



IO1 Mācību materiāli

SEKSUĀLI TRANSMISĪVO SLIMĪBU PROFILAKSE

Saturs

MĒRĶI.....	2
1. Vispārējs seksuāli transmisīvo slimību apraksts.....	3
1.1. Konteksts. Tēmas apraksts/definīcija.....	3
1.2. Pierādītā seksuāli transmisīvo slimību ietekme uz grūtniecību un mātes/bērna veselību....	5
1.3. Negatīvas uzvedības iemesls – kā veidojas uzvedība seksuāli transmisīvu slimību dēļ.....	6
2. Galvenie pētījumi par seksuāli transmisīvajām slimībām	8
2.1. Secinājumi par nākamo vecāku uzvedības negatīvajiem aspektiem attiecībā uz seksuāli transmisīvajām slimībām un ietekmi uz bērnu veselību	8
2.2. Secinājumi par pozitīvu uzvedību attiecībā uz seksuāli transmisīvajām slimībām un to ietekmi uz bērnu veselību.....	9
3. PVO rekomendācijas. Uz pierādījumiem balstītu intervencu piemēri.....	9
4. Kā uzvedība var mainīties – profesionāļu nozīme.....	11
5. Izglītība topošajiem vecākiem/iedzīvotājiem par veselīgu dzīvesveidu attiecībā uz seksuāli transmisīvajām slimībām un kopumā – izglītības programmu, sabiedrības un skolu nozīme. Informācijas izplatīšanas veidi.....	14
6. Bibliogrāfija	17



MĒRĶI

Šī moduļa beigās dalībnieki varēs:

1. definēt un aprakstīt visbiežāk sastopamās seksuāli transmisīvās slimības;
2. aprakstīt svarīgākos pusaudžu un jauniešu seksuālās uzvedības aspektus;
3. aprakstīt vissvarīgākos pasākumus, kuru mērķis ir veicināt pusaudžu un jauniešu uzvedības maiņu, lai novērstu seksuāli transmisīvās slimības;
4. norādīt, kā uzvedība var mainīties un kāda ir profesionāļu nozīme uzvedības maiņā.

Saīsinājumi

Šajā tekstā termini “seksuāli transmisīvās slimības” (turpmāk saīsinātas kā STS) un “seksuāli transmisīvās infekcijas” (turpmāk saīsinātas kā STI) tiek lietoti savstarpēji aizvietojami, jo autori balstījušies uz pieņēmuma, ka šī materiāla vajadzībām šiem terminiem ir vienāda nozīme un jēga.



1. Vispārējs seksuāli transmisīvo slimību apraksts

1.1. Konteksts. Tēmas apraksts/definīcija

Saskaņā ar PVO datiem seksuāli transmisīvās infekcijas (STI) kopumā un jo īpaši pusaudžu vidū ir īpaši svarīgas visiem cilvēkiem, kuri strādā, lai uzlabotu iedzīvotāju veselības stāvokli. Visā pasaulē vislielākais ziņotais STI līmenis ir cilvēkiem vecumā no 15 līdz 24 gadiem; šajā vecuma grupā ir līdz 60% jauno infekciju un puse no visiem cilvēkiem, kuri dzīvo ar HIV visā pasaulē. STI joprojām ir plaši saistītas ar veselības aprūpes darbinieku un pacientu stigmatizāciju, kaunu, apmulsumu un noliegšanu. Seksualitāte un ar to saistītie riski veselībai joprojām ir galvenais tabu daudzās sabiedrībās. Tas jo īpaši attiecas uz jauniešiem. Lai gan viņu tiesības un vajadzības ir atzītas teorētiski, praksē viņi joprojām saskaras ar daudziem šķēršļiem, lai iegūtu praktisku atbalstu, kas nepieciešams, lai izvairītos no problēmām (PVO, 2005).

STI nav vienmērīgi sadalītas starp daudziem jauniešiem, kuri iesaistās seksuālās aktivitātēs. Sekss, dzimumaktu biežums un veids, seksuālo partneru skaits un īpašības, prezervatīvu lietošanas apjoms, vardarbības risks un STI epidemioloģija vietējā līmenī ir tie faktori, kas ietekmē STI risku. Katra šī riska faktora nozīmi nosaka konkrētais sociālkulturālais un ekonomiskais konteksts, kurā dzīvo jaunieši. Pusaudži, kuriem ir vislielākais STI risks, parasti ir pusaudžu seksa darbinieki un viņu klienti, pusaudžu zēni, kuri nodarbojas ar seksu ar vīriešiem vai citiem zēniem, ielu bērni un bērni labošanas iestādēs. Parasti STI ir biežāk sastopamas tiem pusaudžiem, kuri neapmeklē skolu, nekā tiem, kuri iet skolā. Tomēr reģionos ar augstu STI izplatību, piemēram, Āfrikā, Karību jūras reģionā un, sākot ar deviņdesmitajiem gadiem, Austrumeiropas daļās, lielākajai daļai pusaudžu, tostarp lauku skolās, ir risks saslimt ar STI, lai gan joprojām pastāv atšķirības. Meitenes bioloģiski ir neaizsargātākas pret STI nekā zēni, un daudzos gadījumos viņām ir lielāks risks, jo viņām ir vecāki partneri (Oringanje et al., 2016).

Sabiedrības intervences, lai veicinātu prezervatīvu lietošanu, tiek uzskatītas par vērtīgu līdzekli cilvēka imūndeficīta vīrusa (HIV) un citu seksuāli transmisīvo infekciju (STI) pārvešanas samazināšanai. Īpaši tiek uzsvērtā šādu intervencu īstenošana, veicot strukturālas izmaiņas – koncepciju, kas ietver sabiedrības veselības darbības, kuru mērķis ir uzlabot sabiedrības veselību, veicot izmaiņas apstākļos, kādos ir ar veselību saistīts risks. Šī stratēģija mēģina palielināt prezervatīvu lietošanu, tādējādi samazinot HIV un citu STI pārvešanu. (Moreno et al., 2014).

Seksuāli transmisīvās slimības ir termins, ko lieto, lai aprakstītu vairāk nekā 20 dažādas infekcijas, kas tiek pārnestas ar spermā, asinīm un citiem ķermeņa šķidrumiem vai tiešā saskarē ar skartajām ķermeņa zonām cilvēkiem ar STI. Seksuāli transmisīvās slimības sauc arī par veneriskām slimībām.

Dažas no visbiežāk sastopamajām un potenciāli nopietnajām STS/STI ir:

- **hlamīdijas.** Šo STS izraisa baktērija *Chlamydia trachomatis* – mikroskopisks organisms, kas parazitē cilvēka šūnās. CDC lēš, ka katru gadu ir gandrīz trīs miljoni gadījumu, jo 75% sieviešu un 50% vīriešu pēc infekcijas neuzrāda slimības simptomus. Aptuveni 40% sieviešu hlamīdiju infekcijas rezultātā izveidosies iegurņa iekaisuma slimība (PID), kas ir galvenais neauglības cēlonis. Hlamīdijas ir visbiežāk sastopamā STS Amerikas Savienotajās Valstīs. 2017. gadā ziņoto hlamīdiju gadījumu skaits bija visaugstākais AYA, kas ir 62,6% no visiem gadījumiem Amerikas Savienotajās Valstīs. Sieviešu vidū visaugstākais rādītājs bija vecumā no 15 līdz 19 gadiem (3266 gadījumi uz 100 000) un no 20 līdz 24 gadiem (3986 gadījumi uz 100 000).



