciu este principalul factor de risc în dezvoltarea osteoporozei. În general, deficitul de minerale are efecte negative asupra sănătății: probleme stomatologice, scăderea rezistenței sistemului imunitar, disfuncții urinare și respiratorii, dureri musculare, aritmie cardiacă, scăderea acuității gustative etc. Ca și în cazul vitaminelor, surplusul anumitor minerale are și el consecințe negative asupra stării de sănătate: vomă, constipare, sterilitate, iritabilitate, edeme, căderea unghiilor, hipertiroidism etc.

Balastul este reprezentat de fibrele nedigerabile din alimente, în principal de celuloză. Chiar dacă acestea nu aduc un aport nutrițional organismului, sunt deosebit de importante în asigurarea tranzitului intestinal regulat și în prevenirea constipației. Mai mult, fibrele sunt un factor protectiv deosebit pentru cancerul de colon. La persoanele care nu consumă suficiente fibre, dar cresc aportul de grăsimi și substanțe emulsionate (care nu mai trebuie "prelucrate" de intestin), cancerul de colon are o frecvență foarte mare.

Orice aliment conține o combinație de substanțe nutritive.

În general, alimentele sunt împărțite în categorii în funcție de aportul lor nutritiv:

- pâinea neagră, pâinea integrală de grâu sau secară, cerealele (în special orezul brun), fasolea, legumele rădăcinoase (consumate crude) fac parte din grupa carbohidraților și aduc un aport important de fibre;
- carnea de pui și carnea slabă, ouăle, brânza fac parte din grupa proteinelor;
- carnea grasă, uleiurile vegetale și animale fac parte din grupa grăsimilor;
- fructele și legumele fac parte din grupa vitaminelor și mineralelor.

Alimentația sănătoasă reprezintă aportul de alimente care conțin toate categoriile de substanțe nutritive, în cantități care să nu depășească nevoile energetice ale organismului. Creșterea aportului caloric și/sau scăderea aportului nutritiv în alimentație sunt factori de risc pentru apariția unor boli, precum bolile cardiovasculare, cancer, diabet, obezitate, osteoporoză, hipertensiune arterială, boli cronice ale ficatului și rinichilor etc.

### Ce înseamnă comportament alimentar sănătos?

Alimentația nesănătoasă este factor de risc pentru:

- bolile cardiovasculare;
- cancer;
- diabet;
- obezitate;
- osteoporoză;
- hipertensiune arterială;
- boli cronice ale ficatului;
- boli cronice ale rinichilor;
- ulcer duodenal;
- ulcer gastric;
- cancer de colon.

Comportamentul alimentar, deși este influențat de obiceiurile tradiționale regionale, reprezintă un domeniu care se află aproape în întregime sub controlul personal al fiecăruia.

Comportamentul alimentar sănătos presupune respectarea recomandărilor generale ale alimentației sănătoase:

- respectarea orelor de masă;
- micul dejun obligatoriu;
- realizarea aportului alimentar conform piramidei nutriționale.

### **Piramida alimentelor - Harvard, 2004.**

La baza piramidei sunt alimentele bogate în carbohidrați, fibre, vitamine și minerale (pâinea integrală din grâu, secară sau orz, cerealele, orezul brun și alte alimente obținute din cereale integrale fără adaosuri de zahăr sau grăsimi animale). Alimentele din această grupă trebuie consumate zilnic, în special la micul dejun.

Următorul nivel al piramidei este format din alimente de origine vegetală: legume și fructe. Aceste alimente au un conținut ridicat de vitamine, minerale, carbohidrați și fibre. În ordinea cantității de consum recomandate apar: legumele cu frunze verzi, legumele roșii și verzi și fructele cu semințe sub formă de cruce. Fasolea, mazărea și alte legume cu boabe trebuie consumate în cantități mai mici sau ca alternative la carne.

La următorul nivel al piramidei sunt două grupe de alimente care sunt în mare parte de origine animală: lapte, iaurt, brânză; carne roșie, carne albă, pește, ouă, alune, nuci, migdale, semințe de bostan sau de floarea soarelui. Aceste alimente sunt bogate în proteine, calciu, fier, zinc și vitamine. Aportul acestor alimente trebuie să fie mai redus datorită cantității mari de grăsimi animale sau vegetale pe care le conțin. Semințele au un aport caloric foarte crescut, fiind bogate în uleiuri. Nu este recomandată consumarea unei cantități crescute de grăsimi.

La vârful piramidei sunt grăsimile, uleiurile și zaharurile. Acest tip de alimente (ulei, smântână, unt, margarină, sucuri carbogazoase, bomboane, dulciuri) furnizează multe calorii și puține substanțe nutritive. De aceea consumul lor trebuie să fie foarte redus și să nu înlocuiască consumul alimentelor de la celelalte nivele ale piramidei.

Recomandările pentru comportamentul alimentar sănătos țin cont de diferențele dintre femei și bărbați.

Unele femei sunt mai mici de înălțime și cântăresc mai puțin decât unii bărbați și de aceea au nevoie de un aport energetic mai redus (numărul de calorii consumate trebuie să fie mai mic). Ca urmare, alimentația fetelor și femeilor trebuie să se bazeze pe alimente cu un conținut nutritiv ridicat și un aport caloric redus. Pentru menținerea stării de sănătate a femeilor sunt deosebit de importante două substanțe nutritive: calciul și fierul. Deficitul aportului de calciu determină apariția osteoporozei. În timpul perioadei de menstruație fetele au nevoie de un aport suplimentar de fier pentru menținerea nivelului optim al cantității de fier în organism.

Bărbații au foarte frecvent deficiențe nutritive pentru că își bazează dieta pe alimente bogat calorice, bogate în grăsimi și sărace în celelalte substanțe nutritive. Acest tip de comportament alimentar este un factor de risc pentru bolile cardiovasculare și pentru anumite tipuri de cancer. Pe termen lung, odată cu înaintarea în vârstă și reducerea activității fizice, acest tip de alimentație crește riscul obezității la bărbați.

Respectarea orelor de masă este foarte importantă. Este recomandat să se mănânce mai puțin și mai des. De exemplu, ar fi bine să existe trei mese principale, iar între ele să se consume câte un fruct sau un iaurt slab. De asemenea, este important ca cea mai importantă masă - din punct de vedere nutrițional și caloric - să fie micul dejun, deoarece substanțele conținute de acesta vor fi consumate pe parcursul zilei și nu vor fi "depuse" sub formă de grăsimi. Din motive similare, este recomandat să nu se mai mănânce după ora 7 seara, deoarece vom rămâne cu un surplus caloric în organism tocmai când necesitățile de consum energetic sunt mai reduse.

Profesorii propun elevilor să lucreze pe grupe și să construiască un program special de alimentație sănătoasă pentru fete și pentru băieți.

### **Cine influențează comportamentul alimentar?**

Cunoașterea principiilor alimentației sănătoase nu determină în mod necesar un comportament alimentar sănătos.

Comportamentul alimentar este influențat de comportamentul alimentar al familiei, de apariția și promovarea unor produse noi pe piață, de activitățile desfășurate, de diferite evenimente (sărbători religioase, aniversări, vacanțe, călătorii), de specificul cultural și religios al persoanei și al familiei acesteia.

De asemenea, normele socio-culturale privind standardele de frumusețe și atractivitate feminină și masculină influențează comportamentul alimentar al fetelor și băieților.

În mod frecvent, "a fi slabă" este o caracteristică puternic valorizată la nivel social în special pentru fete și este asociată cu atractivitatea. Fetele învață de la familie, profesori, prieteni, mass-media că "a fi slabă este bine" și "a fi grasă este rău" (Flannery-Schroeder, 1996 apud Ricciardelli & McCabe, 2001). Studiile recente pun în evidență și normele de frumusețe masculină - "un bărbat trebuie să fie bine făcut" (musculatura bine conturată și dezvoltată) - care influențează în egală măsură satisfacția față de propriul corp, comportamentul alimentar și întregul stil de viață al băieților (Davis ș. a., 1997 apud Penas-Lledo ș. a., 2002).

Studiile arată că atitudinile și comportamentele alimentare ale fetelor sunt influențate în special de atitudinile și preocupările mamei față de propria ei greutate. De asemenea, dorința de a scădea în greutate a fetelor se accentuează atunci când părinții oferă încurajări în acest sens. În cazul băieților, încurajările pentru scăderea în greutate sunt foarte rare, ele contravenind normelor de frumusețe masculină. În general, părinții își încurajează băieții să crească în greutate și să-și tonifice masa musculară (Thelen & Cormier, 1995 apud Ricciardelli & McCabe, 2001).

## Care sunt diferențele de gen în imaginea corporală?

Cercetătorii consideră că diferențele de gen în perceperea imaginii corporale și evaluarea ei apar la vârsta de 8-10 ani și se accentuează odată cu înaintarea în vârstă, spre pubertate și adolescență.

Fetele sunt într-o mai mare măsură nesatisfăcute de modul în care arată decât băieții și doresc, în general, să fie mai slabe decât sunt.

Studiile arată că tulburările de imagine corporală sunt prezente și la băieți, deși într-o măsură mai mică decât la fete. Băieții sunt în general nesatisfăcuți de înălțimea pe care o au, precum și de forma corpului sau de dezvoltarea "insuficientă" a musculaturii.

Imaginea corporală negativă reprezintă un factor de stres major care se asociază deseori cu folosirea unor metode de transformare a corpului în sensul dorit. Cele mai multe dintre aceste metode aplicate sunt dezadaptative și au consecințe negative asupra sănătății.

Fetele recurg în special la reducerea drastică a dietei, la exercițiu fizic extrem și dezvoltă tulburări alimentare precum anorexia și bulimia.

Cercetările recente au evidențiat prezența tulburării de dismorfism muscular la băieți. Această tulburare se caracterizează prin perceperea corpului ca fiind mai mic și mai puțin dezvoltat decât este. Băieții care își percep în acest fel propriul corp, pot ajunge să recurgă la administrarea de hormoni steroizi, la ingestia de suplimente nutritive care cresc masa musculară, la practicarea compulsivă a exercițiilor fizice (bodybuilding).

Alte metode dezadaptative folosite atât de fete, cât și de băieți, pentru a face față disconfortului și stresului generat de tulburările de imagine corporală în perioada adolescenței, sunt fumatul și consumul de alcool (Penas-Lledo ș. a., 2002).

## Sugestii de activități pentru profesori

Tematică: **Factorii care influențează comportamentul alimentar sănătos și imaginea corporală.**

### • Obiective:

- elevii să identifice factorii care influențează comportamentul alimentar al fetelor și băieților;
- elevii să identifice caracteristici comune și diferite ale copiilor ca surse de frumusețe/atractivitate;
- elevii să identifice normele socio-culturale de gen privind frumusețea și atractivitatea;
- elevii să identifice consecințele normelor socio-culturale de gen privind frumusețea și atractivitatea asupra comportamentului alimentar al fetelor și băieților;

- elevii să descrie factorii care influențează formarea diferită a imaginii corporale la fete și la băieți.

• **Competențe:**

- analizarea critică a normelor de frumusețe și a impactului lor asupra stilului de viață și asupra sănătății;  
- promovarea diferențelor individuale ca reprezentând calități personale.

• **Metode:**

- discuții de grup, lucru individual și de grup, analiza materialelor mass-media, crearea de materiale, completarea de tabele.

Profesorii propun pentru analiză diferite reviste și reclame (la diferite produse). Se urmărește identificarea și descrierea standardelor care sunt promovate în ceea ce privește frumusețea femeii și a bărbatului. Se discută efectul acestora asupra stilului de viață și asupra sănătății fetelor și băieților.

Profesorii propun elevilor să lucreze pe grupe și să se documenteze asupra normelor socio-culturale de frumusețe și asupra dinamicii lor de-a lungul timpului (de exemplu, schimbarea bruscă a standardului de frumusețe feminină în 2-3 ani după sfârșitul celui de-al doilea război mondial). Propuneți elevilor să realizeze un colaj cu fotografii, poze din reviste, ziare, care înfățișează cât mai multe norme de frumusețe pentru femei și bărbați.

Profesorii propun elevilor mai fravi să dea exemple de cât mai multe calități personale, și subliniază importanța acceptării diferențelor individuale ca sursă de frumusețe și diversitate.

Propuneți elevilor să completeze tabelul de mai jos și discutați caracterul multidimensional al frumuseții (care nu depinde doar de aspectul fizic și greutatea corporală) și diferențele individuale ca surse originale de atractivitate.

## **Sursele frumuseții și atractivității**

### **Ce strategii adaptative de control al greutateii putem aplica?**

Atât fetele cât și băieții trebuie să-și dezvolte abilități adaptative de management al greutateii pentru a preveni apariția tulburărilor privind imaginea corporală și a consecințelor negative pe care aceste tulburări le pot avea asupra sănătății.

Menținerea greutateii corpului în limitele normale se realizează printr-un stil de viață sănătos, bazat pe exercițiu fizic și comportamente alimentare adecvate ce vizează:



- limitarea consumului de grăsimi și zahăr;
- creșterea cantității de carbohidrați consumată;
- limitarea consumului de proteine la cantități adecvate organismului;
- servirea la fiecare masă a unei cantități mici de alimente;
- stabilirea orelor de masă în funcție de programul personal de lucru;
- respectarea orelor de masă;
- stabilirea unei perioade de timp care să fie acordată practicării exercițiului fizic;
- practicarea exercițiilor fizice în perioada de timp stabilită (se recomandă practicarea exercițiilor fizice de intensitate medie cel puțin de 3 ori pe săptămână);
- măsurarea greutateii corporale săptămânal (greutatea corporală se modifică cu 1-2 kg în funcție de cantitatea și tipul alimentelor mâncate în ziua precedentă și de apa reținută în țesuturi etc.);
- dezvoltarea unui mod adaptativ de a face față: stresului, oboselii, plictiselii, situațiilor de criză sau trăirilor emoționale intense.

Cercetările arată că multe persoane ajung să aibă excese alimentare ca modalitate de a face față situațiilor de stres. Consumul de alimente este folosit ca un mijloc de abatere a atenției de la anumite probleme, de relaxare și destindere.

Supraalimentarea oferă beneficii emoționale (stare de bine, destindere) pe termen scurt. Pe termen lung, această metodă este dezadaptativă și crește riscul apariției problemelor emoționale și a obezității, deoarece nu oferă soluții reale situațiilor de stres accentuat.

Pentru a face față în mod eficient situațiilor de stres și suprasolicitare, fetele și băieții, trebuie să-și dezvolte abilități specifice de reducere a stresului de tipul:

- exprimare emoțională;
- practicarea exercițiilor de relaxare;
- practicarea exercițiilor fizice;
- căutarea sprijinului la cei din jur;
- identificarea activităților plăcute, relaxante și practicarea lor periodică;
- identificarea micilor succese zilnice și autoacordarea de recompense.

### **Câteva strategii pentru a avea un regim alimentar sănătos:**

- Cumpără alimente în funcție de aportul caloric și nutrițional al acestora!
- Alege muștar, sos de roșii sau maioneză slabă ca adaos la salate sau sandwich-uri, în locul sosurilor grase!
- La restaurant sau în fast-food-uri specifică faptul că nu dorești maioneză, smântână sau ulei la porția pe care o servești!
- Alege pâinea neagră sau integrală atunci când cumperi sau când alegi un sandwich, hot-dog sau hamburger!

- Alege pieptul de pui sau peștele atunci când cumperi sau comanzi un preparat din carne!
- Comandă pizza cu legume în loc de pizza cu carne!
- Nu pune crutoane sau șuncă în salate și supe!
- Dacă ești nevoit să alegi cartofi prăjiți, alege cea mai mică porție și împarte-o cu prietenii!
- Alege apa în locul băuturilor răcoritoare dulci, carbogazoase sau a băuturilor naturale care conțin adaos de zahăr!

### **Strategii de reducere a greutatei pentru persoanele supraponderale:**

- Înainte de a merge la cumpărături, faceți o listă de alimente și nu vă abateți de la ea (luați banii necesari doar pentru cumpărarea alimentelor de pe listă)!
- Cumpărați în special alimente care trebuie preparate și care nu pot fi consumate imediat!
- Măsurați porția de mâncare înainte de a o pune în farfurie!
- Folosiți farfurii și boluri mai mici!
- Creșteți cantitatea de apă consumată zilnic!
- Serviți masa numai într-un anumit loc din casă și strângeți orice aliment din celelalte locuri!
- Când serviți masa evitați să faceți altceva (să priviți la TV, să citiți)!
- Încercați să puneți furculița sau lingura jos după fiecare umplere a gurii!
- Când mâncați în oraș, alegeți locurile unde puteți mânca alimentele care fac parte din regimul dumneavoastră alimentar!
- Cereți ospătarului să nu pună pe masă aperitive înainte de servirea mesei!
- Dacă organizați o petrecere și pregătiți multe feluri de mâncare, oferiți mâncarea rămasă invitaților să o ia acasă!
- Dacă sunteți invitați să mâncați la prieteni, mâncați mai puțin și lăsați mai mult în farfurie!
- Creșteți progresiv activitatea fizică (puteți începe cu o plimbare de 10 minute pentru a ajunge la 30 de minute de activitate fizică de intensitate moderată)!
- Informați-vă prietenii și familia că faceți schimbări în stilul vostru de viață și cereți-le susținerea și ajutorul!

### **Despre substanțele psihoactive**

Mesajele venite prin mass-media, presiunea din partea prietenilor și dorința de a rezolva cât mai repede problemele emoționale sau cele de suprasolicitare cotidiană creează o atitudine pozitivă față de consumul anumitor substanțe, precum: alcool, tutun, cafea, droguri.

Aceste substanțe sunt substanțe psihoactive care determină modificări ale dispoziției emoționale, ale modului de a gândi și cresc probabilitatea apariției unor comportamente de risc (dezinhibate, considerate "curajoase") și necaracteristice persoanei care le consumă.

Substanțele consumate cel mai frecvent sunt alcoolul și tutunul. Consumul lor are consecințe negative majore asupra sănătății persoanei consumatoare.