- Starp vīriešiem visaugstākie rādītāji bija no 20 līdz 24 gadiem (1705 gadījumi uz 100 000) (Sieving et al., 2019).
- **cilvēka papilomas vīruss (HPV).** HPV izraisa dzimumorgānu kārpas un papilomas un ir visbūtiskākais dzemdes kakla vēža riska faktors sievietēm. Pastāv vairāk nekā 100 HPV veidi, bet tikai aptuveni 30 no tiem var izraisīt dzimumorgānu kārpas un papilomas un izplatīties seksuāla kontakta ceļā. Dažos gadījumos kārpas tiek nodotas no mātes bērnam dzemdību laikā, izraisot potenciāli dzīvībai bīstamu stāvokli jaundzimušajiem, kad kārpas attīstās kaklā (balsenes papilomatoze).
 - **dzimumorgānu herpes.** Herpes ir neārstējama vīrusu infekcija, kas tiek uzskatīta par vienu no visbiežāk sastopamajām STS Amerikas Savienotajās Valstīs. To izraisa viens no diviem herpes *simplex* vīrusu veidiem: HSV-1 (parasti izraisa mutes herpes) vai HSV-2 (parasti izraisa dzimumorgānu herpes). CDC lēš, ka 45 miljoni amerikāņu (piektā daļa personu 12 gadu vecumā vai vecāki) ir inficēti ar HSV-2. Šis skaits kopš septiņdesmitajiem gadiem ir pieaudzis par 30%. HSV-2 infekcija biežāk sastopama sievietēm (ceturtā daļa sieviešu) nekā vīriešiem (piektā daļa vīriešu) un vairāk afroamerikāņiem (45,9%) nekā baltās rases pārstāvjiem (17,6%).
 - **gonoreja.** Gonoreju izraisa baktērija *Neisseria gonorrhoeae*, un to var izplatīt ar vagīnas, perorālu vai anālu kontaktu. CDC ziņo, ka Amerikas Savienotajās Valstīs katru gadu ar gonoreju inficējas aptuveni 650 000 cilvēku, 1999. gadā bija 13 000 infekciju gadījumu uz 100 000 cilvēku. Aptuveni 75% amerikāņu gonorejas infekcija parādās personām vecumā no 15 līdz 29 gadiem. 1999. gadā 75% ziņoto gonorejas gadījumu bija starp afroamerikāņiem. 2017. gadā ziņotie gonorejas gadījumi bija visaugstākie pusaudžu un jauniešu vidū, veidojot 44,7% no visiem gadījumiem ASV. Sieviešu vidū visaugstākais rādītājs bija vecumā no 15 līdz 19 gadiem (557 gadījumi uz 100 000) un no 20 līdz 24 gadiem (685 gadījumi uz 100 000). Vīriešu vidū rādītāji bija visaugstākie no 20 līdz 24 gadu vecumā (705 gadījumi uz 100 000) (Sieving et al., 2019).
 - **sifiliss.** Sifiliss ir potenciāli dzīvībai bīstama infekcija, kas palielina HIV iegūšanas vai pārnesšanas iespējamību. 2018. gadā ASV, saskaņā ar CDC, kopējais ziņoto sifilisa gadījumu skaits (visi posmi kopā: primārais un sekundārais, agrīnais primārais nesekundārais, nezināma ilguma vai novēlots un iedzimts) bija augstākais reģistrētais kopš 1991. gada. Kopējais reģistrēto sifilisa gadījumu skaits (visos posmos) 2017.–2018. gadā palielinājās par 13,3% (no 101 584 gadījumiem līdz 115 045 gadījumiem). Iedzimts sifiliss izraisa neatgriezeniskas veselības problēmas vai nāvi pat 40% no visiem dzīvajiem zīdaiņiem, kuri dzimuši sievietēm ar neārstētu sifilisu. Atšķirībā no hlamīdijām un gonorejas, primārā un sekundārā sifilisa biežums ASV vīriešu vidū ir ievērojami augstāks nekā sievietēm (Sieving et al., 2019).
 - **cilvēka imūndeficīta vīrusa (HIV) infekcija.** 2000. gadā CDC ziņoja, ka Amerikas Savienotajās Valstīs 120 223 cilvēki ir HIV pozitīvi un 426 350 dzīvo ar AIDS. Turklāt katru gadu piedzimst aptuveni 1000–2000 bērnu ar HIV infekciju. Tiek lēsts, ka 1999. gadā visā pasaulē ar HIV/AIDS dzīvoja 33 miljoni pieaugušu un 1,3 miljoni bērnu, un tajā gadā 5,4 miljoni bija tikko inficējušies. ASV pusaudžiem un jauniem pieaugušiem ir ievērojams skaits HIV infekciju. 2016. gadā HIV diagnozes rādītājs pusaudžiem vecumā no 13 līdz 19 gadiem bija 5,8 uz 100 000, bet jauniešiem vecumā no 20 līdz 24 gadiem tas bija 30,5 uz 100 000. Lielākā daļa jauno infekciju tika attiecinātas uz vīriešu savstarpēju seksuālo kontaktu, tostarp 92% pusaudžu vīriešu vidū un 91% vīriešu vidū. Sievietēm lielākā daļa jauno infekciju tika attiecinātas uz heteroseksuāliem kontaktiem, tostarp 85% pusaudžu un 88% jauniešu vidū. No 2011. līdz 2016. gadam diagnosticēto infekciju līmenis pusaudžiem samazinājās, bet saglabājās stabils no 20 līdz 24 gadus vecu cilvēku vidū (Sieving et al., 2019).
 - **B un C hepatīts.** Pieaugušo vidū B hepatīta pārnesšana notiek galvenokārt nevakcinētu pieaugušo vidū ar B hepatīta pārnesšanas riska uzvedību, tostarp vairāki seksuālie partneri un



seksuālie partneri ar hronisku B hepatīta infekciju. B hepatīts ir viegli nododams ar seksuālu kontaktu. Seksuālais kontakts ir visizplatītākais B hepatīta izplatīšanās veids ASV. Starp pieaugušajiem, kuri grib ārstēties STS klīnikās, 10–40% ir bijusi vai ir B hepatīta vīrusa infekcija. Lai gan ne ļoti bieži, bet arī C hepatītu var nodot caur seksuālām darbībām. Seksuāli transmisīva slimība vai HIV, sekss ar vairākiem partneriem vai rupjš sekss palielina personas risku saslimt ar C hepatītu. Gadījumu kontroles pētījumos ir ziņots par saistību starp C hepatīta infekcijas iegūšanu un seksuālu kontaktu ar C hepatīta infekciju vai ar vairākiem seksa partneriem. Jauni pētījumi rāda, ka gejiem, kuri ir HIV pozitīvi un kuriem ir vairāki seksuālie partneri, var palielināties C hepatīta risks. C hepatīta vakcīnas nav. Labākais veids, kā novērst C hepatītu, ir izvairīties no darbībām, kas var izplatīt slimību, īpaši lietojot vienas adatas vai citu aprīkojumu narkotiku injicēšanai. Tagad CDC iesaka vienreizēju C hepatīta pārbaudi visiem pieaugušajiem (18 gadus veci un vecāki) un visām grūtniecēm katras grūtniecības laikā. CDC turpina ieteikt regulāri pārbaudīties cilvēkiem ar riska faktoriem, tostarp cilvēkiem, kuri injicē narkotiskās vielas.

- **trihomoniāze.** Tā ir ļoti izplatīta seksuāli transmisīva slimība. To izraisa infekcija ar viensūņu parazītu, ko sauc *Trichomonas vaginalis*. Lai gan slimības simptomi ir dažādi, lielākā daļa cilvēku, kuriem ir parazīts, nevar pateikt, ka ir inficēti. Trihomoniāze ir visizplatītākā izārstējamā STS. Amerikas Savienotajās Valstīs aptuveni 3,7 miljoni cilvēku ir inficējušies. Tomēr tikai aptuveni 30% gadījumu rodas jebkādi trihomoniāzes simptomi. Sievietēm infekcija ir biežāka nekā vīriešiem. Vecākas sievietes biežāk nekā jaunākas sievietes ir inficējušās ar trihomoniāzi.

2000. gadā K. Pančauds un citi pētījumā par 14 Eiropas valstīm, ASV un Kanādu konstatēja, ka trīs izplatītāko STS – sifilisa, gonorejas un hlamīdiju – sastopamības biežuma dati, kas aprēķināti uz 100 000 pusaudžiem, gados jauniem pieaugušajiem un visiem iedzīvotājiem, kopumā laikā no 1990. līdz 2000. gadam ir samazinājušies gan kopējā populācijā, gan pusaudžu vidū. Saslimstības dati tika iegūti no oficiālās statistikas, publicētiem valsts avotiem vai zinātniskiem rakstiem un npublicētiem valdības datiem. Tomēr pētījums parādīja, ka Krievijas Federācija ir būtisks izņēmums: deviņdesmitajos gados sifiliss ir dramatiski pieaudzis. Izņemot Krievijas Federāciju un Rumāniju, sifilisa līmenis deviņdesmito gadu vidū vairumā attīstīto valstu bija diezgan zems, uz 100 000 pusaudžiem tika reģistrēti mazāk nekā septiņi gadījumi. Pētījums arī parādīja, ka gonorejas biežums vairākās valstīs ir daudzkārt lielāks nekā sifilisam, un šī slimība daudz skar pusaudžus un jauniešus. Gonorejas biežums pusaudžu vidū var sasniegt pat 600 uz 100 000 (Krievijas Federācijā un ASV), lai gan daudzās valstīs pusaudžu vidū reģistrētais rādītājs ir mazāks par 10 uz 100 000. Visās valstīs ar labiem rādītājiem pusaudžu vidū hlamīdiju sastopamība ir ārkārtīgi augsta (no 563 līdz 1081 gadījumam uz 100 000). Viens no šo rezultātu skaidrojumiem varētu būt tāds, ka hlamīdiju gadījumā skrīnings galvenokārt ir paredzēts sievietēm, tāpēc vīriešiem ir mazāk iespēju tikt pārbaudītiem. Visu trīs STS sastopamības biežums pusaudžu sieviešu vidū parasti ir augstāks nekā tā paša vecuma vīriešu vidū, Tas jo īpaši attiecas uz hlamīdijām. Pētījuma secinājums bija tāds, ka ir nepieciešamas profilakses programmas, aktīvs skrīnings un labāka piekļuve STS diagnostikas un ārstēšanas pakalpojumiem, īpaši pusaudžiem un jauniem pieaugušajiem, lai samazinātu STS sastopamību un slogu jauniešu vidū.

1.2. Pierādītā seksuāli transmisīvo slimību ietekme uz grūtniecību un mātes/bērna veselību

Seksuāli transmisīvās infekcijas ietekmē sievietes visā pasaulē dažādos vecumos. Visbiežākais ir sifiliss, 2012. gadā bija 6 miljoni jaunu saslimšanas gadījumu. Tajā pašā gadā tika reģistrēti 78 miljoni *Neisseria gonorrhoeae* (NG) saslimšanas gadījumu, 131 miljons *Chlamydia trachomatis* (CT) gadījumu un 143 miljoni inficēšanās gadījumu ar *Trichomonas vaginalis* (TV)! Visvairāk skartās pasaules valstis bija Āfrika, Āzija un Latīņamerika.



Statistika liecina, ka ārstējamas STI ir saistītas ar dažādiem nelabvēlīgiem grūtniecības un dzemdību gadījumiem: mātes saslimstību, priekšlaicīgām dzemdībām, bērniem ar nepietiekamu dzimšanas svaru vai nedzīvi dzimušiem bērniem. Priekšlaicīgas dzemdības izraisa dažādas komplikācijas, kas bērniem izraisa saslimstību un mirstību. Apmēram 50% neārstētu mātes TG un CT infekciju dzemdību procesā tiek pārnestas bērnam, izraisot acu un apakšējo elpceļu infekcijas. Gonoreja grūtniecības laikā mātei var būt saistīta ar pēcdzemdību bartolinītu (galveno vestibulāro dziedzeru, sauktu arī par Bartolīna dziedzeriem, infekciju un iekaisumu), perihepatītu, artrītu, endokardītu un endometrītu, kā arī drudzi pēcdzemdību periodā. Bērnam ir lielāks priekšlaicīgu dzemdību risks, iespējams priekšlaicīgs membrānas plīsums, augļa zudums un aizkavēta bērna augšana dzemdē. Gonokoku acu infekcija, ja to neārstē, var izraisīt radzenes bojājumus un aklumu, bet zīdaiņu infekcija ar hlamīdijām var izraisīt netipisku intersticiālu pneimonītu, bronhītu un vidusauss iekaisumu. Aptuveni 25% sieviešu ar gonoreju vai hlamīdiju kļūst neauglīgas. Galvenais STS sastopamības cēlonis grūtniecēm visā pasaulē ir ikdienas pirmsdzemdību testēšanas trūkums CT, NG un TV infekcijām.

Sifiliss grūtniecības laikā var izraisīt abortu, priekšlaicīgas dzemdības, jaundzimušā nāvi vai slimības attīstību jaundzimušajam (agrīns un vēls iedzimts sifiliss). Iedzimta sifilisa smaguma pakāpi nosaka tas, ka ir būtiska transplacentālā infekcija.

Lai gan PVO iesaka pārbaudīt pirmsdzemdību sifilisu un tas ir pieejams lielākajā daļā valstu, joprojām pastāv problēmas ar šo ieteikumu piemērošanu.

Dzimumorgānu herpes mātei reizēm var izraisīt abortu, mikrocefāliju, aizkavētu bērna augšanu dzemdē, iedzimtas herpes bērniem, herpes jaundzimušajiem un augļa nāvi. Ja ir transplacentāla transmisija (1:3500 grūtniecību), pētījumi rāda, ka dabisku dzemdību gadījumā 50% jaundzimušo infekciju rodas, ja ir maksts aktīvs bojājums. Augli visbiežāk ietekmē dzemdību kanāls, izraisot jaundzimušo herpes – slimību ar augstu mirstības pakāpi.

1.3. Negatīvas uzvedības iemesls – kā veidojas uzvedība seksuāli transmisīvu slimību dēļ

Šajā nodaļā galvenā uzmanība tiks pievērsta pusaudžu un jauniešu un STI uzvedībai. Lai gan mūsdienās daudzās valstīs ir ārkārtīgi vienots pusaudža jēdziens attiecībā uz bioloģiskiem marķieriem, piemēram, vecumu un nobriešanu, definējot pusaudžus, ir jāņem vērā sociālekonomiskās atšķirības un lauku un pilsētas atšķirības. Urbanizācijai ir bijusi liela nozīme pusaudžu vidū. Apstākļus, kādos dzīvo jaunieši lauku apvidos, var raksturot ar tā, ka viņiem nav pieejama atbilstoša izglītība, pieņemama nodarbinātība, nav lielu naudas ienākumu vai daudz brīvā laika. Turpretī jauniešu aizceļošana uz pilsētām nabadzības vai arvien pieaugoša pilsoņu kara dēļ ir pievienojusi vēl jaunus elementus, piemēram, neoficiālu nodarbinātību un dzīvošanu uz ielas. Lielais ielu bērnu un neoficiāli nodarbināto pusaudžu skaits, tostarp tie, kas nodarbināti kā seksa darbinieki pilsētās, lielākoties neiet skolā. Bērniem un jauniešiem, kas strādā pilsētās, bieži vien ir jāpieņem slikti apmaksāti vai neapmaksāti nosacījumi, kas ir bīstami viņu veselībai. Starptautiskais darba birojs un UNICEF ir publicējuši ekonomiskās ekspluatācijas aprakstus, piemēram, piespiedu darbs un seksa komerciālai izmantošana, īpaši starp meitenēm (GTZ, 1997).

Piemēram, Indijas pilsētās Ņūdeli, Mumbajā un Kalkutā aptuveni 100 000 bērnu vai nu veic “neoficiālus” darbus, piemēram, mazgā automašīnas, stumj rokas ratiņus, tīra notekas vai izdzīvo, lūdzot vai savācot ēdienus no atkritumu izgāztuvēm (MOW, UNDP, UNICEF, PVO un NACO, 1996). Taizemē aptuveni 800 000 meiteņu, kas jaunākas par 20 gadiem, pelna iztiku kā seksa darbinieces (International Clearinghouse on Adolescent Fertility, 1991). Tiek uzskatīts, ka daudzās Austrumeiropas valstīs desmitiem tūkstošu jauniešu neapmeklē skolu vai nav oficiāli nodarbināti. Tā vietā viņi nodarbojas ar narkotiku tirdzniecību (un patēriņu), prostitūciju vai virkni noziedzīgu darbību, kas saistītas ar paaugstinātu STI un HIV risku (UNICEF, 1999). Āfrikā daudzus pusaudžus skar karš, pilsoņu nemieri un piespiedu migrācija, zēni tiek pievilināti vai piespiesti



dienēt armijā, bet meitenes tiek pakļautas vardarbībai un seksuālai izmantošanai (UNICEF, 1996; PVO, 2005).

Atšķirīga pusaudžu dzīvesveida parādīšanās pastāvīgi ir tikusi saistīta ar pakāpenisku tradicionālās ģimenes dzīves sabrukumu, vecāku un lielākas ģimenes vienības samazināšanos un vienaudžu lomas palielināšanos. Ģimene kļūst daudz mazāk svarīga jauniešu individuālajā attīstībā, bet vienaudži un plašsaziņas līdzekļi ir kļuvuši ietekmīgāki. “*Vecākiem kļūst arvien grūtāk pildīt savu lomu – sniegt padomus un audzināt jauniešus sabiedrībai.*” (Mkandawire, 1994)

Ielas un pagaidu patversmes ir kļuvušas par “mājām” aptuveni 100 līdz 200 miljoniem bērnu un pusaudžu visā pasaulē, no kuriem daudzi ir atrauti no vecākiem un savām paplašinātajām ģimenēm (PVO, 2000). Viņiem jāpaļaujas tikai uz saviem resursiem, tādēļ šie jaunieši izstrādā savus izdzīvošanas līdzekļus, vērtības, tīklus un struktūras, bieži vien kā reakciju uz vardarbības draudiem (GTZ, 1997).

Pusaudžu seksualitāte mūsdienās tiek uztverta ar lielu neskaidrību lielā pasaules daļā. Attīstītajās valstīs socioloģija un psiholoģija bieži ievieto pusaudžu seksualitāti nepareizas uzvedības ietvaros, un sabiedriskā diskusija par pusaudžu seksualitāti un bērnu dzimšanu attiecīgi raksturo pusaudžu vecumu kā noslogotu ar problēmām (McCauley et al., 1995).

Lai gan pieaugušo vecuma sasniegšana lielākajā daļā pasaules notiek vēlāk, pirmo seksuālo attiecību vecums joprojām ir agrs. Dažās pasaules daļās, piemēram, Ziemeļāfrikas musulmaņu valstīs un dažās Āzijas daļās, lielākā daļa seksuālo aktivitāšu, par kurām ziņots pat tikai pirms desmit gadiem, jauniešu vidū joprojām notika laulības ietvaros (Singh and Wulf, 1990). Tomēr šķiet, ka laulības vecums ir pieaudzis straujāk nekā pirmās seksuālās pieredzes vecums, tādējādi ievērojami palielinot to jauniešu skaitu, kuri nodarbojas ar seksu pirms laulībām. Tikai četrās no 27 pētītajām valstīm visos reģionos samazinājās atšķirība starp seksuāli aktīvo sieviešu un līdz 18 gadu vecumam precēto sieviešu skaitu (Blanc and Way, 1998).

Piemēram, meitenēm noteiktās Āfrikas un Dienvidāzijas daļās pirmā seksuālā pieredze parasti ir 15–16 gadu vecumā. Dienvidāfrikā lielā meiteņu grupā Kvazulu Natālā gandrīz pusei jau bija bijis pirmais dzimumakts 16 gadu vecumā (Manzini, 2001). Tāpat mazākā pētījumā Maputo Mozambikā vidējais vecums pirmā dzimumakta laikā meitenēm gan nabadzīgā, gan vidējās klases sociālekonomiskajā līmenī bija 15 (Machel, 2001). Atsevišķās iedzīvotāju apakšgrupās, piem., jauniešiem piepilsētu teritorijās Zambijā (CARE International, 1997) vai Zimbabvē (UNAIDS, 1999) pirmais dzimumakts gan zēniem, gan meitenēm var notikt jau deviņu gadu vecumā. Turpretī citās Āfrikas daļās (piemēram, Ruandā un Burundi) un Latīņamerikā daļēji Romas katoļu baznīcas ietekmes dēļ meiteņu vidējais vecums pirmajā dzimumaktā ir daudz lielāks – 18–20 gadi.