## Care sunt consecințele consumului de alcool asupra sănătății?

Cercetările arată că 64% dintre persoanele cu vârsta de peste 12 ani consumă alcool (Fahey ș. a., 2001). Majoritatea oamenilor consideră consumul de alcool ca fiind o modalitate de petrecere a timpului liber, de a te simți bine, de a sărbători diferite evenimente. Ca orice altă substanță psihoactivă, alcoolul afectează însă buna funcționare a organismului pe termen scurt și are consecințe devastatoare asupra sănătății pe termen lung.

Alcoolul acționează asupra organismului în felul următor: el este absorbit, prin pereții stomacului și cei ai intestinului subțire, în sânge; de acolo ajunge la celulele organismului și afectează funcționarea acestora. Celulele care sunt cel mai repede afectate de prezența alcoolului în sânge sunt celulele sistemului nervos.

Concentrația de alcool din sânge depinde de cantitatea de alcool consumată, precum și de caracteristicile individuale ale persoanei consumatoare (greutate, cantitate de țesut adipos). Femeile care au o greutate mai mică decât unii bărbați și care au o cantitate mai mare de țesut adipos și o cantitate mai mică de enzime gastrice implicate în metabolizarea alcoolului (transformarea alcoolului în compuși de bază, absorbția și eliminarea lor) vor avea o concentrație mai mare de alcool în sânge față de bărbații care vor bea aceeași cantitate de alcool.

### Consecințe ale consumului de alcool, pe termen scurt:

Sindromul fetal alcoolic - se caracterizează printr-un grup de defecte și malformații ale nou-născutului, datorate concentrației mari de alcool în sângele mamei pe perioada sarcinii.

- provoacă stare de euforie și dezinhibiție, care poate lua forma ostilității, agresivității, violenței;
- scade timpul de reacție al organismului la stimulii externi;
- scade nivelul coordonării motrice;
- scade acuitatea perceptivă (văz, auz, pipăit, miros, gust);
- provoacă senzație de greață;
- intensifică circulația sangvină periferică care poate conduce la distrugerea vaselor capilare;
- provoacă transpirație intensă, urmată adesea de hipotermie (senzație intensă de frig);
- provoacă scăderea capacității erectile la bărbați și a lubrifierii vaginale la femei.

### Consecințe ale consumului de alcool, pe termen lung:

- scade rezistența mușchiului cardiac;
- crește tensiunea arterială;
- produce modificări ale ritmului cardiac;

- crește riscul atacului de cord;
- provoacă inflamații ale pancreasului și stomacului;
- crește riscul cancerului de faringe, al celui de esofag, de stomac, de pancreas și rect;
- crește riscul apariției cirozei (boală gravă a ficatului);
- crește riscul tulburării funcțiilor rinichilor;
- crește riscul cancerului de sân;
- crește riscul osteoporozei;
- cauzează deficiențe nutritive și obezitate;
- la femei, crește riscul menstrelor neregulate;
- consumul de alcool în timpul sarcinii crește probabilitatea nașterii unor copii care au sindromul fetal alcoolic;
- la bărbați, crește riscul impotenței și atrofiei testiculare.

Consumul de alcool reprezintă un risc crescut pentru sănătate deoarece crește probabilitatea comportamentelor de risc, a accidentelor și afectează relațiile sociale (Wechsler, 2000 apud Fahey ș. a., 2001).

#### **Probleme asociate consumului de alcool:**

- ceartă sau conflicte cu prietenii;
- violență domestică;
- tulburarea liniștii publice sau alte comportamente necaracteristice persoanei, care pot duce la intervenția poliției;
- accidente rutiere;
- alte accidentări și loviri;
- contact sexual neprotejat;
- acceptarea unor contacte sexuale neplanificate;
- abuzul sexual și violul.

#### **Ce strategii se pot aplica pentru a controla consumul de alcool?**

##### **Strategii pentru a controla consumul de alcool când ești invitat la o petrecere:**

- Evită să consumi toate băuturile alcoolice care ți se oferă!
- Evită să consumi băuturi alcoolice pentru a-ți potoli setea!
- Evită băuturile combinate cu sucuri!
- Consumă de fiecare dată după o băutură alcoolică o băutură nealcoolică!
- Mănâncă înainte să consumi băuturi alcoolice!
- Întrerupe, pentru cel puțin o oră, consumul de alcool la primele semne de "amețeală"!

### **Strategii pentru a controla consumul de alcool al persoanelor invitate la o petrecere pe care o organizezi:**

- Evită să insiști când primești un refuz al unui invitat de a consuma alcool!
- Oferă atât băuturi alcoolice, cât și nealcoolice!
- Cantitatea de băuturi alcoolice oferită fiecăruia trebuie să fie moderată!
- Oferă alături de băuturile alcoolice gustări!
- Evită să oferi băuturi alcoolice cu o oră înainte de timpul estimat de plecare al invitaților!
- Asigură-te că invitații care au consumat o cantitate mare de băuturi alcoolice iau un taxi sau sunt conduși de cineva și că nu vor conduce mașina spre casă!

### **Care sunt consecințele fumatului asupra sănătății?**

După vizionarea unui documentar despre substanțele nocive conținute de tutun și efectele acestor substanțe, un adolescent a afirmat: "nici dacă ar fi încercat cineva să facă ceva mai toxic, nu ar fi reușit o combinație atât de eficace...".

Fumatul reprezintă un pericol atât pentru sănătatea persoanelor care fumează, cât și pentru cele care nu fumează dar se află în preajma fumătorilor.

Cercetările arată că numărul copiilor și adolescenților cu vârsta cuprinsă între 12 și 17 ani care fumează a crescut cu 30% între 1988 și 1996 (Fahey ș. a., 2001).

Tutunul conține trei substanțe principale (printre alte câteva sute) care au efecte negative asupra sănătății:

- nicotina;
- gudronul;
- monoxidul de carbon (CO).

Nicotina este o substanță psihoactivă care ajunge prin pereții alveolelor pulmonare în sânge o dată cu oxigenul, în timpul schimbului de gaze care are loc la nivelul plămânilor (eliminarea dioxidului de carbon (CO<sub>2</sub>) din sânge și preluarea oxigenului (O<sub>2</sub>)).

Odată ajunsă în sânge, nicotina este transportată către celulele organismului și modifică funcționarea acestora. Nicotina stimulează activitatea cardiacă și respiratorie și crește riscul bolilor cardiace și respiratorii ca urmare a suprasolicității.

Monoxidul de carbon este un gaz letal prezent în fumul de țigară într-o concentrație de 400 de ori mai mare decât limitele impuse de normele de protecție a muncii la locurile de muncă cu noxe. Monoxidul de carbon distruge ciliile pulmonari cu rol în protecția virală și bacteriană și crește riscul bolilor pulmonare.

Gudronul este o substanță cancerigenă, asemănătoare cenușii, produsă prin arderea hârtiei de țigară. Această substanță este inhalată o dată cu fumul de țigară, se depune pe căile tractului respirator (laringe, trahee, bronhii, bronhiole, alveole pulmonare) și crește riscul apariției cancerului.

#### **Consecințe ale fumatului, pe termen scurt:**

- provoacă o stare de relaxare, prin stimularea secreției anumitor substanțe chimice la nivelul creierului;
- scade cantitatea de aer inhalată și ca urmare crește numărul de respirații pe minut;
- stimulează secreția mucusului la nivelul glandelor tractului respirator și apare tusea tabagică;
- nicotina inhibă contracțiile stomacale și ca urmare scade pofta de mâncare;
- provoacă insomnii;
- scade acuitatea vizuală, mai ales noaptea;
- crește nivelul zahărului în sânge;
- scade cantitatea de urină produsă de rinichi și ca urmare substanțele toxice eliminate în mod normal prin urină sunt reținute într-o mai mare măsură în organism;
- pielea se îngălbenește și apar cearcănele deoarece nicotina stimulează vasoconstricția periferică și pielea nu este oxigenată și hidratată corespunzător.

#### **Consecințe ale fumatului, pe termen lung:**

- crește riscul apariției bolilor cardiovasculare (hipertensiune, artrite, atac de cord);
- crește riscul apariției afecțiunilor plămânilor (bronșită cronică);
- crește riscul apariției diabetului;
- crește riscul osteoporozei;
- crește riscul cancerului bucal, al celui de laringe, de trahee, de esofag, de pancreas, stomac, ficat, rinichi și colon;
- crește riscul cancerului cervical și al celui de sân la femei;
- crește riscul ulcerului;
- provoacă căderea părului;
- provoacă îngălbenirea unghiilor, pielii (mai ales pe mâini) și dinților;
- la femei, crește riscul menstrelor neregulate, instalării timpurii a menopauzei, infertilității și, în cazul fumatului în timpul sarcinii, crește riscul copiilor născuți cu o greutate sub medie;
- la bărbați, crește riscul impotenței.

## Care sunt beneficiile renunțării la fumat?

După **20 de minute** de la ultima țigară:

- tensiunea scade și revine la normal;
- pulsul scade și revine la normal;
- temperatura mâinilor și picioarelor crește și revine la normal.

După **8 ore**:

- nivelul monoxidului din sânge scade și revine la normal;
- nivelul oxigenului din sânge crește și revine la normal.

După **24 de ore**:

- scade riscul unui atac de cord.

După **48 de ore**:

- activitatea sistemului nervos se adaptează la absența nicotinei;
- se revine la sensibilitatea gustativă și olfactivă normală.

După **72 de ore**:

- mușchii din pereții bronhiolilor se relaxează și respirația este mai ușoară;
- crește capacitatea pulmonară (cantitatea de aer care poate fi inspirată).

După **2-3 luni**:

- se îmbunătățește circulația sangvină;
- funcționarea pulmonară crește cu 30%;
- activitățile fizice devin mai ușor de realizat.

După **1-9 luni**:

- se reduc tusea tabagică, secrețiile respiratorii și dificultățile de respirație;
- se refac cilii protectori pulmonari.

După **1 an**:

- riscul apariției bolilor de inimă scade și devine doar de două ori mai mare decât riscul unui nefumător.

După **5 ani**:

- riscul apariției bolilor de inimă devine aproximativ egal cu riscul unui nefumător.

După **10 ani**:

- riscul apariției cancerului de plămâni scade cu 50% față de cel al fumătorilor;
- scade riscul apariției celorlalte tipuri de cancer.

După **15 ani**:

- riscul apariției cancerului de plămâni este aproximativ 25% din riscul fumătorilor;
- riscul apariției bolilor inimii este egal cu riscul unui nefumător.

## Sugestii de activități pentru profesori

Tematică: **Consecințele consumului de substanțe asupra sănătății.**

- Obiective:

- elevii să identifice efectele negative ale consumului de alcool asupra sănătății;
- elevii să identifice efectele negative ale fumatului asupra sănătății;
- elevii să identifice consecințe ale consumului de alcool;
- elevii să identifice consecințe ale fumatului.

- Competențe:

- analizarea consecințelor consumului de substanțe nocive pe termen scurt și pe termen lung asupra sănătății.

- Metode:

- discuții de grup, interviu.

Profesorii propun elevilor să identifice efectele negative pe care consumul de substanțe nocive le are asupra sănătății.

Profesorii propun elevilor să realizeze un scurt interviu cu prietenii, părinții sau alți colegi pe teme:

- "Motive pentru care tinerii consumă alcool și/sau fumează?";
- "Probleme de sănătate apărute la fumători și la persoanele care consumă alcool";
- "Probleme cu care se confruntă persoanele care consumă alcool și efecte ale acestora asupra persoanelor din jur";
- "Beneficii ale persoanelor care renunță la fumat".

De asemenea, elevii înregistrează motivele pentru care tinerii fumează sau consumă alcool, numărul persoanelor dintre cele intervievate care consumă alcool sau fumează și ce tipuri de probleme apar ca urmare a consumului de alcool și a fumatului.

Rezultatele interviului vor fi centralizate și listate. Pe baza rezultatelor, se discută despre efectele consumului de alcool și ale fumatului asupra sănătății.

### **Care sunt factorii care influențează consumul de substanțe nocive?**

Adolescenții încep să consume alcool sau să fumeze din motive diferite. Factorii care influențează consumul de substanțe nocive la copii și adolescenți sunt reprezentați de:

- influența grupului de prieteni;
- atitudinea familiei și a școlii față de fumat și față de consumul de alcool;
- accesibilitatea procurării țigărilor și a băuturilor alcoolice;
- expunerea copiilor la campanii publicitare de promovare a tutunului și băuturilor alcoolice în mass-media.



Campaniile publicitare care promovează consumul de țigări și alcool conțin foarte puține informații despre consecințele negative asupra sănătății și promovează asocierea țigărilor și alcoolului cu trăsături personale cum ar fi "independență", "atractivitate", "succes". Aceste mesaje sunt foarte ușor de înțeles și internalizat de către copii și în consecință mulți tineri fumează sau consumă alcool pentru a părea persoane independente, atractive și de succes. În cadrul orelor de educație pentru sănătate, profesorul/profesoara poate realiza o dezbatere cu elevii pe tema mesajelor ascunse pe care publicitatea le promovează în legătură cu fumatul sau consumul de alcool.

Cercetările arată că relațiile sociale influențează atitudinea față de consumul de alcool. De exemplu, mulți adolescenți adoptă consumul de substanțe nocive ca o modalitate de afirmare a rolului de adult valorizat de către el (MacDonald & Wright, 2002). În aceste situații, părinții și profesorii au rolul să îi ajute pe tineri să-și valorizeze anumite abilități personale pe care aceștia le au.

Normele socio-culturale se constituie într-un alt factor care crește probabilitatea consumului de substanțe nocive la adolescenți și tineri.

O normă socio-culturală care acționează ca un stereotip este aceea potrivit căreia consumul de alcool este "un simbol al masculinității" și în consecință este acceptat social într-o măsură mai mare de către băieți decât de către fete.

Cercetările recente arată că numărul fetelor care consumă alcool și fumează a crescut considerabil. Acest fapt este rezultatul normelor socio-culturale care promovează o imagine nouă a femeii - "femeia de carieră", care preia anumite comportamente considerate în mod tradițional specifice bărbatului (fumat și consum de alcool). În mod eronat consumul de alcool și fumatul reprezintă pentru anumite femei comportamente care exprimă emanciparea (Ricciardelli ș. a., 2001).

### **Care sunt motivele pentru care fetele și băieții consumă substanțe nocive?**

Fetele și băieții care încep să consume substanțe nocive își mențin acest comportament de risc din motive diferite.

Unii băieți încep să fumeze sau să consume alcool pentru a fi în acord cu comportamentele membrilor grupului din care fac parte. De multe ori ei

recurg la astfel de comportamente pentru a masca anumite trăsături personale cum ar fi: neîncrederea în sine, timiditatea, anumite comportamente agresive sau abilități reduse de relaționare cu cei din jur (Amos, 1996; Sarigiani ș. a., 1999 apud MacDonald & Wright, 2002).

Unele fete recurg la consumul de substanțe nocive ca metodă de control al greutateii, ca metodă de reducere a stresului, pentru a masca timiditatea și lipsa abilităților de relaționare. De asemenea, multe fete consumă alcool sau fumează pentru a-și manifesta anumite atitudini nonconformiste (Michell & Amos, 1997; Lucas & Lloyd 1999, apud MacDonald & Wright, 2002 ).

O cauză care determină începerea consumului de substanțe nocive, atât de către fete cât și de către băieți, este reprezentată de abilități reduse de relaționare și de autoreglare emoțională.

Un obiectiv central în prevenirea consumului de substanțe nocive de către tineri este dezvoltarea acestor abilități personale.

### Sugestii de activități pentru profesori

Tematică: **Motive care determină fetele și băieții să consume substanțe nocive.**

- Obiective:

- elevii să identifice factori care influențează tinerii să consume substanțe nocive.

- Competențe:

- identificarea unor stereotipuri de gen care influențează fetele și băieții să consume substanțe nocive;
- identificarea mesajelor transmise de reclamele media la tutun și alcool (analiză din perspectivă de gen: reclama este adresată fetelor, băieților sau ambelor genuri?);
- promovarea beneficiilor renunțării la consumul de substanțe nocive de către fete și băieți.

- Metode:

- discuții de grup, analiza materialelor media, lucru pe grupe și individual.

Profesorii propun elevilor să realizeze o anchetă socială pe un număr de minim 10 persoane (prieteni, vecini, membri ai familiei) despre motivele și situațiile în care aceștia au început să fumeze, precum și despre motive și situații în care consumă alcool în cantități mai mari sau mai mici. Tinerii vor fi îndrumați să prezinte subiecților intervievați scopul acestei anchete - identificarea unor situații și a unor motive care determină anumite persoane să fumeze și să consume alcool, cu scopul de a construi mesaje de prevenire a consumului de substanțe nocive în rândul tinerilor.

Fumatul la băieți/bărbați

Fumatul la fete/femei

Consumul de alcool la băieți/bărbați

Consumul de alcool la fete/femei

Profesorii propun elevilor să centralizeze și să prezinte datele obținute în urma interviurilor realizate. Vor fi listate motivațiile diferite ale fetelor/femeilor și ale băieților/bărbaților pentru care fumează și consumă alcool.

Profesorii propun elevilor să identifice mesajele transmise de reclamele media la tutun și alcool și să le analizeze din perspectivă de gen: reclama este adresată în special fetelor, băieților sau ambelor genuri?

Profesorii propun elevilor să construiască mesaje de prevenire a fumatului și a consumului de alcool adresate fetelor și băieților din școala lor. Aceste mesaje vor fi transmise colegilor de școală sub diverse forme: broșuri, pliante, afișe.

### **Care sunt indicii consumului de substanțe toxice la copii și adolescenți?**

Consumul de substanțe toxice poate fi asociat cu o serie de modificări comportamentale și de dispoziție ale copilului/adolescentului, care pot reprezenta indici pentru identificarea acestei situații problematice:

- lipsește de la școală;
- începe să ia note mai mici;
- își schimbă cercurile de prieteni;
- vorbește mai puțin cu părinții;
- are tendința de a evita conversațiile;
- este mai retras, mai singuratic, mai trist, mai irascibil.