Tomēr daži jauniešu slāņi var būt seksuāli aktīvi arī jaunākā vecumā. Piemēram, nelielā Čīles jauniešu izlasē 32% jau bija nodarbojušies ar seksu līdz 15 gadu vecumam (UNAIDS, 1999). Tāpat daudzās Āzijas valstīs, piemēram, Indonēzijā, Filipīnās un Taizemē, lai gan vidējais vecums pirmajam dzimumaktam jaunām sievietēm bija 20 gadi, ievērojams skaits sāka seksuālās attiecības daudz agrāk, tostarp liels skaits pusaudžu, kuri strādāja prostitūcijā (McCauley un Salter, 1995). Pētījumā, kurā piedalījās neprecēti jaunieši vecumā no 15 līdz 22 gadiem Šanhajā, Ķīnā, 31% meiteņu un 44% zēnu bija seksuāli aktīvi, vidējais dzimumdzīves uzsākšanas vecums zēniem bija nedaudz mazāks par 20 gadiem, bet meitenēm – nedaudz zem 19 gadiem. Agrākais vecums bija 12 gadi (Cui N et al., 2001). Dažās Āfrikas valstīs, piemēram, Libērijā un Botsvānā, vairāk nekā 60% neprecētu pusaudžu meiteņu saka, ka viņām ir bijis sekss, savukārt lielākajā daļā Latīņamerikas valstu šī proporcija bija daudz mazāka – zem 10%, bet Filipīnās – mazāk nekā 1% (McCauley and Salter, 1995). Cits aptauju kopums liecināja, ka šīs proporcijas ir augstākas – no 10 līdz 20% neprecētu pusaudžu meiteņu Centrālamerikā, bet daudz augstāki rādītāji bija Brazīlijā un Karību jūras reģionā (piemēram, 59% Jamaikā) (Morris, 1995).



Ļoti maz ir zināms par dzimumaktu biežumu seksuāli aktīviem pusaudžiem, viņu seksuālo partneru skaitu vai seksuālo praksi, tostarp par to, vai viņi seksa laikā aizsargājas ar prezervatīvu lietošanu. Šķiet, ka seksuālās aktivitātes modeļi atšķiras atkarībā no:

- reliģijas,
- sociālās klases,
- izglītības,
- etniskās grupas,
- ģimenes stāvokļa,
- individuāliem apstākļiem.

Ir daži pierādījumi, ka jaunieši pilsētās ir seksuāli aktīvāki nekā laukos. Daži kvalitatīvi un kvantitatīvi pētījumi liek domāt, ka ārpuskolas meitenes varētu būt seksuāli aktīvākas, nodarboties ar seksu biežāk un ar lielāku partneru skaitu nekā meitenes, kuras mācās skolā.

2. Galvenie pētījumi par seksuāli transmisīvajām slimībām

2.1. Secinājumi par nākamo vecāku uzvedības negatīvajiem aspektiem attiecībā uz seksuāli transmisīvajām slimībām un ietekmi uz bērnu veselību

Riskanta seksuāla uzvedība (RSB), piemēram, nedrošs dzimumakts un daudz partneru, ir biežāk sastopama pusaudžu un jauniešu vidū (vecumā no 15 līdz 24 gadiem). Faktori, kas saistīti ar uzņemšanu universitātē, var palielināt RSB sastopamību, jo tie nozīmē virkni sociālo pārmaiņu indivīda dzīvē. RSB var izraisīt STI un neplānotu grūtniecību. STI ir vienas no visizplatītākajiem akūtajiem apstākļiem pasaulē ar aptuveni vienu miljonu jaunu saslimšanas gadījumu dienā. Brazīlijā 2020. gadā veiktais pētījums parādīja, ka valstī ir atjaunojušās STI, īpaši cilvēka imūndeficīta vīruss (HIV) un sifiliss, un tās ievērojami pieaugušas jauniešiem vecumā no 15 līdz 29 gadiem.

Galvenās STI sekas ir neauglība, ārpusdzemdes grūtniecība, nedzīvi dzimuši bērni, iegurņa iekaisuma slimības un neiroloģiskas un kardiovaskulāras sekas pieaugušajiem. Neplānota grūtniecība ir īpaši problemātiska jaunākās vecuma grupās, jo tā apdraud skolas un akadēmiskās dzīves pabeigšanu, kā arī palielina komplikāciju risku pašā grūtniecības laikā. Brazīlijā vidusskolas skolēnu grupas novērtējums liecināja, ka 32% studentu neizmantoja prezervatīvus dzimumaktos, kas notika mēnesi pirms aptaujas.

Bakalaura studentu vidū prezervatīva neizmantošana pēdējā dzimumakta laikā svārstījās no 85,7% līdz 38,6% gadījumu. Studentu vidū, kuriem trīs mēnešus pirms aptaujas bija viens līdz trīs seksuālie partneri, bija 95% sieviešu un 89% vīriešu. Psihoaktīvo vielu lietošana Brazīlijas bakalaura studentu vidū pirms pēdējā dzimumakta bija aptuveni 15%. Pelotas pašvaldībā veikta aptauja par pusaudžiem vecumā no 15 līdz 18 gadiem liecināja, ka 10,7% lietojuši alkoholiskos dzērienus pirms pēdējā dzimumakta un ka tikai 56% pusaudžu pēdējās trīs dzimumattiecībās lietojuši prezervatīvus. Prezervatīvu neizmantošana gan vidusskolā, gan augstskolā bija tieši saistīta ar vīriešiem, alkohola lietošanu un partneru daudzveidību, bet nesaistīta ar indivīda vecumu un sociālekonomisko līmeni. Pētījumi, kuros tika novērtēta riskanta seksuāla uzvedība Brazīlijā, pārsvarā bija skolu pusaudžu vidū, un tiem bija aprakstoša pieeja, koncentrējoties uz seksuālās uzvedības rezultātu novērtēšanu, piemēram, zināšanu līmeni par STI. Bet maz tika pievērsta uzmanība bakalaura studentu psihosociālo īpašību, piemēram, seksuālās orientācijas un dzimuma identitātes, atšķirībām starp zināšanu jomām un tehnoloģiju nozīmei seksuālajā uzvedībā. Pētījumā



tika noskaidrotas pirmkursnieku bakalaura studentu seksuālās uzvedības galvenās iezīmes attiecībā uz dzimumu un pārbaudīta riskantas seksuālās uzvedības izplatība, kā arī galvenie sociāldemogrāfiskie un ar uzvedību saistītie faktori, ko norādījuši Brazīlijas dienvidos esošās Pelotas Universitātes pirmkursnieki (Gräf DD et al., 2020).

Amerikas Savienoto Valstu pētījumi parādīja, ka 48% bakalaura studentu pēdējā dzimumakta laikā izmantoja prezervatīvus, un riskantas seksuālās uzvedības izplatība bija 14%, ņemot vērā tos, kuri teica, ka pēdējā dzimumakta laikā nelietoja prezervatīvus un kuriem bija vairāk nekā viens partneris pēdējos 12 mēnešos pirms aptaujas. Pētījums, kas tika veikts 31 ASV augstskolā, norādīja, ka 44% studentu trīs mēnešu laikā pirms aptaujas bija vairāk nekā viens partneris, bet 16% pirms pēdējā dzimumakta lietoja psihoaktīvās vielas (alkoholu vai nelegālas narkotikas).

2.2. Secinājumi par pozitīvu uzvedību attiecībā uz seksuāli transmisīvajām slimībām un to ietekmi uz bērnu veselību

3. PVO rekomendācijas. Uz pierādījumiem balstītu intervenču piemēri

Cilvēki iegūst seksuālās veselības informāciju no dažādiem avotiem, tostarp veselības aprūpes sniedzējiem, vecākiem, skolām, sabiedriskajām organizācijām un digitālajiem plašsaziņas līdzekļiem. Vecākiem ir būtiska ietekme uz pusaudžu un jauno pieaugušo seksuālajām vērtībām un uzskatiem. Pētījumi rāda, ka kvalitatīva vecāku un jauniešu komunikācija par seksuālo veselību var radīt drošāku seksuālo praksi jauniešu vidū. Tomēr gandrīz ceturtdaļa jauniešu saka, ka ar vecākiem nav apspriestas seksuālas tēmas (Widman et al., 2016). Konfidenciālu pakalpojumu sniegšanas ietvaros ārsti var atvieglot vecāku un jauniešu saziņu par seksuālo veselību. Piemēram, ārsti var palīdzēt pusaudžiem un jauniem pieaugušajiem saskatīt viņu un vecāku sarunu potenciālās priekšrocības un piedāvāt sākt vecāku un jauniešu diskusijas tā, lai atbalstītu jaunieci. Ārsti var arī sniegt vecākiem vispārīgus norādījumus par vecāku un jauniešu komunikāciju un jauniešu seksuālās veselības jautājumiem, īpaši neizpaužot konfidenciālu informāciju par saviem pusaudžu un jauniešu pacientiem (Ford CA et al., 2011).