Adulții trebuie să fie atenți la astfel de indicatori care semnalează de cele mai multe ori consumul de substanțe toxice de către copii, pentru a le putea acorda acestora sprijinul necesar în scopul întreruperii consumului de astfel de substanțe.

### **Principii de prevenție a consumului de substanțe toxice**

Dependența de o anumită substanță (adicție) - un grup de simptome comportamentale, de funcționare mentală și fiziologică, ce apar la o persoană care continuă să consume acea substanță în ciuda problemelor apărute în viața socială și profesională.

Cea mai eficientă metodă de modificare a comportamentului de consum de substanțe toxice este prevenirea, deoarece consumarea frecventă a substanțelor psihoactive dezvoltă dependența de aceste substanțe. Programele școlare de prevenire a consumului de substanțe trebuie să vizeze următoarele aspecte:

- să prezinte consecințele pe termen scurt și pe termen lung ale consumului de substanțe;
- să se focalizeze pe consecințele negative imediate ale fumatului și ale consumului de alcool;
- să dezvolte deprinderile de rezistență la presiunea grupului, la mesajele mass-mediei și publicității;

Sevraj - un grup de simptome fiziologice și psihologice care apar ca urmare a neadministrării substanței față de care persoana este dependentă.

- să se implice în activități recreative, plăcute, care nu implică consumul de alcool sau fumatul sau sunt chiar incompatibile cu acestea;  
- școlile care dețin programe de promovare a sănătății și care folosesc regula "fumatul interzis", trebuie să solicite respectarea ei atât de către elevi, cât și de către profesori, datorită rolului de model pe care îl au adulții pentru copii și datorită învățării comportamentelor sanogene și de risc prin modelare (adică prin "copierea" comportamentelor unor persoane semnificative pentru copil).

### Sugestii de activități pentru profesori

Tematică: **Centre de sprijin pentru persoanele care consumă substanțe toxice.**

- Obiective:

- elevii să identifice centre și principii de prevenire a consumului de substanțe nocive.

- Competențe:

- promovarea beneficiilor renunțării de către fete și băieți la consumul de substanțe nocive.

- Metode:

- discuții de grup, crearea de materiale de promovare, lucru pe grupe și individual.

Profesorii sugerează elevilor să prezinte colegilor în școală și în comunitate (sub formă de pliant sau afiș) centrele resursă (centre, cabinete de consiliere) și persoanele autorizate care pot oferi consiliere și sprijin în această problemă.

### Cum vorbim despre sexualitate cu adolescenții și copiii?

Școala este o instituție de educație astfel că ea le formează tinerilor și le dezvoltă acestora concepții despre sexualitate, feminitate sau masculinitate.

Sexualitatea este o componentă naturală și sănătoasă a ființei umane, ce include dimensiunile fizică, socială, spirituală, mentală și emoțională.

Sănătatea sexuală este o componentă esențială a stării de bine fizice și psihologice a unui individ.

(Organizația Mondială a Sănătății)

Termenul de "sănătate" este de multe ori asociat cu domeniul medical. Ca rezultat, "sănătatea sexuală" poate fi greșit înțeleasă ca lipsa unor probleme medicale sau a unor comportamente de risc.

În consecință, atât profesorii cât și consilierii școlari au dificultăți în a promova sănătatea sexuală prin educație.

Pentru a depăși aceste bariere, Organizația Mondială a Sănătății recomandă ca educația sexuală să pună accentul pe aspecte de normalitate ale sexualității și pe comportamente sexuale sănătoase.

Relațiile sexuale nu sunt întotdeauna coercitive, de exploatare sau periculoase (Moore, 1994). Este adevărat că astfel de relații sexuale există și tinerii trebuie informați despre ele, dar în egală măsură ei trebuie informați și în legătură cu aspectele pozitive, plăcute, sanogene ale activității sexuale.

Promovarea drepturilor sexuale și a sănătății sexuale sunt principalele obiective ale programelor de educație sexuală.

Datorită tematicii abordate, necesitatea realizării educației sexuale în școală a fost mult timp un subiect de discuție controversat.

Mesajul transmis copiilor și adolescenților despre sex și sexualitate a fost mult timp unul limitat la prezentarea pericolelor și a riscurilor asociate cu sexualitatea.

Sexualitatea era definită ca o funcție biologică, de reproducere, cu implicații negative asupra sănătății (boli cu transmitere sexuală, riscul infectării cu HIV/SIDA, sarcini nedorite). Educația sexuală nu ajută copilul sau adolescentul să înțeleagă natura și semnificația sexualității și modul cum ar putea să își îmbunătățească calitatea vieții sexuale.

Educația sexuală nu înseamnă numai sănătatea reproducerii, ea cuprinde dezvoltarea deprinderilor de relaționare interpersonală, dezvoltarea responsabilității personale, informarea și dezvoltarea de atitudini și valori personale.

Educația sexuală a fetelor se focaliza pe învățarea metodelor de evitare a bolilor cu transmitere sexuală, a sarcinilor nedorite și pe informațiile despre schimbările fizice ale organismului în pubertate (în mod special apariția menstruației). Imaginea pozitivă și completă a sexualității ca exprimare voluntară a dorințelor, emoțiilor și comportamentelor sexuale a fost omisă din programele de educație sexuală (Lear, 1997).

Pregătirea tinerilor pentru schimbările fizice, mentale și emoționale ale pubertății și adolescenței are ca scop dezvoltarea unei imagini de sine pozitive și nu întărirea sentimentului de rușine sau jenă față de aceste aspecte. O metodă foarte eficientă pentru discutarea tematicii legate de aspectele de dezvoltare a tinerilor este focalizarea pe diferențele individuale în creștere și pe acceptarea și valorizarea acestora. Nu toate fetele sau toți băieții manifestă aceleași schimbări fizice, mentale sau emoționale. Fiecare își exprimă în mod diferit propria sexualitate, prin valori, atitudini, comportamente, orientare sexuală. "A fi diferit" nu înseamnă "a nu fi normal".

Sexualitatea este mai mult decât un set de senzații fizice legate de dorință, excitare sau orgasm (Lorber, 2003). Sexualitatea este exprimată prin gânduri, fantezii, dorințe, convingeri, atitudini, valori, comportamente, deprinderi, roluri și responsabilități.

Până recent, construcția socială a sexualității a făcut ca drepturile sexuale să fie definite în termeni protecțivi, care ofereau sexualității o coloratură negativă: dreptul de a nu fi abuzat, hărțuit, exploatat sexual, violat, traficat sau mutilat (Conferința Mondială asupra Drepturilor Umane, Viena, 1993, Copelon & Hernandez, 1994 apud Petchesky, 2000). În acest fel este ignorată dimensiunea sanogenă a sexualității, așa cum o prezintă Organizația Mondială a Sănătății (Petchesky, 2000).

Drepturile sexuale integrează dreptul individului la informații, deprinderi, suport și servicii care să îl ajute să ia decizii responsabile în legătură cu sexualitatea sa, în acord cu valorile personale. Sexualitatea se bazează pe dreptul la integritate fizică, relații sexuale voluntare, accesul la servicii de sănătate sexuală și sănătate a reproducerii și exprimarea orientării sexuale fără discriminare sau violență (Consiliul de Informare și Educare pentru Sexualitate US - SIECUS, 1998).

Drepturile sexuale fac referire și la aspectele pozitive ale sexualității, nu doar la cele de risc. Principalul drept sexual este dreptul la plăcerea sexuală. Plăcerea sexuală este înțeleasă în contextul rolurilor și al prescripțiilor sociale de gen.

Măsura în care o persoană are libertate sexuală și trăiește plăcere sexuală arată dimensiunea respectării drepturilor sale. Aceste drepturi sunt aceleași pentru fiecare persoană indiferent de gen, rasă sau clasă socială (Geis, 1993).

Drepturile sexuale asigură respectarea deciziilor individuale cu privire la propria viață sexuală și la modalitățile de experimentare a plăcerii sexuale.

Potrivit Organizației Mondiale a Sănătății, sănătatea sexuală a unei persoane se manifestă prin capacitatea acesteia de a experimenta plăcerea sexuală, de a avea o viață sexuală protejată, de a hotărî asupra momentului când dorește să aibă copii și asupra numărului acestora. Sănătatea sexuală optimizează relațiile personale și stilul de viață al persoanei (Petchesky, 2000).

Sănătatea sexuală reprezintă starea de bine fizică, emoțională, mentală și socială a unei persoane. Ea nu este definită ca absența bolilor, a disfuncțiilor sau infirmităților. Sănătatea sexuală necesită o abordare pozitivă a sexualității, ca o exprimare liberă a comportamentului sexual în lipsa discriminărilor și oricărei forme de violență. Pentru ca sănătatea sexuală să fie atinsă trebuie respectate și protejate toate drepturile sexuale ale oricărei persoane.

Educația sexuală oferă copiilor și adolescenților o experiență de învățare, prin care primesc informații adecvate vârstei lor și oportunitatea de a-și forma deprinderi pentru dezvoltare sexuală și relații interpersonale optime.

O educație sexuală eficientă menține și promovează un dialog deschis despre sexualitate, care respectă valorile și convingerile individuale, genul, orientarea sexuală, etnia, cultura sau religia persoanei.

**Bariere în dezvoltarea unor comportamente și atitudini sănătoase privind sexualitatea la fete și la băieți - bariere care se constituie pornind de la efectele unor prejudecăți și stereotipuri de gen**

## **Drepturi sexuale**

*Organizația Mondială de Sexologie  
(1997 - 1999)*

### **1. Dreptul la libertate sexuală**

Fiecare individ are dreptul să-și exprime potențialul sexual. Această exprimare exclude orice formă de coerciție sexuală, exploatare sau abuz.

### **2. Dreptul la autonomie sexuală, integritate sexuală și control asupra propriului corp**

Acest drept implică libertatea și abilitatea de a lua decizii legate de propria viață sexuală, în conformitate cu propriile norme și valori.

### **3. Dreptul la intimitate sexuală**

Acesta implică faptul că fiecare individ are dreptul să adopte comportamente prin care să-și protejeze intimitatea prin respectarea drepturilor sexuale ale celorlalți.

### **4. Dreptul la echitate sexuală**

Acest drept promovează reducerea și eliminarea tuturor discriminărilor pe bază de gen, orientare sexuală, clasă socială, religie, dizabilități emoționale sau fizice.



## 5. Dreptul la plăcere sexuală

Plăcerea sexuală, incluzând autoerotismul, este o sursă de sănătate fizică, psihologică, intelectuală și spirituală.

## 6. Dreptul la exprimare (afectivă) a sexualității

Exprimarea sexualității implică mai mult decât participarea la actul sexual. Fiecare persoană are dreptul de a-și exprima propria sexualitate prin comunicare, atingere, exprimare afectivă sau iubire.

## 7. Dreptul la decizii proprii legate de sexualitate

Fiecare persoană are dreptul de a decide cum își planifică viața personală, dacă se căsătorește sau divorțează.

## 8. Dreptul la opțiuni proprii de a avea copii și la asumarea responsabilității asupra acestor opțiuni

Fiecare persoană are dreptul de a decide dacă dorește sau nu copii și are dreptul de a avea acces la programele medicale de fertilizare, dacă dorește.

## 9. Dreptul la informare bazată pe studii științifice

Acest drept implică furnizarea de informații despre sănătatea sexuală pe baza studiilor științifice de specialitate.

## 10. Dreptul la educație sexuală

Educația sexuală este un proces de lungă durată în care se implică toate instituțiile din domeniul social.

## 11. Dreptul la servicii medicale privind sănătatea sexuală

Dezvoltarea și menținerea sănătății sexuale trebuie să fie scopul programelor de prevenire și tratament focalizate pe tematica sexualității.

## Sugestii de activități pentru profesori

Tematică: **Sexualitatea așa cum este ea percepută de o fată și cum este percepută de un băiat.**

### • Obiective:

- elevii să identifice percepții ale fetelor și ale băieților despre sexualitate.

### • Competențe:

- promovarea drepturilor sexuale în rândul colegilor de școală.

### • Metode:

- discuții de grup, crearea de materiale de promovare, lucru pe grupe și individual.

Profesorul propune adolescenților ca sarcină de lucru realizarea unui interviu semistructurat pe tema sexualității așa cum este ea percepută de o fată și cum este percepută de un băiat.

Interviul poate să integreze următoarele tipuri de întrebări:

- Ce înseamnă sexualitatea pentru tine?

- Care este diferența dintre modul în care fetele/femeile înțeleg sexualitatea și modul în care băieții/bărbații înțeleg sexualitatea?

- Care sunt valorile actuale ale tinerilor și adulților relaționate cu sexualitatea?

- Ce sunt drepturile sexuale?
- Care sunt drepturile sexuale?

Adolescenții centralizează răspunsurile primite și pe baza acestora concep un material de prezentare a percepțiilor fetelor și băieților despre sexualitate.

### Metode utilizate în educația sexuală

Este recomandat ca în educația sexuală cele mai frecvente metode utilizate să fie discuțiile de grup, dezbaterile, studiile de caz, prezentarea unor scenarii sau povești reale și mai puțin metodele de tipul prelegerii sau cele care utilizează fișele de lucru. Studiile de psihologie care au evaluat eficiența orelor de educație sexuală au identificat ca principală barieră metodele utilizate și în mod special metodele centrate pe aplicarea unor fișe de lucru (Hilton, 2001).

Stereotipurile de gen legate de sexualitate ("femeile trebuie să fie pasive sexual", "bărații trebuie să domine femeia") au consecințe negative asupra sănătății fizice, mentale și sociale a femeilor și băraților.

De asemenea, este recomandat ca tematica și metodele utilizate în educația sexuală să fie adecvate atât băieților cât și fetelor. Băieții și fetele pot fi interesați de subiecte diferite și au moduri diferite de a reacționa la discutarea unor subiecte de educație sexuală. Multe din informațiile despre sexualitate sunt preluate de tineri din alte surse cum ar fi de pe Internet, din reviste, emisiuni radio sau TV. Ignorarea acestor surse de informare reprezintă bariere în educația sexuală, prin menținerea stereotipurilor de gen pe care le promovează acestea.

Un stereotip frecvent întâlnit este acela că "băieții ar trebui să știe astfel de lucruri (despre sexualitate) așa cum știi să conduci mașina". În consecință, educația sexuală privită astfel nu integrează și perspectiva băieților și nu abordează și nevoile lor în tematica orelor de educație sexuală.

Acest lucru poate fi realizat prin focalizarea lecțiilor de educație sexuală asupra percepțiilor sociale ale sexualității, asupra normelor și valorilor personale. Integrarea aspectelor privind construcția socială a sexualității în funcție de gen reprezintă cel mai important aspect în realizarea educației sexuale și în optimizarea sănătății sexuale.

### Acțiuni și strategii de dezvoltare și menținere a sănătății sexuale

*Organizația Mondială a Sănătății (2000)*

- Dezvoltarea și menținerea sănătății sexuale prin eficientizarea programelor de educație sexuală

Recunoașterea și respectarea drepturilor sexuale reprezintă obiective importante ale programelor de dezvoltare a sănătății sexuale.

Campaniile de promovare a comportamentelor care dezvoltă și mențin sănătatea sexuală sunt eficiente în măsura în care integrează aspecte vizând dimensiunile sănătății sexuale:

- dimensiunea emoțională;
- dimensiunea socială;
- dimensiunea culturală;
- dimensiunea biologică.

Programele de educație sexuală nu au abordat aspecte despre plăcerea erotică întrucât aceasta a fost mult timp considerată o încălcare a normelor morale. Acest fapt a avut drept consecință eliminarea temei despre plăcerea sexuală din programele de educație sexuală. Această eliminare poate afecta negativ comportamentul sexual al unui adolescent și poate determina în timp dezvoltarea unor disfuncții sexuale.

Atitudinea negativă față de sexualitate crește semnificativ riscul dezvoltării și menținerii unor comportamente sexuale nesănătoase, de risc. Obiectivul educației sexuale este promovarea efectelor pozitive ale sexualității asupra stării de bine fizice, mentale și emoționale ale unei persoane prin:

- **Integrarea în programele de sănătate publică a aspectelor privind sănătatea sexuală**
- **Promovarea echității de gen și eliminarea discriminărilor de gen:**
  - introducerea dimensiunii de gen în planificarea și implementarea serviciilor de sănătate sexuală;
  - introducerea în programele de educație sexuală a dimensiunii de gen, în special prin promovarea drepturilor de egalitate sexuală ale femeilor și bărbaților.
- **Dezvoltarea responsabilității fiecărui individ privind consecințele comportamentului sexual:**
  - promovarea prin programele de educație sexuală a responsabilității privind consecințele comportamentului sexual;
  - dezvoltarea și implementarea de programe de educație sexuală pentru adulți (în mod special părinți);
  - promovarea prin mass-media a mesajelor de asumare a responsabilității privind comportamentul sexual;
  - aplicarea normelor legislative privind comportamentul sexual responsabil.
- **Combaterea prejudecăților și a discriminărilor față de membrii grupurilor sexuale minoritare:**
  - promovarea toleranței față de membrii grupurilor sexuale minoritare: homosexuali, bisexuali, transexuali.
- **Combaterea violenței sexuale:**
  - promovarea sănătății sexuale și a drepturilor sexuale;
  - promovarea egalității de gen și eliminarea discriminărilor de gen;
- **Obiective pentru eliminarea violenței sexuale:**
  - introducerea și aplicarea unor norme legislative care să combată violența sexuală;
  - promovarea unor norme socio-culturale care să sancționeze violența sexuală;
  - sprijinirea victimelor violenței sexuale prin diverse programe de consiliere psihologică, juridică etc.

## Cum integrăm dimensiunea de gen în programele de educație sexuală?

Echitatea de gen în educația sexuală poate fi definită ca o formă de promovare și respectare a drepturilor sexuale indiferent de gen.