Secinājumi, kas iegūti vairāk nekā 3 gadu desmitus, novērtējot seksuālās izglītības programmas dažādās skolās un sabiedriskās vietās, ir ļoti konkrēti. Vairāki pētījumi liecina, ka dalība visaptverošā seksualitātes izglītībā ir saistīta ar STI riska uzvedības samazināšanos, tostarp vēlāku pirmo dzimumaktu, seksuālo partneru skaita samazināšanos un neaizsargātu dzimumaktu daudzuma samazināšanos. (Chin et al., 2012).

Visaptverošās seksuālās izglītības programmās kā drošākā uzvedība tiek uzsvērta atturēšanās, kā arī tiek popularizēts prezervatīvu un cita veida kontracepcijas veids jauniešiem, kuriem ir sekss. Ievērojami pierādījumi arī parāda, ka seksuālā izglītība tikai ar atturēšanos nav saistīta ar STS riska uzvedības novēršanu. Aptaujas par ASV veselības izglītības praksi uzrāda nesenās pusaudžu formālās seksuālās izglītības saņemšanas samazināšanos (Lindberg et al., 2016).

Digitālās tehnoloģijas, tostarp internets un sociālie mediji, ir nozīmīga jauna vieta seksuālajai izglītībai. Viedtālruni jauniešiem ir kļuvuši gandrīz universāli, 95% pusaudžu ASV ziņo par iespēju piekļūt viedtālrunim. Digitālo tehnoloģiju piedāvātā anonimitāte, meklējot informāciju par jutīgām tēmām, padara to par iespējamu seksuālās un reproduktīvās veselības informācijas avotu. Lai gan tiešsaistes seksuālie un reproduktīvie resursi bieži ir neprecīzi, tādas vietnes kā *Bedsider.org*, *StayTeen.org* un *Scarleteen.com* sniedz visaptverošu un medicīniski precīzu informāciju par seksuālo veselību, kas pielāgota pusaudžu un jauniešu auditorijai.

Tādējādi ir nozīme izvērstām, integrētām un daudzlīmeņu pieejām, lai novērstu neseno STS pieaugumu un uzlabotu seksuālās un reproduktīvās veselības rezultātus pusaudžiem un jauniem



pieaugušajiem Amerikas Savienotajās Valstīs. Šādām pieejām jāsniedz ārpus klīnikām un skolu klasēm, jāparādās jaunākajās un jauniešiem draudzīgajās tehnoloģijās un jāmaina sociālais konteksts tā, lai veicinātu veselīgu seksuālo lēmumu pieņemšanu jauniešu vidū.

Arvien vairāk tiek pierādīts, ka HIV saslimstības samazināšanos dažās valstīs var saistīt ar uzvedības izmaiņām, kas izriet no uzvedības intervences programmām (UNAIDS 2001b; Darbes 2009). Ir daudz teoriju un modeļu par to, kā notiek uzvedības izmaiņas. Visizplatītākie modeļi un teorijas, uz kurām balstās uzvedības intervences, ietver informācijas-motivācijas-uzvedības prasmju (IMB) modeli (Fisher, 2009), Sociāli kognitīvo teoriju (Bandura, 2001) un Pamatotās rīcības teoriju (Ajzen, 2007). Lai gan teoriju detaļas ir atšķirīgas, tām ir līdzīgas idejas. To mērķis ir mainīt faktorus, kas tiek uzskatīti par uzvedības prognozētājiem, piemēram, uzskatus par veselību (risks saslimt ar HIV ir niecīgs), izziņas (HIV man nav būtisks risks), attieksmi (vairāki partneri nav nekas nepareizs), sociālajās normas (sekss nedrīkst būt pirms laulībām) vai prasmes (sarunas par drošu seksu). Tas ietver informācijas nodošanu mērķa grupām, izmantojot izglītību, apmācību un konsultācijas, ko varētu veikt individuāli vai grupās. Tāpat uzvedības intervences HIV profilaksei ir vērstas uz šo faktoru mainīšanu, lai samazinātu riskantu seksuālo uzvedību. Turklāt, pamatojoties uz ekonomikas teoriju, stimulus, piemēram, monetārus vai nemonetārus stimulus, var izmantot, lai ietekmētu uzvedību, piemēram, dalīt bezmaksas prezervatīvus. 2011. gadā tika veikts pārskats par riskantu seksuālo uzvedību, piemēram, neaizsargātu seksu ar partneri, kura statuss nav zināms, vairākām seksuālām partnerattiecībām, alkohola lietošanu pirms dzimumakta un seksu ar komerciāliem seksa darbiniekiem (SDO, 2002). Šajā pārskatā galvenā uzmanība tika pievērsta uzvedības intervencēm, lai samazinātu riskantu seksuālo uzvedību un lai samazinātu HIV infekcijas pārvešanu heteroseksuāli. Viens no secinājumiem liecināja, ka izglītības intervences, balstoties uz IMB modeli, nedaudz samazināja seksuāli transmisīvo slimību skaitu un neaizsargāta seksa un seksa ar komerciāliem seksa darbiniekiem skaitu, bet nebija ievērojama seksa samazināšanās ar vairākiem seksuālajiem partneriem un samazināta alkohola lietošana pirms seksa (Ojo_O. et al., 2011).

Citā pārskatā, ko veica Morenoi un citi 2014. gadā, autori izvērtēja deviņus pētījumus, kuros piedalījās 75 891 dalībnieks un kuru ilgums bija no viena līdz deviņiem gadiem. Septiņi no šiem pētījumiem tika veikti Āfrikā uz dienvidiem no Sahāras, viens Peru un viens vairākās valstīs. Visos pētījumos tika veicināta prezervatīvu lietošana. Rezultāti nesniedza skaidrus pierādījumus tam, ka prezervatīvu lietošanas veicināšana šajos specifiskajos apstākļos samazināja HIV un citu STI pārvešanu. Tomēr zināšanas par HIV un citām STI palielinājās, tāpat arī prezervatīvu lietošanas biežums. Iespējamais negatīvo rezultātu iemesls šajā pārskatā ir tas, ka seksuālo uzvedību ir grūti mainīt. Pētījumā netika konstatētas atšķirības seksuālo partneru skaitā tur, kur tika veiktas intervences. Turklāt, ja nav konsekventas prezervatīvu lietošanas, HIV un citu STI pārvešanas risks saglabājas. Pierādījumu kvalitāte tika uzskatīta par mērenu. Šie atklājumi jāinterpretē piesardzīgi, jo lielākā daļa pārskata pētījumu tika veikti Āfrikas Subsahāras reģionā, kas ir ļoti daudzveidīgs un kura sociālās un kultūras īpatnības atšķiras no citām jaunattīstības valstīm.

Meisons Džonss un citi (Mason-Jones et al., 2016) novērtēja skolas seksuālās un reproduktīvās veselības programmu ietekmi uz seksuāli transmisīvajām infekcijām (piemēram, HIV, herpes *simplex* vīrusu un sifilisu) un grūtniecību pusaudžu vidū. Tika iekļautas astoņas RCT grupas, kurās piedalījās 55 157 dalībnieki. Pieci izmēģinājumi tika veikti Āfrikas Subsahāras reģionā (Malāvija, Dienvidāfrika, Tanzānija, Zimbabve un Kenija), viens Latīņamerikā (Čīle) un divi Eiropā (Anglijā un Skotijā). Autori secināja, ka pašlaik ir maz pierādījumu tam, ka izglītības programmas vien var efektīvi samazināt STI vai pusaudžu grūtniecību. Uz stimuliem balstītas intervences, kas vērstas



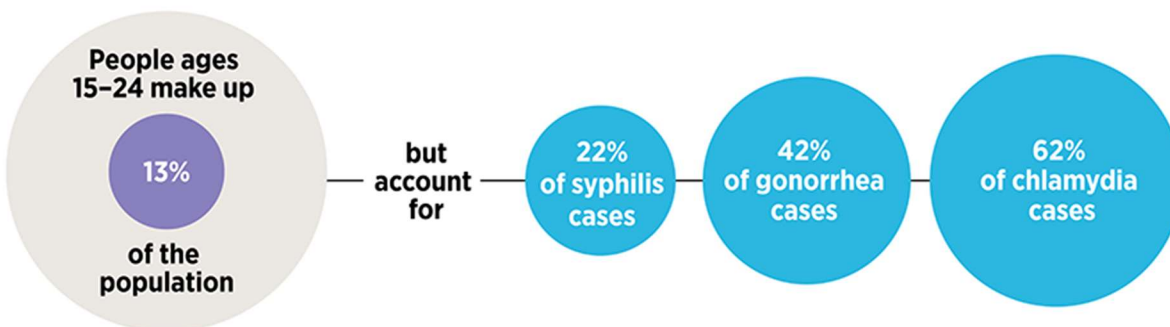
uz jauniešu, īpaši meiteņu, noturēšanu vidusskolā, var samazināt pusaudžu grūtniecību, taču, lai to apstiprinātu, ir vajadzīgi turpmāki augstas kvalitātes izmēģinājumi.

4. Kā uzvedība var mainīties – profesionāļu nozīme

Pusaudža vecums vēsturiski ir diezgan jauns jēdziens, kas ietver ilgu pārejas periodu no bērnības uz pieaugušu vecumu un kas saistīts ar pieaugošu izpratni par seksualitāti un vecumam raksturīgu vēlmi eksperimentēt ar seksu (PVO, 2005).

Pusaudža vecums parasti ir saistīts ar fizioloģiskām izmaiņām, kas rodas, pārejot no sekundāro seksuālo īpašību parādīšanās (pubertātes) uz seksuālo un reproduktīvo briedumu (PVO, 1995). Pusaudži ir neaizsargāti pret STI; ASV Slimību kontroles un profilakses centri (CDC) parādīja, ka 2018. gadā jaunieši vecumā no 15 līdz 24 gadiem veidoja ievērojamu daļu no visiem tiem, kuriem bija hlamīdijas (62%), gonoreja (43%) un sifiliss (22%).

2 Young people are disproportionately burdened by STIs



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

www.guttmacher.org

Galvenie pasākumi, ko profesionāļi var veikt, lai novērstu STI un samazinātu infekciju biežumu jauniešu vidū, ir šādi:

- seksuālās veselības informācijas sniegšana ar programmām, kas piedāvā precīzu informāciju par STI profilaksi, pārņemšanu, galvenajiem simptomiem un ārstēšanu, un veselīgas uzvedības un veselīgu attiecību veicināšana, koncentrējoties uz pusaudžu seksuālo autonomiju, izpratni par piekrišanu un spēju iestāties par prezervatīvu lietošanu;
- seksuālās izglītības programmu pielāgošana, lai tās atbilstu vecumam, respektētu dažādu kultūras izcelsmi un īpatnības un reaģētu uz jauniešu patiesajām izglītības vajadzībām. Koncentrēšanās tikai uz atturēšanās programmām nepiedāvā risinājumu pusaudžiem, kuri kļūs seksuāli aktīvi neatkarīgi no šīm programmām;
- konsultāciju nodrošināšana skolās vai speciālos dienestos pusaudžiem, lai palīdzētu viņiem izdarīt veselīgāko un drošāko izvēli attiecībā uz seksuālo uzvedību;
- tādu testu un STI ārstēšanas pieejamības un lētuma nodrošināšana, kas pielāgoti skolu vai darba grafikam jauniešiem, tostarp atstumtiem jauniešiem, kuri pametuši skolu, ievērojot konfidencialitāti un bez diskriminācijas;
- preventīvā veselības aprūpe, novēršot STI un to izplatīšanos. Skolu veselības aprūpes speciālistiem, sadarbojoties ar izglītības darbiniekiem, jāveicina prezervatīvu lietošana un laba izturēšanās pret partneriem.



Lai saprastu, kā mainīt pusaudzū uzvedību attiecībā uz STI, ir jāsaprot, kas ir svarīgs no cilvēka uzvedības viedokļa, proti, kas ir klasiskā kondicionēšana un operantu kondicionēšana.

Klasisko kondicionēšanu pirmais izskaidroja Ivans Pavlovs, kurš pētīja suņu siekalošanos kā daļu no sava pētījuma par gremošanu.

Klasiskā kondicionēšana ir efektīva, ja nosacīts stimulš ir pirms beznosacījuma stimula. Piemēram, Pavlova pētījumos zvans vai skaņas signāls bija signāls, ka gaļa nāk un suņa siekalošanās ir gatavošanās pārtikas sagremošanai. Sākot ar Pavlova eksperimentiem, Džons B. Vatsons uzskatīja, ka visu cilvēka emociju un uzvedības klāstu var izskaidrot ar kondicionēšanas principiem. Šķiet, ka, pēc Vatsona teiktā, klasiskā kondicionēšana ietekmē mūsu vēlmes, emocijas un uzvedību, un tai ir svarīga nozīme mūsu emocionālajā reakcijā uz objektiem, simboliem, notikumiem un vietām. Klasiskā kondicionēšana var izskaidrot pozitīvās un negatīvās emocijas. Mēs esam iemācījušies pozitīvās vai negatīvās emocijas, jo agrāk daži objekti, notikumi, situācijas ir bijušas saistītas ar pozitīvām vai negatīvām sajūtām (Tavris et al., 2001).

Operantu kondicionēšanas teorija paskaidro, ka uzvedība kļūst vairāk vai mazāk iespējama atkarībā no tās sekām. Operantu kondicionēšanā organisma reakcija darbojas vai rada ietekmi uz vidi, kas savukārt ietekmē to, vai reakcija atkārtosies.

Uzvedības modifikācija ir operantu metožu izmantošana, lai palīdzētu cilvēkiem mainīt nevēlamus, bīstamus vai sevi iznīcinošus ieradumus reālās pasaules apstākļos.

Daži sasniegumi, kas saistīti ar uzvedības modifikāciju, ir šādi:

- vecāku apmācīšana, lai viņi mācītu saviem bērniem uzvedību tualetē;
- skolotāju apmācīšana būt par uzvedības izmaiņu aģentiem;
- nelīdzsvarotu un garīgi atpalikušu pieaugušo apmācība sarunāties, ģērbties, sociāli sazināties ar citiem un nopelnīt iztiku;
- pacientu ar smadzeņu bojājumiem apmācīšana kontrolēt neatbilstošu uzvedību, koncentrēt uzmanību un uzlabot savas valodas spējas;
- palīdzība cilvēkiem novērst nevēlamus ieradumus, piemēram, smēķēšanu un nagu graušanu, vai apgūt kaut ko vēlamu, piemēram, spēlēt klavieres vai mācīties.

Par uzvedību apmācītam profesionālim jābūt sistemātiski pētīt pusaudzū uzvedība un pastiprinātāji, kas to saglabā, piemēram, uzmanība vai maņu stimulācija. Svarīgi ir arī apsvērt pastiprināšanas un soda metodes, kas var būt pozitīvas un negatīvas, piem., pozitīvā pastiprinājumā pēc atbildes seko kaut kas patīkams, bet negatīvā pastiprinājumā tiek noņemts kaut kas nepatīkams. Pozitīvā sodā pēc atbildes seko kaut kas nepatīkams; negatīvā sodā tiek noņemts kaut kas patīkams (Tavris et al., 2001).

Pastiprināšana operantu kondicionēšanā ir jebkurš notikums, kas pastiprina vai padara izteiktāku no tā izrietošo uzvedību. Ir divu veidu pastiprinātāji. Abos šajos pastiprināšanas gadījumos uzvedība mainās.

1. **Pozitīvi pastiprinātāji** ir labvēlīgi notikumi vai rezultāti, kas parādās pēc uzvedības. Pozitīvās pastiprināšanas situācijās reakcija vai uzvedība tiek pastiprināta, pievienojot uzslavu vai tiešu atbildību. Ja jūs veicat labu darbu skolā un skolotājs dod jums augstāku atzīmi, šī atzīme ir pozitīvs pastiprinātājs.
2. Negatīvie pastiprinātāji ir nelabvēlīgu notikumu vai rezultātu noņemšana pēc konkrētas uzvedības. Šādās situācijās atbildi pastiprina, noņemot kaut ko, ko uzskata par nepatīkamu. Piemēram, ja jūsu bērns restorāna vidū sāk kliegt, bet pārstāj, tiklīdz pasniedzat viņam kādu



kārumu, jūsu rīcība rada nepatīkama stāvokļa noņemšanu, negatīvi pastiprinot jūsu (nevis jūsu bērna) uzvedību.

Operantu kondicionēšanā pastiprināšanas grafiki ir svarīga mācību procesa sastāvdaļa. Tam, kad un cik bieži mēs pastiprinām uzvedību, var būt ļoti būtiska ietekme uz atbildes spēku un ātrumu.

Pastiprināšanas grafiks būtībā ir noteikums, kas nosaka, kuri uzvedības gadījumi tiks pastiprināti. Dažos gadījumos uzvedība var tikt pastiprināta katru reizi, kad tā notiek. Dažreiz uzvedība var netikt pastiprināta.

Operantu kondicionēšanas ietvaros var izmantot gan pozitīvu, gan negatīvu pastiprinājumu. Abos gadījumos pastiprināšanas mērķis ir panākt, lai uzvedība, iespējams, atkārtotos.

Pastiprināšanas grafiki notiek gan dabiskās mācību situācijās, gan arī strukturētākās apmācības situācijās. Reālās pasaules apstākļos uzvedība, visticamāk, netiks pastiprināta katru reizi, kad tā notiek. Situācijās, kad jūs apzināti mēģināt pastiprināt kādu konkrētu darbību (piemēram, skolā, sportā vai dzīvnieku apmācībā), jums jāievēro noteikts pastiprināšanas grafiks.

Daži grafiki ir labāk piemēroti noteikta veida apmācības situācijām. Dažos gadījumos apmācība var prasīt vienu grafiku un pēc tam pāriet uz citu, kad vēlamā uzvedība ir iemācīta.

Abas grafiku pamatformas sauc par nepārtrauktu pastiprināšanu un daļēju pastiprināšanu.

Nepārtraukta pastiprināšana. Nepārtrauktā pastiprināšanā vēlamā uzvedība tiek pastiprināta katru reizi, kad tā notiek. Šo grafiku vislabāk izmantot mācību sākumposmā, lai izveidotu ciešu saikni starp uzvedību un reakciju.