Analiza programelor de educație sexuală a identificat ca problemă modul în care fetele și băieții beneficiază în urma orelor de educație sexuală. Dacă sexualitatea este percepută doar ca o lungă listă de consecințe negative, de la sarcină la bolile cu transmitere sexuală și riscul infectării cu HIV/SIDA, eficiența acestor programe de educație sexuală în termeni de prevenire este foarte scăzută. Studiile recomandă încurajarea tinerilor pentru dezvoltarea unei imagini a sexualității definite de atitudini și comportamente responsabile față de sine și față de ceilalți.

Fetele și băieții sunt astfel încurajați să analizeze critic mesajele din mass-media care asociază sexul și sexualitatea cu violența sau abuzul. De asemenea, este încurajată implicarea atât a băieților cât și a fetelor în acceptarea și promovarea diversității în exprimarea stilului de viață, atâta timp cât ea nu implică agresiune sau nerespectarea drepturilor sexuale ale celorlalți.

Pe de o parte, bărbații sunt învățați prin socializare să fie activi din punct de vedere sexual, iar varietatea experiențelor sexuale și satisfacția sexuală sunt valorificate și acceptate social în cazul lor. Pe de altă parte, femeile sunt socializate în sensul limitării activității și inițiativei sexuale. Pentru femei, relația sexuală este conceptualizată în termenii romantismului, ai intimității și ai comunicării emoționale.

Dimensiunea de gen cuprinsă în normele socio-culturale organizează modul în care fiecare individ, bărbat sau femeie, se raportează la contextul social și își înțelege propria sexualitate. Identitatea de gen este în mod puternic asociată cu experiențele la care indivizii sunt expuși, cu tipurile de alegeri considerate ca fiind acceptate și legitime, cu costurile și beneficiile care urmează acestor alegeri (Laumann ș. a., 1994 apud Gogna & Ramos, 2000). Prin aceste mecanisme, normele de gen influențează experimentarea propriei sexualități și planificarea vieții sexuale.

Dimensiunea de gen a sexualității se regăsește și la nivelul construirii și definirii drepturilor sexuale. Pentru bărbați se accentuează riscurile sexuale și prevenirea îmbolnăvirilor, în timp ce pentru femei singurul aspect important este reprezentat de sarcină și reproducere.

Studiile asupra eficienței programelor de prevenire a sarcinilor nedorite în rândul adolescentelor identifică ca esențială în dezvoltarea

abilităților fetelor de a avea control asupra propriei vieți și asupra propriului corp (Halstead, Waite, 2001). Prezentarea consecințelor negative ale unei sarcini nu sunt motive suficient de relevante pentru a le stimula pe adolescente să se protejeze. Sarcina la vârsta adolescenței este influențată în principal de factori sociali, cum ar fi sărăcia și nu de lipsa de informații despre consecințele unui act sexual neprotejat. Este mult mai eficient ca prevenirea să se bazeze pe dezvoltarea abilităților cognitive și sociale, în mod special abilitățile de negociere și dezvoltarea autonomiei personale.

### **Implicații ale includerii dimensiunii de gen în programele de educație sexuală:**

- Ajutarea fetelor și băieților să conștientizeze impactul propriului comportament asupra sănătății lor și a celorlalți.
- Integrarea aspectelor pozitive ale sexualității și promovarea metodelor de reducere și prevenire a problemelor de sănătate sexuală.
- Contribuția la schimbarea atitudinilor și comportamentelor tinerilor ca rezultat al deciziilor personale, decizii luate pe baza informațiilor oferite.
- Oferirea de informații și dezvoltarea de abilități care reduc discriminările de gen și de orientare sexuală.
- Încurajarea analizei critice a stereotipurilor de gen.
- Recunoaște importanței problematicii de gen în societate și creșterea varietății de opțiuni la care pot avea acces atât fetele cât și băieții în scopul creșterii calității vieții acestora.

Educarea sexuală a tinerilor în contextul respectării reciproce a drepturilor sexuale necesită flexibilizarea cadrului social în legătură cu socializarea rolurilor sexuale de gen.

Informarea tinerilor despre riscurile vieții sexuale trebuie realizată, dar este important să nu se neglijeze în educația sexuală dimensiunea pozitivă a sexualității.

În educația sexuală a copiilor și tinerilor trebuie să se accentueze dimensiunea pozitivă a relațiilor sexuale. Programele de educație sexuală trebuie să transmită tinerilor mesajul că, înainte de a însemna pericol, relațiile sexuale înseamnă creșterea calității vieții.

Integrarea dreptului de căutare și de experimentare a plăcerii sexuale: în acest scop o dimensiune importantă a programelor de educație sexuală este sublinierea rolului de subiect sexual (partener activ) al fiecărui partener (Paiva, 2000).

## 2.5. Alte comportamente preventive

### Există și alte comportamente care pot avea rol de protecție pentru sănătate?

Practicarea exercițiului fizic, respectarea unor principii de alimentație sănătoasă, combaterea consumului de alcool și a fumatului reprezintă metode de menținere a sănătății și de prevenire a îmbolnăvirilor. Alături de acestea, cercetările au pus în evidență și alte comportamente care influențează pozitiv starea de sănătate a unui individ. Acestea contribuie la prevenirea accidentărilor sau a apariției unor boli și la intervenția medicală de prevenire.

Aceste comportamente preventive sunt:

- controalele medicale periodice;
- vaccinările;
- utilizarea cremelor de protecție solară;
- utilizarea centurii de siguranță;
- utilizarea echipamentului de protecție la locul de muncă sau în practicarea sporturilor precum ciclismul, motociclismul, parașutismul.

### Influența normelor socio-culturale asupra dezvoltării comportamentelor de risc la băieți și a comportamentelor preventive la fete

Normele socio-culturale de gen care prescriu stilul de viață diferit al femeilor și bărbaților descriu în general feminitatea ca un factor protector pentru sănătate, iar masculinitatea ca un factor de risc.

Deseori, normele socio-culturale prescriu băieților adoptarea unor comportamente de risc pentru sănătate. Aceasta deoarece de multe ori căutarea și acceptarea riscului sunt considerate simbolul masculinității. De exemplu, anumite stereotipuri promovează ideea că un "bărbat adevărat" conduce mașina cu viteză foarte mare, nu se duce la medic pentru "orice fleac", poate consuma o cantitate mare de alcool etc.

Studiile arată că asupra băieților și bărbaților se manifestă presiunea socială de a fi independenți, rezistenți, autosuficienți, indiferent de situație sau de context. Manifestarea acestor valori ale masculinității se realizează și în contextul sănătății, întrucât evaluarea riscului este distorsionată de normele sociale ale masculinității, conform cărora: bărbații își asumă riscuri, sunt invulnerabili, nu sunt slabi, nu au nevoie de ajutor (Courtenay, 2000).

Astfel, băieții au mai multe comportamente de risc pentru sănătate: consum de alcool, fumat, șofat cu viteză crescută, evitarea verificărilor medicale, nefolosirea cremelor de protecție solară, nefolosirea centurii de siguranță.

De exemplu, studiile arată că băieții sunt victime ale accidentelor rutiere într-o mai mare măsură decât fetele. De asemenea, cancerul de piele (datorat expunerii neprotejate la soare) este o formă de cancer mult mai frecvent întâlnită la bărbați decât la femei.

Modul în care băieții își manifestă masculinitatea prin comportamente de risc este diferită de la o persoană la alta. Unii băieți pot adopta comportamente sexuale de risc, alții pot practica sporturi extreme, alții pot adopta ca principală modalitate de manifestare a masculinității violența fizică în relațiile cu ceilalți și/sau în relațiile intime.

Stilul de viață adoptat de femei și bărbați este diferit deoarece reprezintă o modalitate de exprimare a genului, conform prescripțiilor normelor socio-culturale de gen.

Normele socio-culturale de gen care descriu masculinitatea în termenii acceptării riscului au consecințe negative asupra sănătății. Programele de promovare a sănătății trebuie să ofere alternative comportamentale sanogene care să permită băieților manifestarea adecvată a masculinității.

Dacă comportamentele de risc sunt în general descrise în termeni masculini, comportamentele sănătoase cu funcție preventivă pentru sănătate sunt în general descrise de normele socio-culturale în termeni feminini. De exemplu, de multe ori se consideră că: "utilizarea cremei de protecție solară este tipic feminină". Ca urmare, normele socio-culturale care prescriu feminitatea încurajează într-o mai mare măsură fetele în adoptarea de comportamente cu funcție protectivă asupra sănătății.

### **Sugestii de activități pentru profesori**

Tematică: **Diferențe de gen în adoptarea de comportamente preventive.**

- **Obiective:**

- elevii să identifice motivele pentru care unii băieți nu adoptă comportamente preventive;
- elevii să descrie normele de gen care prescriu comportamente de risc pentru băieți și protective pentru fete.

- Competențe:

- analizarea critică a informațiilor din mass-media legate de comportamentele protective și de risc la fete și la băieți;
- promovarea comportamentelor preventive la fete și băieți.

- Metode:

- discuții de grup, completarea fișelor de lucru, dezbateri, proiecte de grup.

Profesorii propun elevilor să completeze următorul tabel:

### **Comportamente preventive**

Profesorii discută cu elevii motivele pentru care aceste diferențe pot să apară.

Profesorii propun elevilor să identifice în mass-media cât mai multe mesaje și modalități care încurajează adoptarea diferită a comportamentelor preventive la fete și la băieți.

Profesorii propun elevilor să listeze cât mai mulți factori sau cât mai multe metode care ar încuraja băieții să adopte într-o mai mare măsură comportamentele preventive. Se vor lista apoi consecințele pozitive ale adoptării acestor comportamente de către băieți.







Sănătate mentală și  
emoțională

și emoțională

# 3

Resursele și abilitățile personale reprezintă un mijloc de autocontrol și de a face față evenimentelor externe. Principalii factori protectori ai sănătății mentale sunt dezvoltarea abilităților de gestiune a stresului și dezvoltarea unui mod adaptativ de gândire și exprimare emoțională.

Capacitatea oamenilor de a lua decizii și de a alege ce este mai bun pentru ei este însă uneori compromisă de factori interni, externi sau de ambii.

Factorii interni care afectează sănătatea mentală și emoțională a unei persoane:

- dificultăți de comunicare și relaționare;
- relații conflictuale;
- relații sociale puține sau nesatisfăcătoare;
- singurătate și izolare;
- boli fizice sau infirmități;
- tendința de a dramatiza evenimentele;
- centrarea pe aspectele negative ale experiențelor proprii;
- autotlamarea;
- generalizarea eșecurilor;
- îngrijorarea permanentă față de evenimente care nu s-au întâmplat.

Factorii externi care afectează sănătatea mentală și emoțională a unei persoane:

- discriminarea socială;
- presiuni negative din partea prietenilor;
- diferite tipuri de abuz;
- trăirea unor experiențe de violență fizică sau asistarea la astfel de scene;
- conflictele familiale;
- amenințarea integrității fizice (insecuritatea mediului de viață: zonă de conflict armat, de calamități naturale iminente).

### **Care sunt diferențele de gen la nivelul factorilor care afectează sănătatea mentală și emoțională?**

Factorii care afectează sănătatea mentală și emoțională a copiilor sunt diferiți de cei care îi afectează pe adulți. Formarea și dezvoltarea relațiilor de atașament reprezintă un factor critic pentru sănătatea mentală a copiilor.

Când aceste relații nu sunt sigure sau nu se dezvoltă datorită separării, decesului unui membru al familiei, divorțului sau conflictelor familiale,

crește riscul apariției problemelor de sănătate mentală la copii (deprezie, anxietate, risc de suicid). Copiii sunt expuși unui risc crescut în cadrul relațiilor abuzive de tip fizic, emoțional sau sexual. Abuzul asupra copiilor poate fi produs și prin neglijarea lor fizică, emoțională sau victimizare.

Cercetările arată că, în privința riscului de apariție a problemelor de sănătate mentală, există diferențe între băieți și fete în modul cum beneficiază de rețeaua de suport social și emoțional. Astfel, băieții beneficiază de o rețea de suport emoțional mult mai redusă. Ei învață într-o măsură mai mică decât fetele să utilizeze rețeaua socială pentru suport emoțional în situații de stres, abuz, depresie.

### **Ce cauze pot fi la originea unor erori de diagnostic și tratament al problemelor mentale și emoționale?**

Stereotipurile de gen, transmise de mediul social unei persoane, îi influențează acesteia:

- modul de a gândi;
- comportamentele;
- reacțiile emoționale;
- modul de evaluare a celorlalți;
- acțiunile specifice domeniului de activitate;

Valorile și normele socio-culturale care descriu feminitatea și masculinitatea se transferă în contextul sănătății și influențează dezvoltarea patologiei sau diagnosticarea ei.

Cercetările recente în domeniul medical au arătat că multe dintre evaluările medicale și statisticile realizate pe baza acestora sunt distorsionate de convingerile cadrelor medicale care asociază genul cu prezența anumitor tulburări. De exemplu, se consideră că femeile sunt predispuse într-o măsură mult mai mare să dezvolte depresie și anxietate, în timp ce bolile somatice, organice, sunt considerate specifice bărbaților. Uneori stereotipurile de gen influențează anumite decizii medicale și pot conduce la erori de diagnostic și tratament.

Datorită acestor dificultăți în diagnostic, este important să apelăm la specialiști atunci când identificăm la copii și adolescenți modificări neobișnuite la nivel emoțional, cognitiv sau comportamental. Trebuie evitate "diagnosticele" sau etichetările din partea colegilor sau a altor cadre mai puțin specializate în aceste probleme.

Studiile indică faptul că femeile primesc cu preponderență mai mare diagnostic psihiatric pentru tulburările somatice sau pentru somatizări, în timp ce bărbații sunt foarte rar diagnosticați cu tulburări mentale. Multe dintre femeile cu simptomatologie cardiovasculară sunt orientate spre psihologi, primesc diagnostic psihologic sau psihiatric (de exemplu, anxietate, depresie) și medicație corespunzătoare acestor tulburări (Watkins & Whaley, 2000).

Cel mai frecvent diagnostic psihiatric primit de bărbați este depresia. Acest diagnostic este oferit în mod eronat pentru multe cazuri de anorexie la bărbați și ca explicație pentru tulburările de apetit și modificări ale greutateii corporale (Lee, 1998).

Stereotipurile de gen care descriu agresivitatea și violența ca fiind comportamente tipic masculine determină diagnosticarea de tulburări de comportament antisocial sau personalitate antisocială în special la băieți (APA, 1994, Bowen & John, 2001). Fetele primesc rareori acest diagnostic. Diagnosticul de personalitate histrionică sau borderline sunt întâlnite într-o măsură mult mai mare la fete întrucât aceste tulburări de personalitate au ca indicatori comportamente considerate tipic feminine (dependența de relații sociale, căutarea suportului și atenției sociale) (APA, 1994, Bowen & John, 2001).

Un diagnostic greșit pus frecvent copiilor este cel de ADHD - tulburare de atenție cu hiperactivitate. Această tulburare se manifestă fie prin tulburări atât la nivelul atenției (deficit atențional), cât și la nivel comportamental (hiperactivitate), fie prin tulburări doar la unul dintre cele două niveluri. Fetele prezintă în general tulburări doar la nivelul atenției. Deficitele atenționale sunt dificil de identificat și de aceea multe fete nu sunt diagnosticate cu ADHD și nu primesc tratament și asistență adecvate.

Puterea influenței stereotipurilor de gen în contextul sănătății mentale este evidențiată de studiile care arată că devierea de la comportamentele stereotipe de gen (de exemplu, femei agresive fizic sau bărbați depresivi) este considerată un indicator al patologiei și determină acordarea de asistență de specialitate suplimentară (Bowen & John, 2001).

Datorită importanței construcției sociale a genului în contextul sănătății mentale, este necesară dezvoltarea unor programe de prevenire care să țină cont de normele socio-culturale de gen și a unor programe de educare a personalului medical în legătură cu impactul acestor norme asupra stabilirii unui diagnostic.

## **3.2. Rolul abilităților cognitive, emoționale și comportamentale în menținerea sănătății și în prevenirea îmbolnăvirilor**

### **Care este legătura între gând, emoție și comportament?**

Sugestii pentru o interacțiune optimă cu copiii:

- prezentați fetelor și băieților ca fiind firească experiența emoțiilor pe care le trăiesc;
- introduceți copiii (10-12 ani) în tematica stereotipurilor legate de viața emoțională. Stereotipurile pot fi numite și "mituri" sau "concepții eronate" care sunt puternic înrădăcinate social, în cunoștințele comune, și care influențează modul în care gândim, ne comportăm sau reacționăm emoțional.

Emoțiile unei persoane reprezintă aspecte individuale, cu implicații asupra sănătății fizice, mentale și sociale a acesteia.

Emoțiile sunt rezultatul unor prelucrări cognitive a evenimentelor ce acționează ca stimuli: emoțiile sunt post-cognitive (apar după interpretarea cognitivă a evenimentului-stimul, chiar dacă această prelucrare este automată, neconștientizată). De exemplu, pentru același eveniment, oameni diferiți pot avea emoții diferite pentru că ei gândesc diferit despre acest eveniment. Dacă se aud pași pe scările clădirii, o persoană care gândește că "este un hoț" trăiește emoția de frică, în timp ce o altă persoană care gândește că "este un vecin", nu trăiește această frică.

Modul de a gândi al unui individ despre un eveniment este construit și influențat de experiențele sale de viață, cunoștințele și principiile sale, precum și de valorile comunității în care trăiește. De exemplu, dacă o fată cade și se lovește, e foarte probabil să gândească că "situația este periculoasă", că "fetele primesc întotdeauna ajutor" și, ca urmare, poate se va simți neajutorată, va începe să plângă, așteptând ajutorul cuiva. Dacă un băiat cade și se lovește, e foarte probabil să gândească că "situația este periculoasă", că "este jenantă pentru un bărbat", că "bărbații se descurcă întotdeauna singuri" și, ca urmare, se va simți poate furios, va încerca să se ridice și să se comporte ca și cum nimic nu s-ar fi întâmplat.

Interpretarea cognitivă a unui eveniment determină reacții (modificări) la trei nivele ale persoanei: fiziologic, comportamental și cognitiv. Experiența subiectivă, personală a acestor modificări reprezintă trăirea emoțională. Cele mai multe dintre trăirile emoționale pot fi etichetate lingvistic: teamă, ură, bucurie, regret, furie, mulțumire, tristețe etc.

### **Care este rolul emoțiilor în menținerea sănătății și în prevenirea îmbolnăvirilor?**

Ventilarea emoțiilor - reprezintă exprimarea emoțională verbală fără a leza sau jigni alte persoane.

Emoția are o componentă neurofiziologică. În trăirea unei emoții sunt prezente modificări la nivel fiziologic:

- crește ritmul cardiac;
- crește ritmul respirator sau apare apneea (oprirea respirației);

Instruiți copiii și părinții asupra unor metode eficiente și "sănătoase" de exprimare a furiei:

- să ajungă la această "soluție" (exprimarea ca atare a furiei) cât mai rar posibil, numai în situații extreme (găsiți în experiența dumneavoastră, a copiilor sau a părinților exemple de astfel de situații);

- atunci când își exprimă furia, să o facă pe un ton calm, fără să strige sau să atace alte persoane. Încercați acest exercițiu la clasă (joc de rol) și recomandați-l și părinților.

- crește conductanța electrică a pielii, se contractă musculatura netedă a foliculilor piloși ai părului de pe corp (se ridică părul) etc.

Aceste modificări determină schimbări în funcționarea întregului organism, stimulând, în special, sistemul endocrin. În cazul în care intensitatea emoțiilor este exagerată, sau încărcătura afectivă este negativă, modificările funcționale repetate ale organismului cresc riscul dezvoltării diferitelor boli somatice (ulcer, cancer, boli cardio-vasculare etc.). Încărcătura afectivă a trăirii emoționale - care e etichetată ca pozitivă sau negativă - este dată de caracterul plăcut sau neplăcut al acesteia.

Emoțiile resimțite ca plăcute sunt considerate emoții pozitive, în timp ce emoțiile resimțite ca neplăcute sunt considerate negative. Cea mai mare parte a emoțiilor pozitive, dar și o parte a emoțiilor negative, au un caracter tonic pentru individ (il mobilizează pentru implicarea în realizarea sarcinii, pentru desfășurarea unor activități). De aceea, copiii nu trebuie împiedcați să trăiască emoțiile negative, ci trebuie doar învățați anumite modalități adecvate de exprimare a lor.

Emoția are și o componentă comportamentală, implicată în exprimarea ei. Această componentă poate avea o formă manifestă, deschisă (plânsul, zâmbetul, agresivitatea, evitarea, lupta, fuga, verbalizarea etc.), sau poate avea o formă nemanifestă, mai greu de observat. Forma manifestă este mai eficientă din punctul de vedere al stării de sănătate decât forma nemanifestă - dacă aceasta din urmă se datorează de fapt "abținerii" de la exprimarea emoțională. Aceasta întrucât pentru menținerea stării de sănătate este foarte importantă ventilarea emoțiilor, adică exprimarea lor într-un mediu protejat (fără ca persoana să fie criticată sau sancționată pentru ceea ce trăiește la nivel emoțional) și fără a-i răni sau a-i jigni pe ceilalți.

Uneori însă, unele manifestări emoționale au consecințe negative asupra sănătății. De exemplu, manifestarea violentă a furiei determină creșterea secreției de adrenalină, care stimulează activitatea cardiovasculară și crește - pe termen lung - riscul dezvoltării bolilor cardiovasculare. Furia subiectivă (simțită) este însă scăzută în cazul exprimării incongruente cu emoția (verbalizarea calmă a furiei), lucru care ar avea implicații deosebite în practică: persoana poate să-și exprime emoțiile, dar datorită unor posibile efecte relaxante pe care vorbirea calmă le are asupra ei, furia propriu-zisă scade.



Dacă exprimarea emoțională a fetelor și băieților este sancționată pentru că se consideră că nu corespunde normelor socio-culturale (de exemplu, "băieții nu trebuie să plângă", "fetele nu trebuie să fie furioase"), se invalidează emoțiile copiilor.

Această invalidare emoțională este percepută de către ei ca fiind o greșeală pe care au făcut-o, iar copiii se simt evaluați negativ și devalorizați. Ca urmare, pentru a evita sancționarea socială, copiii nu-și mai exprimă emoțiile și apare blocarea emoțională cu consecințe negative asupra sănătății.

Formele de exprimare emoțională cu efecte pozitive asupra sănătății sunt numite adaptative, în timp ce formele care au efecte negative asupra sănătății au fost numite dezadaptative. Cea mai adaptativă formă de exprimare a emoțiilor este verbalizarea calmă, iar cele mai dezadaptative forme sunt agresivitatea/violența, comportamentul distructiv sau autodistructiv. Formele dezadaptative au efecte negative asupra sănătății întrucât respectivele comportamente stimulează secreția de adrenalină și noradrenalină. Acești hormoni stimulează funcționarea organismului la un nivel mai ridicat decât cel necesar și crește astfel riscul apariției unor boli somatice sau riscul apariției în anumite condiții a unui atac de cord, atac cerebral etc. Nu mai puțin important este efectul formelor dezadaptative de exprimare emoțională asupra relațiilor sociale. Deseori, persoanele agresive inspiră frică, sunt evitate în activitățile de grup sau în alte contexte, sunt expuse unor pericole - violență, altercații, pedepse etc.

Neexprimarea emoțiilor este tot o formă dezadaptativă pentru că poate determina dezvoltarea tulburărilor de somatizare (prezența simptomatologiei somatice - dureri de cap, balonări, palpitații, senzație de sufocare, dismenoree, dureri articulare, blocaje urinare etc. - în absența oricărei cauze organice sau patologii somatice), sau poate conduce la consum de substanțe ca mijloc de atenuare a intensității trăirii emoționale.

Emoția are de asemenea o componentă cognitivă. Aceasta reprezintă o evaluare sau o interpretare a trăirii emoționale subiective: "m-am făcut de râs", "sunt o persoană slabă", "m-am descurcat foarte bine" etc. Componenta cognitivă este puternic legată de sănătate, întrucât este implicată în: evaluarea posibilităților personale de a avea comportamente sănătoase, evaluarea riscurilor pentru sănătate, evaluarea beneficiilor unui comportament sanogen etc.

Similar comportamentelor, în funcție de caracterul lor pozitiv sau negativ pentru sănătate, cognițiile sunt numite adaptative sau dezadaptative. Cognițiile care determină emoții tonice și/sau pozitive și care susțin implicarea individului în realizarea de comportamente care mențin starea de sănătate (exercițiul fizic, reducerea consumului de alcool, renunțarea la fumat) sunt considerate adaptative.

Ca urmare, emoția - prin toate componentele sale și prin faptul că este post-cognitivă - are un rol major în menținerea și potențarea stării de sănătate. Ca și componentele sale, emoțiile sunt considerate adaptative sau dezadaptative în raport cu consecințele lor asupra sănătății.

Studiile au adus dovezi empirice ale faptului că adulții interacționează cu copiii și îi socializează diferit în funcție de informația pe care o au despre genul copilului.

De exemplu, într-un experiment, unor adulți li s-a comunicat, în mod eronat, sexul unui copil de 12 luni. Când acesta a început să plângă, adulții au etichetat emoția copilului în funcție de sexul acestuia. Cei care au fost informați despre copil că este băiat, au considerat că plânge pentru că este furios, cei care au fost informați despre copil că este fată, au considerat că plânge pentru că îi este frică (Papalia & Olds, 1992).

## Influența normelor de gen asupra trăirilor emoționale ale fetelor și băieților

În majoritatea culturilor, adulții se comportă față de copii în funcție de sexul acestora. Încă de la naștere alegerea unor haine roz pentru fete și albastre pentru băieți este unul dintre semnele de diferențiere. Din modul în care adulții interacționează cu ei, copiii învață comportamente diferite și forme de exprimare emoțională diferite. De multe ori ceea ce este permis unui băiat este diferit de ceea ce este permis unei fete.

La nivelul trăirilor emoționale nu există diferențe între femei și bărbați. Atunci când își autoevaluează intensitatea și frecvența unor emoții nu există diferențe între bărbați și femei (Barrett, Robin, Pietromonaco, & Eyssell, 1998). Ambele sexe cred că bărbații și femeile se diferențiază mai mult în exprimarea emoțiilor decât în intensitatea sau natura emoțiilor trăite (Johnson & Schulman, 1988 apud Hutson-Comeaux, 2002). De altfel, stereotipurile privind diferențele de gen la nivel emoțional se referă mai ales la exprimarea emoțiilor, femeile fiind văzute ca exprimându-și mai frecvent și mai intens emoțiile.

Fetele și băieții învață de foarte timpuriu ce emoții "au voie" să exprime și ce emoții "nu au voie" să exprime pentru că sunt "caracteristice" sexului opus. De exemplu, fetele își manifestă mult mai frecvent decât băieții anumite emoții prin plâns, în timp ce băieții sunt criticați atunci când plâng și împiedicați să o facă, în virtutea faptului că "bărbații nu plâng". De cele mai multe ori la băieți este încurajată exprimarea deschisă, comportamentală a furiei, în timp ce la fete exprimarea deschisă a furiei nu este permisă pentru că este considerată o emoție specific masculină.

Aceste norme socio-culturale de gen sunt internalizate de copii și astfel sunt considerate naturale, ca un mod firesc de a gândi, reprezentând un cadru (o schemă) pentru toate interpretările cognitive. Ca urmare, normele socio-culturale influențează interpretările cognitive și determină reacții emoționale și comportamente adaptative sau dezadaptative.

Din acest punct de vedere se poate vorbi de norme socio-culturale adaptative și dezadaptative ale feminității și masculinității.

Norme socio-culturale de gen care pot avea consecințe pozitive asupra dezvoltării unor comportamente sănătoase:

- Bărbații sunt buni sportivi.
- Femeile au voie să plângă.
- Femeile sunt emotive și sensibile.

- Femeile trebuie să aibă grijă de copii pentru că sunt iubitoare și duioase.
- Femeile trebuie să mănânce mai puțin decât bărbații.

Norme socio-culturale de gen cu efecte negative asupra dezvoltării unor comportamente sănătoase:

- Un bărbat adevărat consumă alcool.
- Un bărbat adevărat practică sporturi periculoase.
- Un bărbat adevărat șofează cu viteză.
- Bărbații trebuie să știe să-și asume întotdeauna riscuri.
- Bărbații nu trebuie să arate ce simt.
- Bărbații nu trebuie niciodată să plângă.
- Bărbații merg la doctor doar dacă sunt foarte bolnavi.
- Bărbații nu merg la doctor pentru orice fleac (verificări periodice).
- Femeile sunt pasive.
- Femeile trebuie să fie suple și să arate bine.
- Femeile nu au abilități sportive.
- Femeile au întotdeauna nevoie de ajutor.

Profesorii și părinții pot încuraja adolescenții și copiii să-și exprime sentimentele negative:

- într-un mediu privat, de sprijin (preferabil acasă - în camera lui sau într-o sală de clasă goală). În cazuri extreme, dacă e furios, copilul se poate "răzbuna" pe un obiect specificat (de exemplu, o pernuță), poate plânge sau poate sta să se calmeze. Pentru a se liniști poate să numere până la 10, să-și pună niște jucării într-o anumită ordine etc.;
- copilul poate fi învățat moduri alternative (prin imaginație, simbolic) de exprimare a emoțiilor negative;
- dacă e supărat și plânge, copilul își poate imagina că supărarea se adună în lacrimi, "dă pe dinafară" și trece odată ce îți ștergi lacrimile;
- copilului i se pot sugera căi alternative de a face față situațiilor negative, căi identificate din propria experiență. De exemplu, în cazul în care copilul este atacat verbal de un alt copil, el poate folosi metoda "geamului" (peretelui). Când acel copil îi vorbește urât, el își poate spune "geam, nu te mai aud" și îl poate ignora;
- adultul poate fi un model pentru propriul copil în confruntarea cu aceste emoții. I se poate sugera să evite să răspundă la probleme prin țipete, furie, plâns, acuzarea celorlalți și să se focalizeze pe rezolvarea problemei care a determinat emoția negativă sau pe acceptarea acesteia. Este important ca adultul să verbalizeze pe scurt procesul prin care ajunge să recunoască emoția și să o accepte sau să treacă la rezolvarea problemei;
- copilul poate fi ajutat să vadă partea bună ("jumătatea plină") în situațiile mai rele. De exemplu, dacă o persoană sau un animal drag moare, copilului i se poate spune că acea persoană e bine pentru că nu îl mai doare nimic, "e cu îngerașii" etc. În cazul unei situații frustrante i se poate spune copilului că, dacă trece de această situație, el va fi mai puternic pe viitor, va fi ca un om mare etc.

Prin aceste metode se poate preveni - pe termen lung - exprimarea prin furie sau agresivitate (mai des întâlnită și din păcate mai tolerată la băieți), sau neexprimarea emoțiilor (mai întâlnită la fete), care în timp au repercusiuni negative asupra sănătății psihice, fizice și sociale a acestora.

### 3.3. Stres și mecanisme de coping

#### Ce este stresul?

Exemple de mecanisme de coping:

- abilități comportamentale: căutarea suportului social, comunicarea, practicarea exercițiului fizic, reducerea consumului de cafea, alcool, tutun, alimentația echilibrată, planificarea timpului;
- abilități cognitive: evitarea, confruntarea cu o problemă, reevaluarea pozitivă a situației, suportul social, optimismul, umorul, modificarea așteptărilor proprii;
- abilități emoționale: tehnici de relaxare, exprimare emoțională adaptativă.

Termenul de stres este folosit în mod frecvent de foarte mulți oameni, iar semnificația sa este variată. În mod obișnuit, stresul este folosit pentru a descrie o reacție de disconfort a organismului (nervozitate, neliniște, tensiune), determinată de un eveniment negativ. Din această perspectivă, termenul se referă mai puțin la modificările psihologice și fiziologice care apar în aceste condiții.

Termenul de stres este folosit în literatura de specialitate pentru a desemna atât agenții stresori, cât și reacțiile pe care aceștia le declanșează la nivelul organismului. Agenții stresori sunt reprezentați de orice factor (fizic, psihic, social) care este perceput de individ ca suprasolicitant. Ca urmare, stresul este definit ca fiind percepția unui dezechilibru între solicitările din mediul intern sau extern și resursele personale necesare pentru a răspunde solicitărilor.

Reacțiile la stres sunt reprezentate de modificările la nivel fiziologic, cognitiv, emoțional și comportamental. Aceste modificări apar nu doar în cazul evenimentelor negative, ci și a celor pozitive (de exemplu, realizări profesionale deosebite care determină emoții intense). Stresul determinat de evenimente pozitive este numit eustres, în timp ce stresul determinat de evenimente negative este numit distres. În general, când se folosește termenul de stres se face de fapt referire la distres. Dezvoltarea mecanismelor de coping (de confruntare) cu stresul reprezintă un factor protector pentru sănătate, indiferent de caracterul pozitiv sau negativ al evenimentului care declanșează stresul.

Mecanismele de coping reprezintă abilitățile emoționale, comportamentale și cognitive utilizate de fiecare persoană pentru a face față stresului. Procesul de utilizare a abilităților de coping - pentru a face față stresului și a reduce efectele lui negative asupra sănătății - este numit în literatura de specialitate managementul stresului.

#### Care sunt factorii de stres pentru copii și adolescenți?

Copiii și adolescenții se confruntă cu o varietate de factori de stres. Fiecare copil răspunde în felul său propriu la o situație de stres: unii pot reacționa prin izolare sau retragere, alții prin comportamente agre-

sive sau prin stări de anxietate (teamă, frică exagerată). De aceea, este important ca adulții să identifice întotdeauna cauza sau cauzele unui comportament înainte de a încerca să modifice acel comportament. Sursele de stres la copii și adolescenți pot fi multiple. Cunoașterea factorilor sau surselor de stres este prima etapă în procesul de management al situației de stres.

Surse de stres la copii și adolescenți pot fi:

- relația cu colegii: conflicte cu prietenii, dificultăți de luare a deciziilor;
- familia: probleme de comunicare în familie, conflicte cu frații, violență în familie, divorț al părinților, deces al unui părinte sau al unei persoane apropiate, pierderea locului de muncă al unui părinte, schimbarea școlii, situație financiară precară în familie etc.;
- relațiile de tip abuziv: abuz fizic, emoțional sau sexual, din partea adulților din familie sau din afara ei;
- aplicarea normelor socio-culturale cu privire la distribuția rolurilor de gen:
  - presiunea părinților asupra copiilor: a urma o anumită carieră, aleasă pe principiile ocupațiilor tradiționale masculine și feminine și nu pe baza preferințelor, intereselor sau abilităților copilului;
  - standardele academice impuse fetelor sau băieților: a avea performanțe academice conform normelor sociale fără să se ia în calcul diferențele și abilitățile individuale. De exemplu, "un băiat trebuie să fie bun la matematică, o fată trebuie să fie bună la literatură sau limbi străine";
  - distribuirea sarcinilor domestice în familie în funcție de gen (băieții bat covoarele, iar fetele își ajută mamele la bucătărie);
  - interzicerea anumitor hobby-uri fetelor sau băieților, sau interzicerea participării la anumite activități, pe baza faptului că nu sunt caracteristice genului (părinții sunt reticenți când băiatul dorește să se înscrie la un cerc de tapiserie sau manifestă această preocupare, sau când fata dorește să se înscrie la un cerc de aeromodellism);
  - presiunea socială conform căreia bărbații sunt cei care întrețin o familie și, ca urmare, băieții poartă responsabilitatea succesului financiar și întemeierii unui cămin (factor de stres foarte puternic pentru băieți);
  - normele sociale cu privire la standardele feminine de frumusețe și atractivitate.

## Cum influențează stresul starea de sănătate?

**Hormonii** sunt substanțe chimice secretate de glandele endocrine și transportate în întreg organismul prin intermediul sistemului circulator, care influențează activitatea organelor vitale.