Iedomājieties, piemēram, ka jūs mēģināt iemācīt sunim pasniegt jums ķepu un sasveicināties. Mācīšanās sākumposmā jūs ievērosiet nepārtrauktu pastiprināšanas grafiku, lai mācītu un noteiktu uzvedību. Tas var ietvert suņa ķepas satveršanu, kratīšanu, sakot “pakratīt” un pēc tam piedāvāt atlīdzību katru reizi, kad veicat šīs darbības. Galu galā suns sāks veikt darbību pats.

Nepārtrauktas pastiprināšanas grafiki ir visefektīvākie, mēģinot iemācīt jaunu uzvedību. Tie apzīmē modeli, uz kuru katrai šauri definētai atbildei seko šauri definētas sekas.

Daļēja pastiprināšana. Kad atbilde ir stingri noteikta, nepārtrauktas pastiprināšanas grafiks parasti tiek nomainīts ar daļējas pastiprināšanas grafiku. Daļējā (vai periodiskā) pastiprinājumā reakcija tiek pastiprināta tikai daļu no laika. Apgūtā uzvedība tiek iegūta lēnāk, daļēji pastiprinot, bet reakcija ir noturīgāka pret izzušanu.

(<https://www.verywellmind.com/what-is-a-schedule-of-reinforcement>)

Sods. Pareizi lietots sods var efektīvi atturēt no nevēlamas uzvedības, taču tas bieži tiek ļaunprātīgi izmantots, tam ir neparedzētas sekas un tas var izraisīt bailes un dusmas. Nevēlamas uzvedības izzušana kopā ar vēlamās uzvedības pastiprināšanu parasti ir labāka par soda izmantošanu (Tavris et al., 2001).

Sods operantu kondicionēšanā

Sods ir nevēlams beigu notikums vai iznākums, kas izraisa nepieciešamās uzvedības samazināšanos. Ir divu veidu sodi. Abos gadījumos uzvedības daudzums samazinās.

1. **Pozitīvs sods**, ko dažkārt dēvē arī par sodu pēc pieteikuma, rada nelabvēlīgu notikumu vai iznākumu, lai vājinātu sekojošo reakciju. Pēriens par nepareizu uzvedību ir soda pēc piemērošanas piemērs.
2. **Negatīvs sods**, kas pazīstams arī kā sods ar noņemšanu, rodas, ja pēc uzvedības tiek atcelts labvēlīgs notikums vai iznākums. Bērna videospēles atņemšana pēc nepareizas uzvedības ir negatīva soda piemērs.

Visbeidzot, operanta kondicionēšana balstās uz diezgan vienkāršu pieņēmumu: darbības, kurām seko pastiprināšana, tiks stiprinātas un, visticamāk, atkārtosies nākotnē. Ja jūs klasē pastāstīsiet kādu smieklīgu stāstu un visi smiesies, jūs, visticamāk, turpmāk šo stāstu atkārtosiet.



Ja jūs pacelsiet roku, lai uzdotu jautājumu, un skolotājs slavēs jūsu pieklājīgo uzvedību, jūs, visticamāk, pacelsiet roku nākamajā reizē, kad jums būs jautājums vai komentārs. Tā kā uzvedībai sekoja pastiprināšana vai vēlamais rezultāts, iepriekšējā darbība tiek pastiprināta. Un otrādi – darbības, kas izraisa sodu vai nevēlamas sekas, tiks vājinātas un retāk atkārtosies nākotnē. Ja jūs atkārtojat to pašu stāstu citā klasē, bet šoreiz neviens nesmejas, jums būs mazāka iespēja atkārtot stāstu nākotnē. Ja jūs klasē skaļi izsaucat atbildi un skolotājs jums pārmet, tad, visticamāk, jūs vairs nepārtrauksiet mācību stundu.

(<https://www.verywellmind.com/operant-conditioning>)

Novērsšanai

2011. gadā tika veikts sistemātisks pārskats, lai noteiktu Eiropā esošo vīriešu un sieviešu pusaudžu informētību un zināšanas par STI un, ja iespējams, to, kā viņi uztver savu risku saslimt ar STI. Kopumā pārskatā tika iekļauti 15 pētījumi. Visas bija šķērsgriezuma aptaujas, kas tika veiktas starp skolu apmeklējošajiem pusaudžiem vecumā no 13 līdz 20 gadiem. Parasti pusaudžu izpratne un zināšanas bija atšķirīgas atkarībā no dzimuma. Pārskatā iekļautajos pētījumos galvenā uzmanība tika pievērsta sešām STS, un izpratne un zināšanas tika padziļināti novērtētas galvenokārt attiecībā uz HIV/AIDS un HPV, un zināmā mērā arī attiecībā uz hlamīdijām. Par sifilisu, gonoreju un herpēm tika novērtēta tikai izpratne. Informētība par HIV/AIDS parasti bija augsta (virs 90%), bet zema par HPV (no 5,4% līdz 66%). Lai gan prezervatīvu lietošana palīdz aizsargāties pret saslimšanu ar STS, daži pusaudži joprojām uzskata prezervatīvus par pagaidu kontracepcijas metodi pirms tablešu lietošanas. Kopumā pētījumi norādīja uz zemu informētību un zināšanām par seksuāli transmisīvajām slimībām, izņemot HIV/AIDS. Lai gan, kā liecina daži secinājumi par prezervatīvu lietošanu, zināšanas ne vienmēr izpaužas uzvedības maiņā, pusaudžu seksuālā izglītība ir svarīga STS profilaksei, un skolas videi ir svarīga nozīme. Papildus HIV/AIDS uzmanība ir jāpievērš arī tādām infekcijām kā hlamīdijas, gonoreja un sifiliss (Samkange-Zeeb et al., 2011).

5. Izglītība topošajiem vecākiem/iedzīvotājiem par veselīgu dzīvesveidu attiecībā uz seksuāli transmisīvajām slimībām un kopumā – izglītības programmu, sabiedrības un skolu nozīme. Informācijas izplatīšanas veidi

Pusaudži uzzina par seksu, reprodukciju, kontracepciju un STI no dažādiem avotiem: vecākiem, brāļiem un māsām, vienaudžiem, radio, televīzijas, drukātajiem plašsaziņas līdzekļiem, tenkām un citu novērojumiem. Daudzās kultūrās un vidēs vecāki un citi pieaugušie radnieki, piem., tantes vai onkuļi, nerunā par šādiem jautājumiem ar saviem bērniem, un daudzi nejūtas informēti vai ērti par padomu sniegšanu (Görgen, 1994). Hjūzs un Makkalijs (1998) norāda uz aptaujām, kas rāda, ka gan vecāki, gan jaunieši bieži vien dod priekšroku tam, lai vecāki būtu galvenais pusaudžu informācijas avots par seksualitāti un reproduktīvo veselību (Castillo, 1993; Hawkins un Ojaka, 1992; Kumah et al., 1992). Šie pētījumi ir parādījuši, ka vecāki jūtas pārāk neērti, nokaunējušies vai slikti informēti par šīm tēmām, lai būtu efektīvs informācijas un atbalsta avots (Kumah et al., 1992, UNFPA, 1993).

Vienaudži un dažos gadījumos masu mediji, šķiet, ir kļuvuši par galveno informācijas avotu par STI vairumam pusaudžu, piem. Burkinafaso (iedzīvotāju padome, 1998). Tāpat Zimbabvē un Tanzānijā jaunieši lielāko daļu informācijas par STI bija saņēmuši no vienaudžiem un/vai plašsaziņas līdzekļiem (CRHCS, bez datuma a, b). Tanzānijā jaunieši tomēr būtu vēlējušies saņemt vairāk informācijas no vecākiem nekā no plašsaziņas līdzekļiem (CRHCS, bez datējuma b).

Skolotājiem, citiem skolas darbiniekiem un veselības aprūpes sniedzējiem ir potenciāls kļūt par galveno informācijas avotu attiecībā uz STI. Nairobi, Kenijā, plašsaziņas līdzekļi bija galvenais



informācijas avots par STI, piemēram, gonoreju un sifilisu, kam sekoja skolotāji, draugi un radnieki (Lema un Hassan, 1994). Kolumbijā skolu skolotāji bija visizplatītākais informācijas avots par STI, meitenes arī bieži piemin savas mātes, bet veselības pakalpojumus kā svarīgu informācijas avotu minēja tikai 5% jauniešu (Profamilia, 1996). Dienvidāfrikā draugi tika uzskatīti par vērtīgu informācijas avotu, taču gandrīz trīs ceturtdaļas jauniešu norādīja, ka vēlētos runāt ar pieaugušo par seksualitāti. Klīnikas būtu viņu vēlamais reproduktīvās veselības informācijas, pakalpojumu un produktu avots, bet diemžēl lielākajā daļā klīniku nebija tādas vietas, kurā jaunieši justos ērti, lai meklētu vajadzīgo un vēlamo padomu un pakalpojumus (Transgrud, 1998).

Pusaudžiem bieži rodas vainas un kauna sajūta, kad viņi saprot, ka ir saslimuši ar STI, un daudzi, iespējams, nav apguvuši prasmes, kas vajadzīgas, lai kādam pateiktu, ka viņiem ir seksuālas veselības problēmas (Brabin, 1998).

Pusaudžu meitenes, kas saslimušas ar STI, dažreiz ir saistītas ar prostitūciju (CRHCS, bez datuma b). Līdz ar to, pat ja viņiem ir neparasti izdalījumi vai sāpes, viņi, iespējams, nevienam neatzīst, ka pastāv problēma. Ja pusaudži apmeklē klīniku, viņu ziņojumi bieži ir neskaidri, it īpaši, ja ir iesaistīts nevēlams sekss vai seksuāla vardarbība.