**Adrenalina** este numită și "hormonul fricii".

**Noradrenalina** este numită și "hormonul furiei".

Reacțiile la situațiile evaluate ca fiind suprasolicitante se pot grupa în trei mari categorii:

- reacții fiziologice;
- reacții emoționale;
- reacții comportamentale.

Modificările la nivel fiziologic care apar ca reacție la stres sunt determinate de activitatea sistemului nervos și a sistemului endocrin.

Sistemul nervos este alcătuit din creier, coloană vertebrală și nervi. O parte din activitatea sistemului nervos poate fi controlată voluntar (de exemplu: mersul, apucarea obiectelor), în timp ce o altă parte nu poate fi controlată voluntar și funcționează autonom (de exemplu: digestia, respirația, bătăile inimii, dilatarea pupilelor). Această ultimă componentă a sistemului nervos este compusă din două subsisteme cu funcții diferite: sistemul nervos parasimpatic și sistemul nervos simpatic.

Sistemul nervos parasimpatic preia controlul asupra funcțiilor vitale ale organismului (respirație, activitate cardiacă, digestie) în condiții de relaxare și reface resursele energetice. Sistemul nervos simpatic este activat în condiții de criză, amenințare sau pericol, cum ar fi: dureri extreme, furie, frică etc. El stimulează toate funcțiile vitale ale organismului și mobilizează resursele energetice, având rolul de a pregăti organismul să facă față situației de criză (sau doar evaluată personal ca fiind "de criză").

Sistemul nervos simpatic stimulează în condiții de criză sistemul endocrin. Acesta este alcătuit din glandele, țesuturile și celulele care își varsă secrețiile (hormonii și alte substanțe biochimice) direct în sânge și influențează funcționarea organismului. În acest fel, sistemul endocrin ajută la pregătirea organismului pentru a face față situației suprasolicitante.

Cei mai importanți hormoni descărcați de glandele sistemului endocrin în sânge sunt adrenalina și noradrenalina. Acești hormoni determină următoarele modificări la nivel fiziologic:

- creșterea acuității vizuale și auditive;
- creșterea frecvenței bătăilor inimii, cu scopul pompării unei cantități mai mari de oxigen către celulele corpului (în special ale mușchilor și creierului);

- creșterea cantității de zahăr eliberată de ficat în sânge pentru a se furniza mai multă energie mușchilor și creierului;
- intensificarea transpirației pentru a facilita termoreglarea (intensificarea activității cardiovasculare crește temperatura corpului);
- stimularea secreției de endorfine pentru atenuarea durerii în caz de rănire.

Aceste modificări ale organismului la nivel fiziologic au loc aproape instantaneu și descriu reacția de fugă sau de luptă. Deși în zilele noastre agenții stresori sunt diferiți și nu implică cu necesitate evitarea sau confruntarea fizică, reacția de fugă sau luptă pregătește organismul pentru realizarea oricărui răspuns la factorii de stres.

Modificările la nivel fiziologic pot varia ca intensitate, dar un grup constant de modificări fiziologice apare la fiecare persoană ca răspuns la orice tip de eveniment stresor, pozitiv sau negativ. Dacă aceste modificări fiziologice sunt exagerate ca intensitate sau frecvență - exagerare datorată de cele mai multe ori percepției asupra agenților stresori, nu gradului real de amenințare din partea lor - ele produc modificări la nivelul organismului, iar pe termen lung pot favoriza apariția anumitor boli.

Dacă reacția fiziologică de fugă sau luptă este aceeași la orice persoană, reacțiile emoționale și comportamentale la stres sunt diferite. Cele mai frecvente reacții emoționale la stres sunt frica, furia, tristețea. Cu cât răspunsul emoțional este mai intens, cu atât modificările fiziologice sunt mai accentuate. De aceea, dezvoltarea abilităților de control și exprimare emoțională reprezintă o componentă importantă în managementul stresului.

Reacțiile comportamentale la stres sunt în totalitate controlabile, deoarece sunt declanșate de acea parte a sistemului nervos a cărei activitate este controlată voluntar. În situații de stres, oamenii adoptă diferite răspunsuri comportamentale: vorbesc, se izolează, râd, practică sportul, își replanifică activitatea. O parte dintre aceste răspunsuri comportamentale nu ajută la reducerea stresului și au consecințe negative asupra sănătății: fumatul, consumul de alcool sau alte droguri, consumul excesiv de alimente.

Uneori, oamenii au reacții emoționale foarte intense la stres și reacții comportamentale dezadaptative, și de aceea au nevoie de ajutor de specialitate pentru a-și dezvolta abilitățile de coping la stres. Cel mai adesea însă, majoritatea oamenilor își dezvoltă singuri mecanisme și abilități de a face față stresului.

## Care sunt consecințele negative ale stresului asupra sănătății ?

Efectele stresului asupra sănătății sunt mediate de modificările la nivel fiziologic pe care acesta le produce, cât și de reacțiile emoționale și comportamentale care au consecințe negative asupra sănătății.

### **Consecințele negative, pe termen scurt, ale stresului asupra sănătății**

Efectele imediate ale stresului asupra sănătății sunt mediate de legătura sistemului endocrin cu sistemul imunitar. Cercetările arată că între aceste două sisteme există o rețea complexă de conexiuni realizate pe cale chimică sau nervoasă. Compușii chimici descărcați în timpul reacției de fugă sau luptă a organismului afectează funcționarea sistemului imunitar, prin afectarea activității limfocitelor, fagocitelor și a altor celule din sistemul imunitar.

Acest lucru poate favoriza:

- stări gripale;
- secreții nazale mai abundente;
- dureri de stomac;
- reacții alergice;
- crize de astm;
- crește riscul contactării unor boli transmisibile (hepatită, herpes genital, HIV, boli virale).

### **Consecințele negative, pe termen lung, ale stresului asupra sănătății**

Intensitatea reacțiilor emoționale și comportamentale ale unei persoane la stres crește tensiunea arterială și frecvența cardiacă.

Acești factori cresc riscul bolilor cardiovasculare:

- arteroscleroză;
- hipertensiune arterială cronică;
- angină pectorală.

Alte consecințe pe termen lung ale stresului asupra sănătății:

- crește riscul problemelor digestive (ulcer, constipație cronică);
- crește riscul migrenelor;
- crește riscul apariției insomniilor;
- crește riscul menstrelor neregulate;
- crește riscul complicațiilor în timpul sarcinii;
- crește riscul problemelor psihologice (depresie, atac de panică, anxietate, tulburări alimentare).



## Care sunt modalitățile de management al stresului?

Managementul stresului reprezintă procesul de reducere a efectelor negative ale stresului asupra sănătății.

Cercetările evidențiază modalități variate de control al stresului și de reducere a efectelor negative pe care le are asupra sănătății, de tipul:

- dezvoltarea suportului social;
- dezvoltarea abilităților de comunicare;
- dezvoltarea unui stil de viață sănătos (practicarea exercițiului fizic, alimentația sănătoasă, respectarea orelor de somn);
- managementul adecvat al timpului;
- învățarea și utilizarea unor tehnici de control cognitiv;
- învățarea și utilizarea unor tehnici de relaxare.

În ceea ce privește dezvoltarea suportului social, acesta se poate manifesta prin oferirea de informații, oferirea de ajutor (fizic, material), oferirea altor rețele sociale utile, sau oferirea de suport emoțional.

Suportul social primit și oferit este puternic relaționat cu starea de sănătate fizică și psihică. Absența lui crește riscul bolilor somatice și crește dificultatea recuperării din diferite forme de boală.

Pentru a ne dezvolta rețeaua de suport social putem:

- să menținem întâlniri constante cu prietenii;
- să oferim ajutor prietenilor;
- să ne exprimăm aprecierea și respectul față de prieteni;
- să menținem legătura cu familia;
- să participăm la activitățile și sărbătorile/aniversările din familie;
- să creăm o "a doua familie", un grup de persoane cu care să avem legături deosebite;
- să participăm la activități de voluntariat sau la alte activități care ne dau posibilitatea să întâlnim alte persoane;
- să ascultăm cu atenție ceea ce ne comunică ceilalți;
- să ne exprimăm emoțiile și sentimentele.

În ceea ce privește comunicarea, aceasta este principala modalitate de exprimare emoțională. Intensitatea reacțiilor emoționale și a modificărilor fiziologice asociate acestora poate fi diminuată prin verbalizare. Studiile arată că cea mai adaptativă modalitate de exprimare a emoțiilor este verbalizarea.

Un rol foarte important în reducerea stresului îl deține comunicarea asertivă. Aceasta presupune abilitatea de a exprima emoțiile și convingerile personale fără a afecta și ataca drepturile celorlalți.

Comunicarea asertivă include:

- comunicarea directă, deschisă și sinceră;
- inițierea și menținerea conversației într-un mod convergent cu interesele și preocupările interlocutorului;
- oferirea și acceptarea de complimente și încurajări;
- solicitarea și refuzarea cererilor cu fermitate și convingere;
- exprimarea nemulțumirilor, cerințelor și a criticilor fără a leza interlocutorul;
- afirmarea activă a propriilor idei și valori;
- descrierea precisă a comportamentului pe care nu-l dorim din partea interlocutorului;
- exprimarea propriilor emoții față de consecințele comportamentului nedorit;
- focalizarea pe comportamentul nedorit și nu pe persoană (în critici);
- solicitarea argumentată a schimbării comportamentului nedorit (prin sugerarea unei alternative concrete și realizabile);
- recompensarea sau încurajarea schimbării comportamentului respectiv.

Negocierea presupune:

- respectarea importanței problemei celeilalte persoane;
- focalizarea pe problemă, nu pe emoții;
- ascultarea activă;
- comunicarea asertivă (pozitivă);
- oferirea și solicitarea de informații (până la eventuala stabilire a unor interese comune care să permită o soluție de câștig pentru ambele părți);
- atitudinea pozitivă față de rezolvarea problemelor.

Managementul adecvat al stresului implică:

- practicarea exercițiului fizic;
- eliminarea consumului de cafea;
- eliminarea suplimentelor proteice.

În ceea ce privește dezvoltarea unui stil de viață sănătos, există numeroase efecte benefice ale exercițiului fizic în reducerea stresului. Astfel, o plimbare de 40 de minute scade nivelul anxietății și al tensiunii arteriale, 10 minute de efort susținut dă posibilitatea refacerii resurselor energetice ale organismului, iar persoana se simte mai relaxată și mai energică timp de 2 ore. O dietă echilibrată furnizează resursele energetice necesare organismului pentru a rezista la stimulii stresori. Principala regulă a dietei pentru managementul stresului este eliminarea consumului de cafea și a suplimentelor proteice (recomandate uneori ca pilule anti-stres). Dezvoltarea abilităților de management al timpului reprezintă o importantă metodă de diminuare a stresului. Suprasolicitarea, amânarea, plictiseala sunt în egală măsură o sursă de stres. Planificarea timpului previne aceste situații și reacțiile de stres asociate lor.

Pentru un bun management al timpului putem:

- să ne stabilim prioritățile: probleme de rezolvat esențiale, importante și comune (centrați-vă pe primele și ignorați-le pe ultimele);

- să identificăm orele de maxim randament și să ne planificăm cât mai multe activități în acea perioadă;
- să ne stabilim scopuri realiste și să le scriem pe o listă (pe măsura atingerii lor, scopurile sunt apoi tăiate de pe listă);
- să ne planificăm timpul necesar atingerii fiecărui scop: la timpul identificat mai adăugăm 15-20%;
- să segmentăm scopurile mari, pe termen lung, în scopuri mai mici, pe termen scurt;
- să identificăm motivele pentru care tindem să amânăm realizarea unei sarcini și să ne concentrăm asupra acțiunilor care permit depășirea acestor motive;
- să începem activitățile cu cele mai neplăcute aspecte; odată acestea realizate, totul devine mult mai ușor;
- să identificăm activitățile care nu au nevoie de un timp alocat special: trebuie să facem o listă cu 5-10 activități care pot fi făcute când așteptăm pe cineva, când stăm la rând sau în timpul activităților casnice;
- să cerem ajutorul pentru sarcinile care nu sunt exclusiv responsabilitatea noastră;
- să spunem nu, atunci când solicitările sunt prea numeroase;
- să respectăm pauzele, oferindu-ne timp de relaxare;
- să nu ne mai gândim la ce vom face, ci să facem; amânarea îngreunează planificarea eficientă a timpului.

Managementul stresului se bazează pe utilizarea mecanismelor de coping. Primul pas este reprezentat de evaluarea evenimentului sau a situației apărute, pentru a vedea în ce măsură persoana poate face față cerințelor acestora (Lazarus & Folkman, 1984 apud Renk & Creasey, 2003). Următoarea evaluare vizează resursele de coping disponibile în raport cu situația-stresor, cu eficiența acestora și cu capacitatea personală de a folosi respectivele resurse identificate (autoeficacitate). Efortul de coping este unul continuu, iar evaluările se reiau până la depășirea cu succes a situației.

Această evaluare reprezintă o interpretare a situației, nu o reflectare fidelă a realității. De aceea, anumite gânduri și moduri de a gândi contribuie la stres și pot avea un efect negativ asupra sănătății.

Moduri dezadaptative de a gândi despre anumite situații:

- Centrarea pe aspectele negative: "Școala este atât de descurajatoare ... zilnic numai probleme și dificultăți!"
- Preconizarea unor evenimente negative: " ...vor să ne întâlnim în seara asta ... sigur vor să-mi dea o veste rea!"
- Preconizarea unor evenimente cu consecințe exclusiv pozitive: "Sigur voi lua zece la test!"

- Învinuirea celorlalți: "Iar m-am îngrășat...; n-aș fi mâncat atât de mult aseară dacă prietenii mei nu ar fi insistat să mergem la restaurant!"
- Suprageralizarea: "(după ce a luat o notă proastă) ... nu sunt bun de nimic, întotdeauna iau note mici!", sau "nici o fată nu e bună la matematică... .. nu voi reuși niciodată să învăț bine la matematică ... ce rost are să mă mai chinui!"
- Minimalizarea: "am câștigat concursul, dar nici unul dintre participanți nu era foarte bun!".

Dezvoltarea abilităților de control cognitiv presupune modificarea modului dezadaptativ de a gândi prin:

- Centrarea pe aspectele pozitive: "Școala are multe aspecte dificile, dar oferă și multe satisfacții."
- Formarea unor așteptări realiste: "...vor să ne întâlnim în seara asta ...am să aștept întâlnirea pentru a vedea ce anume se întâmplă."
- Valorificarea fiecărei realizări: "Desigur este loc și pentru un discurs mai bun, dar cel pe care tocmai l-am ținut a fost foarte potrivit pentru moment; încep să am discursuri din ce în ce mai bune!"
- Asumarea responsabilității propriilor comportamente: "Am mâncat cam mult aseară... data viitoare voi avea grijă să fac alte alegeri!".

Dezvoltarea abilităților de control cognitiv previne interpretarea evenimentelor ca fiind stresante și în acest fel previne apariția efectelor negative ale stresului. Legat de tehnicile de relaxare, folosirea acestora este importantă în managementul stresului, deoarece determină la nivel fiziologic un răspuns caracterizat prin reducerea stimulării simpatice, tensiunii și printr-o senzație plăcută de căldură în tot corpul. Acest răspuns fiziologic este opus celui caracteristic reacției de fugă sau de luptă.

În literatura de specialitate sunt descrise mai multe tehnici de relaxare. Fiecare dintre acestea necesită un program special de învățare:

- relaxare progresivă;
- controlul respirației;
- respirație diafragmatică;
- imagerie vizuală.

O metodă scurtă de relaxare:

1. Inspirați adânc și încet, numărând până la 4 (faceți în așa fel încât aerul să dilate cavitatea abdominală, nu cea toracică).
2. Expirați încet și numărați din nou până la 4; pe măsură ce expirați, relaxați mușchii feței, ai gâtului, umerilor și pieptului.
3. Repetați de mai multe ori. Cu fiecare expirație vă veți simți mai relaxat și mai detensionat.

## Există diferențe de gen în stilul de coping?

Literatura de specialitate descrie două strategii majore de coping (Lazarus & Folkman, 1984 apud Renk & Creasey, 2003): copingul centrat pe problemă, care este folosit atunci când situația poate fi modificată în sens pozitiv prin intervenția persoanei, și copingul centrat pe emoție, folosit atunci când situația nu poate fi modificată. Studiile furnizează numeroase exemple care arată că există diferențe accentuate între stilul de coping adoptat de fete și cel adoptat de băieți. Băieții folosesc mai mult copingul centrat pe problemă, în timp ce fetele folosesc frecvent copingul centrat pe emoție.

Fiecare persoană trebuie să își dezvolte atât abilitățile de coping centrat pe problemă, cât și de coping centrat pe emoție, deoarece acestea sunt necesare pentru a face față unor situații variate.

Aceste diferențe de gen sunt explicate prin socializarea diferită a fetelor și băieților. Băieții tind să adopte copingul centrat pe problemă întrucât acesta este deseori asociat cu sentimentul de independență, control, îndeplinirea sarcinilor, competență, raționalitate, caracteristici care sunt descrise ca valori ale masculinității și sunt încurajate și aprobate social în cazul băieților. Fetele adoptă în special copingul centrat pe emoție întrucât acesta este asociat cu empatia, cooperarea, îngrijirea, care sunt valori specifice feminității (Matud & al., 2002).

O altă explicație evidențiază faptul că stilul de coping diferit al fetelor și al băieților este generat și de agenți stresori care sunt diferiți pentru fete și băieți. Studiile arată că fetele evaluează ca fiind mult mai stresante situațiile de evaluare socială, în timp ce băieții sunt mai puțin afectați de evaluarea socială și evaluează eșecul performanței personale ca fiind foarte stresant (Frydenberg, 1997; Gould ș. a., 1984; Goyen & Anshel, 1998). Cele două tipuri de situații reclamă modalități diferite de coping.

Această ultimă explicație indică faptul că suportul social are o importanță diferită pentru fete și băieți în contextul resurselor de coping. Studiile arată că femeile au relații sociale mult mai extinse și mai profunde decât bărbații, ele având mai multe persoane-confident care nu fac parte din familie decât bărbații (Antonucci, 1994 apud Fuhrer & Stansfeld, 2002). Pe de altă parte, bărbații au o rețea socială mult mai extinsă decât femeile, însă declară de obicei o singură persoană confident, care este aproape întotdeauna un membru al familiei.

Această diferență își are originea în comportamentul și relațiile interpersonale ale fetelor și băieților, în modul de relaționare socială. Socializarea la acest nivel este realizată diferit pentru fete și băieți: fetele sunt încurajate să-și exprime sentimentele, să caute intimitate, sprijin, în timp ce băieții sunt încurajați să fie autonomi, să aibă încredere în ei, să se raporteze în mică măsură la ceilalți (Olson & Shultz, 1994 apud Matud ș. a., 2003). De aceea, băieții și fetele beneficiază de suport social în mod disproporționat.

Pentru băieți, suportul social are un caracter instrumental (băieții caută informații, obiecte sau alte forme de ajutor practic, material). Pentru fete, suportul social are în primul rând un caracter emoțional (fetele caută interacțiune interpersonală, cooperare, împărtășirea emoțiilor etc.), dar ele caută în același timp și suportul fizic, material. De asemenea, există diferențe și în modul în care fetele și băieții oferă suport social altora: băieții oferă suport fizic, material, iar fetele suport emoțional, fizic și material (Matud & al., 2003).

În contextul copingului, al utilizării eficiente a resurselor personale și al realizării unor comportamente specifice ca răspuns la situație, un rol important îl are autoeficacitatea. Credințele personale privind autoeficacitatea au impact la nivel cognitiv, comportamental și emoțional și influențează modul în care individul se raportează în mod activ la sarcini și la stimulii din mediul înconjurător (Bussey & Bandura, 1999).

Convingerile legate de autoeficacitate se construiesc în urma experiențelor de viață și sunt influențate de sistemul de valori și prescripții sociale (Bussey & Bandura, 1999). Cel mai eficient mod de dezvoltare a autoeficacității este reprezentat de realizarea cu succes a cât mai multor sarcini sau de atingerea a cât mai multor obiective propuse.

De asemenea, încrederea în abilitățile proprii și sentimentul de autoeficacitate ale unei persoane cresc dacă persoana respectivă urmărește alte persoane, similare (ca ocupație, vârstă, gen) care realizează sarcini ce reclamă respectivele abilități. Aceste modele sociale oferă strategii și cunoștințe care permit soluționarea situațiilor (modelare socială).

O serie de studii arată că autoeficacitatea este influențată și de încrederea celorlalți în abilitățile și eficiența personală a individului și, mai specific, de exprimarea acestei încrederi (persuasiune socială). Alte studii demonstrează că autoeficacitatea personală percepută variază în funcție de starea fizică și psihică. Dispozițiile depresive, perioadele stresante, boala determină subevaluarea autoeficacității personale.

## Sugestii de activități pentru profesori

Tematică: **Diferențe de gen în factorii de stres și în managementul stresului.**

- Obiective:

- elevii să identifice factori de stres pentru fete și factori de stres pentru băieți;
- elevii să descrie relația dintre normele sociale de gen, reacțiile emoționale și comportamentele adoptate de fete și băieți.

- Competențe:

- identificarea barierelor în managementul stresului pentru fete și băieți;
- descrierea stereotipurilor de gen relaționate cu exprimarea emoțională și cu abilitățile de coping.

- Metode:

- discuții de grup, completarea tabelelor de mai jos, proiecte de grup și individuale.

Profesorii propun elevilor completarea tabelului de mai jos (relația de determinare între coloanele tabelului este de la stânga la dreapta):









# Dimensiunea socială a sănătății

# 4

Un principal factor de risc în manifestarea violenței domestice sau a altor forme de abuz este determinat de dezvoltarea insuficientă a abilităților sociale. Negocierea, exprimarea asertivă a emoțiilor negative, rezolvarea problemelor sunt abilități sociale care previn relațiile de tip abuziv și disfuncțional, reduc numărul cazurilor de violență împotriva femeilor și copiilor și frecvența abuzurilor emoționale în cuplu.

Sănătatea socială are un impact direct asupra sănătății fizice. Principalul factor de risc în dezvoltarea bolilor cardio-vasculare este tipul A de comportament. Acesta este descris în termenii competitivității, agresivității și ostilității, care sunt considerate caracteristici tipic masculine. Modificarea tipului A de comportament, prin dezvoltarea abilităților de exprimare asertivă a emoțiilor negative (de exemplu, furie), prin învățarea unor alternative comportamentale sănătoase (de exemplu, verbalizarea, exercițiul fizic, planificarea sarcinilor, rezolvarea de probleme) pentru manifestarea agresivității, reduce riscul apariției bolilor cardio-vasculare la bărbați.

Barriere în comunicare:

- focalizarea pe propria persoană (gânduri și emoții);
- judecarea și etichetarea globală negativă;
- atenția selectivă (doar pentru anumite informații);
- critica;
- anticiparea;
- ignorarea, abaterea (față de subiectul discuției).

Sănătatea socială are și un impact indirect asupra sănătății fizice. Relațiile sociale influențează adoptarea comportamentelor sănătoase și de risc. Integrarea într-un grup implică acceptarea valorilor grupului și adoptarea unui stil de viață asemănător. În grupurile de băieți, comportamentele de risc (consumul de alcool, sporturile periculoase, șofatul cu viteză, contactele sexuale neprotejate) au o frecvență mai mare decât în grupurile de fete (Szaflarski, 2001).

Programele de prevenire trebuie să includă dezvoltarea abilităților sociale pentru a facilita menținerea sănătății fizice și mentale și prevenirea violenței și a altor forme de abuz.

### Ce presupune dezvoltarea abilităților sociale?

Principii ale ascultării active:

- absența întreruperilor;
- încurajarea interlocutorului;
- verificarea înțelegerii informațiilor factuale și emoționale de către interlocutor;
- clarificarea;
- exprimarea empatică.

Comunicarea eficientă și abilitățile de negociere se dezvoltă pornind de la abilitățile de comunicare asertivă. Comunicarea asertivă presupune abilitatea de a exprima emoțiile și convingerile personale fără a afecta și ataca drepturile celorlalți. Asertivitatea reprezintă o abilitate importantă în rezolvarea situațiilor conflictuale și în rezistența la presiunea grupului.

Regula comunicării asertive:

1. eu mă simt;
2. comportamentul celuilalt;
3. consecința comportamentului asupra mea. Aplicarea regulii comunicării asertive: "Nu mă simt bine când fumezi, pentru că nu pot respira și mă înec."

## Care sunt consecințele negative ale relațiilor sociale disfuncționale?

O formă de comunicare ineficientă este comunicarea la persoana a II-a, focalizată pe persoană și evaluarea globală negativă a acesteia (de exemplu, "Tu întotdeauna faci prostii.")

O formă de comunicare eficientă este cea la persoana I, focalizată pe propriile emoții și pe comportamentul specific al celuilalt (de exemplu, "Eu mă simt dezamăgit când tu mă minți, deoarece mă tem că nu mai pot avea încredere în tine.")

Agresivitatea reprezintă un set de comportamente (reacții fizice, verbale) care este învățat prin socializare. Copiii nu se nasc cu cunoștințe despre standardele acceptate ale comportamentului. Prin observație și modelare ei învață treptat setul de reguli de autoreglare, privind adecvarea comportamentelor proprii la normele sociale.

Agresivitatea, ca orice comportament social, este reglat de norme sociale. La un nivel general de analiză, societatea sancționează comportamentul agresiv și îl descurajează.

Modul de reacție al adulților la comportamentul agresiv este diferit pentru fete și pentru băieți. Băieții primesc într-o mai mare măsură pedepse/sanțiuni fizice, corporale, în timp ce fetele sunt sancționate verbal prin critică, retragerea aprobării, afecțiunii, retragerea unor beneficii.

Forma de sancțiune este un predictor pentru tipul de comportament agresiv învățat de fete și băieți. Băieții se vor manifesta cu o mai mare probabilitate prin comportamente agresive fizice, în timp ce fetele se vor manifesta cu o mai mare probabilitate prin forme ale agresivității indirecte, verbale.

În concluzie, comportamentul agresiv își menține caracterul predominant externalizat la bărbați, în timp ce la femei, comportamentul agresiv se menține în forme din ce în ce mai internalizate. Singurul domeniu în care societatea permite femeilor să se exprime agresiv fără a le dezaproba este interacțiunea cu copiii și pedepsirea lor.

Normele sociale privind comportamentul agresiv sunt diferite pentru fete și pentru băieți. Rolurile masculine includ norme care încurajează și aprobă multe forme de agresivitate, în timp ce rolul tradițional feminin este puțin susținut în manifestarea agresivității. Rolul de gen feminin este asociat la nivel social cu protecția, îngrijirea, relaționarea, suportul social și alte comportamente care sunt foarte puțin compatibile cu comportamentul agresiv.

## Forme ale agresivității

Comportamente neasertive:

- agresivitatea verbală;
- pasivitatea (evitarea exprimării, a confruntării sau a susținerii propriilor păreri)

Abuzul este un comportament agresiv sau necorespunzător, îndreptat asupra copilului sau asupra altei persoane percepute ca aflându-se într-o situație inferioară (de obicei femeile sau vârstnicii) și fără apărare, comportament care are consecințe fizice și/sau emoționale negative.

Abuzul poate fi întâlnit între persoane de vârste apropiate, între care regulile tradiționale sociale creează o relație de putere (stereotipurile de gen creează diferențe de putere între băieți și fete), sau între adulți și copii (părinți - copii, profesori - elevi).

Factori care reduc manifestările agresive:

- abilitățile de interrelaționare;
- abilitățile de rezolvare a problemelor;
- empatia;
- disciplină pozitivă și consecvență (cu focalizare pe întărirea pozitivă și negativă și comunicare, nu pe pedepse);
- orientarea prosocială;
- stima de sine pozitivă (dar nu exagerată, în acest caz putând favoriza actele violente);
- grup de prieteni cu orientare prosocială;
- abilitățile de a face față presiunii grupului;
- monitorizarea atentă a copiilor de către părinți;
- comunicarea asertivă.

Consecințe ale abuzului:

- imagine de sine scăzută: copiii cred că adulții au întotdeauna dreptate. Astfel, ei pot rămâne cu impresia că au fost tratați astfel din cauză că au fost răi și că, de fapt, au meritat să fie abuzați;
- probleme în dezvoltarea emoțională: pe parcursul vieții, cel care a suferit un abuz simte că are dificultăți să în exprimarea emoțiilor (indiferent dacă acestea sunt pozitive sau negative) sau în înțelegerea sentimentelor altora;
- probleme de relaționare: o parte dintre cei abuzați tind să devină abuzatori, căutând relații cu persoane pe care le pot domina sau se expun la situații în care vor fi din nou abuzați;
- coșmaruri: retrăirea traumei în timpul somnului, sub forma coșmarului, poate fi o caracteristică frecventă la persoanele care au suferit diverse abuzuri. Identificarea unui posibil abuz în trecutul unei persoane este o etapă esențială în intervenția terapeutică; identificarea se face pe baza indicatorilor comportamentali, emoționali, somatici și cognitivi.

Indicatori comportamentali:

- schimbări bruște de comportament: agresivitate, retragere, modificări în stilul de viață (alimentație, somn, comportament sexual, modul de îmbrăcare - provocator sau nu, machiaj excesiv etc.);
- consum de substanțe;
- absenteism la școală sau la locul de muncă;
- scăderea performanței școlare;
- lipsă de interes pentru școală;
- lipsa capacității de concentrare;
- tentative de suicid, preocupări legate de suicid.

Indicatori emoționali:

- modificări de dispoziție;
- anxietate, depresie;
- agresivitate, furie, mânie;
- sentiment de vină;
- teamă, rușine;
- tristețe.

Indicatori somatici:

- dureri de cap, abdominale, vărsături;
- stare de somnolență sau de rău;

Forme de abuz:

• **abuzul fizic** - lovirea, mușcarea, arderea intenționată, pedepsirea crudă (de exemplu, lăsarea copilului în afara casei în timpul nopții sau pe vreme rea, privarea de somn);

• **abuzul emoțional** - abuzul verbal ("Ești un prost /ă!"), stabilirea unor standarde nerealiste pentru copil ("Ar trebui să ieși numai note de 10!"), discriminări (elevi slabi și elevi buni), folosirea unor amenințări, pedepsirea, respingerea, izolarea, terorizarea copilului, impunerea unor modele negative;

• **abuzul sexual** - include contactul sexual impus contrar voinței unei persoane, inițierea sexuală forțată a cuiva de către o altă persoană sau alte forme de exploatare sexuală.

- tahicardie, tulburări respiratorii;
- contuzii;
- tăieturi sau cicatrice;
- arsuri;
- traumatisme sau roșeață în jurul organelor genitale (abuzul sexual);
- răni sau condiții medicale care nu au fost tratate corespunzător;
- oboesală.

Indicatori cognitivi (convingeri dezadaptative):

- Este acceptabil ca un bărbat să își bată femeia.
- Violența este calea prin care obții ceea ce dorești.
- Adulții au dreptul să își folosească puterea.
- Bărbatul este cel care conduce femeia și copiii.
- Exprimarea sentimentelor este un semn de slăbiciune.
- Este inacceptabil pentru un bărbat să fie virgin - bărbații trebuie să-și manifeste masculinitatea: fizică și sexuală.
- Băieții nu vorbesc despre sex, ei îl practică.
- Băieții trebuie să fie inițiatorii actului sexual - fetelor le plac băieții care dețin controlul.
- Fetelor le face plăcere la fel de mult ca și băieților să facă sex, dar ele trebuie să spună "Nu" pentru a-și menține reputația - când fetele spun "Nu" este de fapt "Poate" sau "Da"; fetelor le face plăcere să fie convinse într-o perioadă mai mare de timp (chiar și lacrimile fac parte din ritualul firesc).
- După ce un băiat se excită, el nu se mai poate controla.
- Să nu vorbești niciodată despre violență.
- Să nu ai încredere în nimeni.
- Să nu-ți exprimi sentimentele.

## Ce este violența în familie?

Violența în familie este orice act sau omisiune comisă în interiorul familiei de către unul din membrii acesteia, care aduce atingere vieții, integrității corporale sau psihologice, sau libertății altui membru al acelei familii și care vătămă în mod serios dezvoltarea personalității lui/ei.

Violența în familie poate avea diferite forme. **Violența psihologică** implică agresiuni verbale, intimidare, batjocură, umilire. **Violența fizică** provoacă victimei anumite vătămări prin: lovire cu mâna sau piciorul, pâlmuire, scuturare puternică, ardere, ciupire, tras de păr, mușcare, sufocare, aruncare, împingere cu putere, lovire cu alte obiecte.

În România, pe parcursul a 12 luni (2002-2003):

- Aproape 800.000 de femei au avut de suportat frecvent violență în familie (fizică, psihologică, socială, economică sau sexuală).

- Aproape 340.000 de copii sub 14 ani au asistat frecvent la scene de violență fizică între părinții lor.

- Aproape 370.000 de copii sub 14 ani au asistat la insulte și înjurături frecvente între părinții lor sau alți adulți din gospodărie.

**Violența socială** este o formă de violență psihologică pasivă care constă în: controlarea victimei, izolarea acesteia de familie sau prieteni(e), monitorizarea activităților acesteia, rezultând în întreruperea sau insuficiența relațiilor sociale, precum și în restrângerea accesului la informație. **Violența economică** este o altă formă de violență psihologică pasivă, care presupune oprirea accesului victimei la bani sau la alte mijloace economice. **Violența sexuală** reprezintă forțarea victimei pentru a avea contacte sexuale nedorite.

Consecințele violenței:

- consecințe fatale: moarte, suicid;

- consecințe non-fatale:

- fizice: răni, mutilare, durere și alte simptome somatice etc;
- psihologice: scăderea stimei de sine, anxietate, depresie, SSPT (sindrom de stres post-traumatic), abuz de substanțe, tulburări de somn, tulburări alimentare, tentative de suicid etc;
- sociale: probleme de relaționare, retragere, evitare etc.

### Ce este hărțuirea sexuală?

Hărțuirea sexuală este o formă de violență la locul de muncă (sau în alte locuri publice, cum ar fi instituții, organizații, firme sau școală). Este definită drept un comportament nedorit, de natură sexuală sau orice alt tip de comportament bazat pe sex, care afectează demnitatea femeilor sau bărbaților la locul de muncă sau în instituțiile în care aceștia învață. Poate include comportamente de natură fizică, verbală sau non-verbală<sup>3</sup>.

La nivel general, în aproximativ 90% dintre cazuri victimele sunt femei, în 81% dintre cazuri victimele au avut între 16 și 30 de ani, în 55% dintre cazuri agresorul a fost un șef sau un director, iar în 24% din cazuri a fost un patron<sup>4</sup>. Dintre persoanele intervievate în cadrul *Cercetării Naționale privind Violența în Familie și la Locul de Muncă*, 59% dintre victime au fost femei și 41% bărbați. Cad victime mai ales persoanele tinere și necăsătorite.

Tipuri de hărțuire sexuală caracteristice populației României:

- forme "ușoare" - priviri, gesturi, atingeri sau limbaj cu conotații sexuale (acestea sunt cele mai frecvente);

- solicitarea de relații sexuale prin promisiuni legate de angajare, promovare, recompensare etc.;



- forme de hărțuire sexuală care presupun amenințări sau forțare a victimei - sărut fără voie, solicitarea de relații sexuale prin amenințare, forțarea pentru a avea relații sexuale.