Faktori, kas kavē pusaudžiem ar STI saņemt efektīvu ārstēšanu (adaptēts no Brabin 1998)

STI un diagnostikas metožu veids

- infekcija bieži ir asimptomātiska
- trūkst pieejamu skrīninga testu
- neprecīzi riska novērtējumi

Pusaudžu zināšanas, attieksme un prasmes, kas saistītas ar STI un aprūpes meklēšanu

- zināšanu trūkums par simptomiem
- STI ārstēšanai ir zema prioritāte
- nezina, kur doties ārstēties
- nav vajadzīgo prasmju, lai izskaidrotu seksuālās veselības problēmu
- bailes no izmeklēšanas
- bailes, ka vecāki un citi pieaugušie to uzzinās

Piekluve pakalpojumiem

- lieli attālumi līdz klīnikām vai transporta (transporta naudas) trūkums
- neērts darba laiks pusaudžiem (piemēram, klīnika slēgta pēc skolas)
- juridiskie/noteikumu ierobežojumi (piemēram, vecāku piekrišana; nepieciešams ņemt līdzi partneri)
- nelabvēlīgi/tiesājoši pakalpojumu sniedzēji
- augstas ārstēšanas izmaksas

Slikta lietu pārvaldība

- zāļu trūkums
- lietotas neefektīvas zāles vai neoptimālas devas
- neoficiālu pakalpojumu sniedzēju nespēja izglītot, reklamēt un izsniegt prezervatīvus un informēt partnerus

Labākie praktiskie ieteikumi STI profilaksei pusaudžiem un jauniem pieaugušajiem ietver:

- pareizu un konsekventu prezervatīvu lietošanu;



- paātrinātu partneru terapiju gonorejai un hlamīdijām;
- HIV profilaksi;
- uz pierādījumiem balstītas profilakses pieejas kopienas vidē;
- īsas konsultācijas, izmantojot personalizētus riska samazināšanas plānus.

Petermans savā 2016. gadā publicētajā rakstā minēja, ka STI intervences ietver gan tradicionālās pieejas, gan plašākas intervences. Tradicionālās pieejas ir paziņošana partneriem un skrīninga programmas klīniskajā vidē, skolās un informēšanas iestādēs, savukārt plašākas intervences ir sociālais mārketingš, uzvedības konsultācijas, saikne un nodošana aprūpei un politiskās intervences.

Skrīninga programmas darbojas apbrīnojami labi, ja tās tiek veiktas automātiski, piemēram, ar HIV inficēta MSM ikdienas sifilisa skrīnings, kad tiek ņemtas asinis, lai noteiktu CD4 skaitu vai vīrusu daudzumu. Pārliecināt pakalpojumu sniedzējus īstenot šādas sistemātiskas izmaiņas, iespējams, būtu lēta un ļoti efektīva intervence sifilisa profilaksei. Citas sifilisa skrīninga metodes, piemēram, informatīvā pārbaude, ir daudz dārgākas un ne tik produktīvas.

Partneru informēšana joprojām ir efektīva metode svarīgu gadījumu atrašanai, taču izmaksas ir augstas, un bieži vien tā nav visefektīvākā metode inficēto personu atrašanai. Partneru pakalpojumu uzdevums ir nodrošināt, ka gonorejas vai hlamīdijas slimnieku partneri tiek ārstēti par saprātīgām izmaksām. Ir pierādīts, ka, dodot pacientiem medikamentus partneriem, tie palīdz samazināt atkārtotas inficēšanās rādītājus. Jaunākām pieejām, piemēram, īsziņām, ir liels potenciāls, taču tās nav pilnībā novērtētas.

Politikas izmaiņām var būt ilgstoša ietekme, taču politikas maiņa uzreiz nemaina praksi. Likumi, kas ļauj pacientiem nogādāt zāles saviem partneriem, ir svarīgs solis partneru ārstēšanā, taču atteikšanās no dažādiem ārstēšanas līmeņiem parāda, ka dažos līmeņos ir jāstrādā vairāk.

Īsas uzvedības konsultācijas bieži darbojas, īpaši jauniem, vidēji augsta riska heteroseksuāliem vīriešiem un sievietēm. Ir pierādīts, ka tās ir efektīvas gan STS klīnikās, gan ārpus tām, taču tām jābūt plašākām par tikai didaktisku apmācību.

Aprūpes nodrošināšana personām ar STI ir vairāk, nekā tikai 35 seksuāli transmisīvo infekciju ārstēšana. Tā ietver arī citu apstākļu risināšanu, kas parasti sastopami personām ar STI, ņemot vērā, ka STI pacientu pasīva nosūtīšana uz medicīnas vai sociālajiem pakalpojumiem, visticamāk, nebūs efektīva (Peterman, 2016).



6. Bibliogrāfija

1. Chin HB, Sipe TA, Elder R, The effectiveness of group-based comprehensive risk-reduction and abstinence education interventions to prevent or reduce the risk of adolescent pregnancy, human immunodeficiency virus, and sexually transmitted infections: two systematic reviews for the guide to community preventive services. *Am J Prev Med* 2012;42(3):272–94.
2. Dehne, K. L. Sexually transmitted infections among adolescents: the need for adequate health services / Karl L. Dehne, Gabriele Riedner; edited by Marge Berer. ISBN 92 4 156288 9 (NLM classification: WA 330), WHO 2005.
3. Ford CA, Davenport AF, Meier A, Partnerships between parents and health care professionals to improve adolescent health. *J Adolesc Health* 2011;49(1): 53–7.
4. Gräf DD, Mesenburg MA, Fassa AG. Risky sexual behavior and associated factors in undergraduate students in a city in Southern Brazil. *Rev Saude Publica*. 2020 Apr 17;54:41. doi: 10.11606/s1518-8787.2020054001709. PMID: 32321057; PMCID: PMC7135094.
5. Kamb ML, Fishbein M, Douglas, Jr JM, et al. Efficacy of Risk-Reduction Counseling to Prevent Human Immunodeficiency Virus and Sexually Transmitted Diseases: A Randomized Controlled Trial. *JAMA*. 1998;280(13):1161–1167. doi:10.1001/jama.280.13.1161.
6. Lindberg LD, Maddow-Zimet I, Boonstra H. Changes in adolescents' receipt of sex education, 2006–2013. *J Adolesc Health* 2016;58(6):621–7.
7. Mason-Jones_AJ, Sinclair_D, Mathews_C, Kagee_A, Hillman_A, Lombard_C. School-based interventions for preventing HIV, sexually transmitted infections, and pregnancy in adolescents. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2016, Issue 11. Art. No.: CD006417. DOI: 10.1002/14651858.CD006417.pub3.
8. Moreno_R, Nababan_HY, Ota_E, Wariki_WMV, Ezoe_S, Gilmour_S, Shibuya_K. Structural and community-level interventions for increasing condom use to prevent the transmission of HIV and other sexually transmitted infections. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2014, Issue 7. Art. No.: CD003363. DOI: 10.1002/14651858.CD003363.pub3.
9. Ojo_O, Verbeek_JH, Rasanen_K, Heikkinen_J, Isotalo_LK, Mngoma_N, Ruotsalainen_E. Interventions to reduce risky sexual behaviour for preventing HIV infection in workers in occupational settings. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2011, Issue 12. Art. No.: CD005274. DOI: 10.1002/14651858.CD005274.pub3.
10. Oringanje C, Meremikwu MM, Eko H, Esu E, Meremikwu A, Ehiri JE. Interventions for preventing unintended pregnancies among adolescents. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2016, Issue 2. Art. No.: CD005215. DOI:10.1002/14651858.CD005215.pub3.
11. Peterman T.A., Effective Interventions to Reduce Sexually Transmitted Disease: Introduction to the Special Issue Sexually Transmitted Diseases, Volume 43, Supplement 1, February 2016.
12. Samkange-Zeeb FN, Spallek L, Zeeb H. Awareness and knowledge of sexually transmitted diseases (STDs) among school-going adolescents in Europe: a systematic review of published literature. *BMC Public Health*. 2011 Sep 25;11:727. doi: 10.1186/1471-2458-11-727. PMID: 21943100; PMCID: PMC3189891.
13. Travis C, Wade C. *Psychology in Perspective*. Third Edition. Prentice-Hall. 2001
14. Widman L, Choukas-Bradley S, Noar SM, Parent-adolescent sexual communication and adolescent safer sex behavior: a meta-analysis. *JAMA Pediatr* 2016; 170(1):52–61.
15. Wynn, Adriane PhD, MPP; Bristow, Claire C. PhD, MPH, MSc; Cristillo, Anthony D. PhD, et all, Sexually Transmitted Infections in Pregnancy and Reproductive Health:



Proceedings of the STAR Sexually Transmitted Infection Clinical Trial Group
Programmatic Meeting Sexually Transmitted Diseases: January 2020 - Volume 47 - Issue
1 - p 5-11

16. Panchaud C, Singh S, Feivelson D and Darroch J.E. Family Sexually Transmitted Diseases
Among Adolescents in Developed Countries. Family Planning Perspectives, Volume 32,
Number 1, January/February 2000.