Printre cele mai bune metode de respingere și prevenire a hărțuirii sexuale este comportamentul asertiv. Acesta se referă la:

- comunicarea directă și imediată a neacceptării comportamentului agresorului;
- sublinierea faptului că anumite comportamente specifice deranjează victima - pentru a delimita intenția de comportamentul propriu-zis (aceasta deoarece de multe ori agresorul spune că nu a intenționat așa ceva);
- evitarea situațiilor care ar putea favoriza victimizarea (folosirea de haine extrem de ostentative, manipularea prin comportamente "drăgăstoase" sau "ochi dulci" în scopul obținerii unor beneficii etc.);
- reclamarea oficială a comportamentului nedorit către forurile superioare.

### **Ce sunt familiile monoparentale și cu ce probleme se confruntă acestea?**

În prezent, în România - ca și în alte țări europene sau în Statele Unite, numărul de familii monoparentale (cu un singur părinte și cel puțin un copil sub 18 ani) a crescut simțitor.

Spre deosebire de familiile nucleare (cu mamă, tată și copii), aceste familii se confruntă cu relativ mai multe probleme. Acestea sunt în principal de natură socio-economică (datorită venitului unui singur părinte, interacțiunii dificile cu instituțiile statului și cu serviciile sociale, o anumită doză de "stigmatizare socială", reducerea suportului social etc.), dar și de natură psihologică (stres și încărcare mai mare a părintelui/copiilor, adaptarea la pierderea celui alt partener/părinte, creșterea responsabilităților parentale și economice etc.).

Cauzele apariției familiilor monoparentale sunt diverse, incluzând divorțul, decesul partenerului, părăsirea domiciliului de către partener sau întemeierea familiei în absența partenerului. Divorțul și decesul partenerului sunt cele mai frecvente cauze (Olteanu ș. a., 2001), fiind și cele cu impactul cel mai mare asupra părintelui rămas și asupra copiilor. Părintele rămas trebuie să își asume și responsabilitățile parentale ale celui absent, ceea ce poate fi uneori destul de greu, cel puțin în primul an, dar cu timpul acestea se îndeplinesc în general cu succes (Hetherington, 1989 apud Santrock, 2000).

Cea mai frecventă situație de familie monoparentală este cea rezultată în urma divorțului. Divorțul poate fi relativ traumatizant pentru copii. Un procent mic de copii pot dezvolta probleme legate de școală, probleme emoționale (depresie, anxietate), probleme comportamentale (agresivitate, delincvență) și altele (Conger & Chao, 1996; McLanahan & Sandefur, 1994 apud Santrock, 2000). S-a semnalat că mai ales băieții care locuiesc doar cu mamele lor prezintă un risc mai mare pentru comportamente antisociale și consum de substanțe.

Aceste probleme (atât în cazul băieților, cât și al fetelor) pot fi prevenite și atenuate prin folosirea unui stil părintesc mai autoritar, cel puțin în primul an după divorț.

De asemenea, dacă copiii sunt de sex diferit față de părintele cu care au rămas, este important să li se asigure în continuare modele sociale de același sex cu al lor, modele absolut necesare dezvoltării normale a personalității (bunic/bunică, profesor/profesoară, antrenor/antrenoare, frați mai mari, unchi, alte rude etc.).

**Stil părintesc autoritar** - reguli clare și relativ stricte, copiii neparticipând la luarea deciziilor; în viața normală nu este eficient, dar în situația de deusolare de după un divorț poate ajuta și grăbi adaptarea la noua situație.

**Stil părintesc democratic-nepermisiv** - reguli clare, nu foarte stricte; copiii își pot manifesta opțiunile, dar deciziile rămân la latitudinea părinților; acesta este cel mai benefic stil în familiile nucleare și în viața normală (după adaptare).

Comunicarea cu copiii despre divorț:

- explicarea separării;
- comunicarea trebuie făcută înainte sau din momentul în care devine evident că unul dintre părinți va părăsi casa; este bine să fie ambii părinți de față și să se explice aranjamentele care vor urma (unde pleacă părintele, când îl vor vedea etc.);
- explicarea faptului că nu copiii sunt de vină, deoarece de multe ori aceștia se simt vinovați; este important să se repete acest lucru și să se menționeze că iubirea față de copii nu s-a schimbat și nu se va schimba;
- explicarea faptului că va trece un timp până când copilul se va simți mai bine și se va adapta, dar că acest lucru se va întâmpla cu siguranță;
- explicarea posibilității de a avea discuții ulterioare, dacă copiii au întrebări;
- asigurarea unei continuități cât mai mari în ceea ce privește celelalte domenii ale vieții copilului; este preferabil să rămână în aceeași casă, la aceeași școală, să viziteze aceiași prieteni (chiar dacă au o legătură cu părințele care pleacă); dacă copiii se mută, trebuie să se păstreze cât mai multă familiaritate (de exemplu, în modul de aranjare a camerei, păstrarea mobilei etc.) și să se mențină relațiile cu vechii prieteni (prin telefon, scrisori etc.);
- asigurarea suportului social pentru copil și pentru părinți - aceștia trebuie să își mențină sau să îi mărească rețeaua de prieteni (prin menținerea relațiilor cu familia extinsă, participarea la alte activități, apelul la grupuri de suport speciale pentru părinți divorțați - acestea se găsesc mai ales pe Internet etc.); părintele rămas singur va trebui să se adapteze la "dublarea" responsabilităților părintești, lucru care este mai ușor și mai benefic pentru copil dacă se folosește cel puțin temporar un stil parental mai autoritar (Hetherington, Bridges & Insabella, 1998 apud Santrock, 2000) și dacă părintele apelează la persoane care au trecut prin situații similare.

### Sugestii de activități pentru profesori

Tematică: **Abilități sociale. Consecințe negative ale relațiilor sociale disfuncționale. Probleme la nivelul sănătății sociale (abuz, violență, hărțuire, probleme ale familiilor monoparentale).**

#### • Obiective:

- elevii să identifice barierele de comunicare ale fetelor și băieților;
- elevii să descrie consecințele relațiilor abuzive asupra sănătății femeilor și bărbaților;
- elevii să demonstreze abilități de comunicare asertivă și de negociere.

#### • Competențe:

- identificarea consecințelor violenței asupra sănătății femeii;
- identificarea problemelor care pot apărea în cadrul familiilor monoparentale;
- analizarea impactului stereotipurilor de gen asupra relațiilor familiale, de cuplu și profesionale;
- demonstrarea de abilități de management al agresivității;
- analizarea critică a metodelor de reducere a agresivității la fete și băieți;

- Metode:

- discuții de grup, dezbateri, proiecte individuale și de grup, joc de rol.

Profesorul propune discutarea importanței comunicării în relațiile interumane. Listați exemple de bariere de comunicare și solicitați și alte exemple din partea elevilor. Atrageți atenția asupra eventualelor stereotipuri (de gen, dar nu numai) privind comunicarea și asupra faptului că nu sunt adevărate. Discutați metode de depășire a acestor bariere, pornind de la o serie de cazuri ipotetice (cum ar trebui să comunice anumite personaje într-o situație dificilă sau frustrantă). Acestea se pot exercita pe baza jocului de rol sau a unor scenarii.

Profesorul propune definirea și descrierea diferitelor tipuri de abuz sau violență (fizică, psihologică, sexuală etc.). Lucrând pe grupuri, se vor identifica consecințele violenței asupra sănătății bărbaților și femeilor, băieților și fetelor. Urmăriți consecințele pe termen scurt și pe termen lung, în funcție de tipul de abuz suferit, și în funcție de domeniul afectat al sănătății (mentală, fizică, socială).

Profesorul propune identificarea câtorva stereotipuri de gen relevante privind relațiile sociale (între prieteni de același sex sau de sexe diferite). Pentru fiecare stereotip în parte, subliniați faptul că este o construcție socială (nu un "adevăr" universal valabil), apoi identificați consecințele utilizării acestor stereotipuri asupra evoluției relațiilor și asupra partenerilor implicați în relație (consecințe pe termen scurt și pe termen lung, personale, pentru ceilalți, pentru relație).

Profesorul propune discutarea problemei violenței în familie. Se pot prezenta statistici privind violența - se poate folosi în acest scop Cercetarea Națională privind Violența în Familie și la Locul de Muncă, CPE, 2003. Având în vedere faptul că majoritatea victimelor sunt femei, se pot discuta factorii determinanți și efectele diferitelor tipuri de violență asupra acestora. Se poate lucra pe grupuri, pe fiecare tip de violență, fiecare grup prezentând la sfârșit concluziile la care s-a ajuns. Acestea sunt discutate apoi de către întreaga clasă și pot constitui informația de pornire în alcătuirea unui material informativ despre efectele violenței asupra sănătății femeilor. Acest material poate fi diseminat în școală sau în comunitate.

Profesorul propune discutarea problemei agresivității: care sunt situațiile în care ea apare, care sunt formele de agresivitate și consecințele acestora (pentru sine, pentru celălalt, pe termen scurt și lung etc.). Se solicită și se discută exemple de metode, tehnici sau abilități care pot reduce manifestările agresive. În cazul în care se identifică în discuții stereotipuri de gen, menționați că agresivitatea este nocivă pentru ambele părți, indiferent de genul celui care o manifestă, și nu este niciodată justificată.

Descrieți și exercitați apoi strategii obiective de management al comportamentelor agresive (comunicare asertivă, rezolvare de probleme, verbalizare calmă a furiei și a situației care a generat-o), pe baza jocului de rol (profesor-elev sau elev-elev).

Se pot realiza și materiale informative (broșuri, afișe, pliante etc.) privind formele, cauzele și consecințele agresivității, precum și metode eficiente de evitare a manifestărilor agresive.

- Barrett, L. F., Robin, L., Pietromonaco, P. R. & Eyssell, K. M., (1998) - Are Women the "More Emotional" Sex? Evidence from Emotional Experiences in Social Context, *Cognition and Emotion*, 12, 555-578
- Bowen, A.C.L. & John, A.M.H., (2001) - "Gender Differences in Presentation and Conceptualization of Adolescent Self-Injurious Behaviour: Implications for Therapeutic Practice", *Counseling Psychology Quarterly*, vol.14, nr. 4, 357-379
- Courtenay, W. H., (2000) - Constructions of masculinity and their influence on men's well-being: a theory of gender and health. *Social Science & Medicine*, nr. 50, 1385-1401
- Dallos, S. & Dallos, R., (eds.), (1997) - *Couples, Sex and Power*, Open University Press, Buckingham
- Denton, M., Prus, S., Walters, V., (2003) - Gender differences in health: a Canadian study of the psychosocial, structural and behavioural determinants of health. *Social Science & Medicine*, 1-16
- Denton, M, Walters, V., (1999) - Gender differences in structural and behavioral determinants of health: an analysis of the social production of health. *Social Science & Medicine*, nr. 48, 1221-1235
- Dushkin, E. L. P., (2000) - "Can Women Sexuality Be Free from Traditional Gender Constraints?", *Taking Sides: Clashing Views on Controversial Issues in Sex and Gender*, Dushkin., E. L. P. (eds.), McGraw Hill
- Fuhrer, R., Stansfeld, S.A., (2002) - How gender affects patterns of social relations and their impact on health: a comparison of one or multiple sources of support from "close persons". *Social Science & Medicine*, nr. 54, 811-825
- Geis, F. L., (1993) - "Self-Fulfilling Prophecies: A Social Psychological View of Gender", *The Psychology of Gender*, Beal, A. E. & Sternberg, R. J. (eds.), Guildford Press
- Gogna, M. & Ramos, S., (2000) - "Gender Stereotype and Power Relations", *Framing the Sexual Subject. The Politics of Gender, Sexuality and Power*, Barbosa, P. R. & Aggleton, P. (eds.), University of California Press
- Good, G. E., Sherrod, N. B. & Dillon, M. G., (2000) - Masculine Role Stressors and Men's Health, *Handbook of Gender, Culture and Health*, Eisler & Hersen (eds.), Lawrence Erlbaum Associates, Publishers, London
- Goyen, M. J., Anshel, M.H., (1998) - Sources of acute competitive stress and use of coping strategies as a function of age and gender. *Journal of Applied Developmental Psychology*, vol. 19, nr. 3, 469-486
- Granito, V. J., (2002) - Psychological response to athletic injury: gender differences. *Journal of Sport Behavior*, vol. 25, nr. 3, 243-259
- Hoare, P., Cosgrove, L., (1998) - Eating habits, body-esteem and self-esteem in Scottish children and adolescents. *Journal of Psychosomatic Research*, vol. 45, nr. 5, 425-431
- Hutson-Comeaux, S. L., (2002) - Gender Stereotypes of Emotional Reactions: How We Judge an Emotion as Valid, Sex Roles: *A Journal of Research*
- Lee, C., (1998) - Eating, Weight and Beauty, Women Health: *Psychological and Social Perspectives*, London: Sage, 125-142
- Lindner, K.J., Kerr, J.H., (2000) - Metamotivational orientations in sport participants and non-participants. *Psychology of Sport and Exercise*, nr. 1, 7-25
- Lorber, J., (2003) - "The Social Construction of Gender", *The Social Construction of Difference and Inequality: Race, Class, Gender and Sexuality*, Ore, T. E. (ed.), McGraw Hill
- MacDonald, M., Wright, N. E., (2002) - Cigarette smoking and the disenfranchisement of adolescent girls: a discourse of resistance? *Health Care for Women International*, nr. 23, 281-305
- MacLaclan, M., (ed.), (2001) - *Cultivating Health. Cultural Perspectives on Promoting Health*, Wiley, Chichester, England
- Maibah, E. & Parrott, R. L. (eds.), (1995) - *Designing Health Messages*, Sage Publications, Astrid Virinding
- Matud, M. P., Ibáñez, I., Bethencourt, J.M., Marrero, R., Carballeira, M., (2003) - Structural gender differences in perceived social support. *Personality and Individual Differences*, nr. 34, 1-11

- McMullin, J. A., Cairney, J., (2003) - Self-esteem and the intersection of age, class and gender. *Journal of Aging Studies*, 1-16
- Moore, H. L., (1994) - "Fantasies of Power and Fantasies of Identity: Gender, Race and Violence", *A Passion for Difference*, Moore, H., L. (ed.), Polity Press
- O'Connor, M., Simmons, T., Cooper, M., (2003) - Assumptions and beliefs, dieting and predictors of eating disorder-related symptoms in young women and young men. *Social Science & Medicine*, nr. 4, 1-6
- Penas-Lledó, E., Sancho, L., Waller, G., (2002) - Eating attitudes and the use of alcohol, tobacco and exercise among male and female adolescents. *Eating Behaviors*, nr. 3, 101-111
- Petcheskzy, R. P., (2000) - "Sexual Rights. Inventin a Concept, Mapping an International Practice", *Framing the Sexual Subject. The Politics of Gender, Sexuality and Power*, Barbosa P., R. & Aggleton, P. (eds.), University of California Press
- Renk, K., Creasey, G., (2003) - The relationship of gender, gender identity and coping strategies in late adolescents. *Journal of Adolescence*, nr. 26, 159-168
- Ricciardelli, L. A., McCabe, M. P., (2001) - Children's body image concerns and eating disturbance: A review of the literature. *Clinical Psychology Review*, vol. 21, nr. 3, 325-344
- Ricciardelli, L. A., Connor, J. P., Williams, R. J., Young, R. McD., (2001) - Gender stereotypes and drinking cognitions as indicators of moderate and high risk drinking among young women and men. *Drug and Alcohol Dependence*, nr. 61, 129-136
- Santrock, J. W., (2000) - Children. Sixth Edition, McGraw-Hill, Boston
- Szaflarski, M., (2001) - Gender, Self-reported Health ad Health Related Lifestyles in Poland, *Health Care for Women International*, vol. 22, 207-227
- Vilhjalmsón, R., Kristjansdóttir, G., (2003) - Gender differences in physical activity in older children and adolescents: the central role of organized sport. *Social Science & Medicine*, nr. 56, 363-374
- Watkins, P. L. & Whaley, D., (2000) - Gender Role Stressors and Women Health, *Handbook of Gender, Culture and Health*, Eisler & Hersen (eds.), Lawrence Erlbaum Associates, Publishers, London
- \*\*\* (2003) - *Cercetarea Națională privind Violenta în Familie și la Locul de Muncă*, CPE, București, [www.gender.ro](http://www.gender.ro)
- \*\*\* (2003) - *Canadian Guidelines for Sexual Health Education*, Minister of Health Community Acquired Infections Division - Centre of Infectious Disease and Control, <http://www.hc-sc.gc.ca/pphb-dgspsp/publicat/cgshe-ldnemss/index.html>
- \*\*\* (2001) - *Gender or Sex: Who Cares? Skills-Building Resource Pack on Gender and Reproductive Health for Adolescents and Youth Workers*, IPAS and Health & Development Networks, <http://www.ipas.org>, <http://www.hdnet.org>
- \*\*\* (2000) - *Promotion of Sexual Health. Recommendations for Action*, World Health Organization and World Association for Sexology, Pan American Health Organization. [http://www.iatp.md/nww/files/raport\\_EGALITATEA\\_DE\\_SANSE.pdf](http://www.iatp.md/nww/files/raport_EGALITATEA_DE_SANSE.pdf)
- \*\*\* (2001) - *Cetatenii defavorizati 2001*.pdf. [http://www.fdsc.ro/PDF/Cetatenii\\_defavorizati\\_2001.pdf](http://www.fdsc.ro/PDF/Cetatenii_defavorizati_2001.pdf)
- \*\*\* (2002) - Raport național privind egalitatea de șanse între femeii și bărbați, [http://www.iatp.md/nww/files/raport\\_EGALITATEA\\_DE\\_SANSE.pdf](http://www.iatp.md/nww/files/raport_EGALITATEA_DE_SANSE.pdf)
- Olteanu, C., Căldăraru, S. & Epure, C. (2001) - Cetățenii defavorizați: clienți permanenți sau parteneri ai administrației publice locale?, Fundația pentru Dezvoltarea Societății Civile (FDSC) în parteneriat cu Direcția Generală de Asistență Socială (DGAS) din cadrul Primăriei Generale a Municipiului București, [http://www.fdsc.ro/PDF/Cetatenii\\_defavorizati\\_2001.pdf](http://www.fdsc.ro/PDF/Cetatenii_defavorizati_2001.pdf).

