

Raport Sarcina la adolescente în România



©Cybermedia

Sarcina la adolescente în România

Autori: CSI dr. Michaela Iuliana Nanu¹, CSI dr. Ecaterina Stativa¹, dr. Daniela Vălceanu², dr. Marina Ruxandra Oțelea³

- 1- Institutul pentru Sănătatea Mamei și a Copilului „Alessandrescu-Rusescu”, București
- 2- Institutul Național de Sănătate Publică, București
- 3- Asociația SAMAS

Rezumat

Sarcina, dar mai cu seamă parentalitatea în perioada adolescenței are costuri sociale și economice ridicate, costuri legate de sănătate, alocații sociale sau chiar infracționalitate. Părăsirea timpurie a școlii, datorată sarcinii și nașterii copilului, împiedică finalizarea unor cicluri de învățământ pentru dobândirea unei profesii, făcând mai dificilă, ulterior, găsirea unui loc de muncă. Șomajul și, implicit, sărăcia vor afecta, în consecință, această categorie de persoane și copiii lor. Cercetările au evidențiat faptul îngrijorător că fenomenul este ciclic, acesta reproducându-se în cadrul aceleiași familii, de la o generație la alta, cu tot cortegiul de precaritate economică, socială și în materie de sănătate ce-l însoțește.

Material și metodă

Prezentul studiu este compus din trei analize distincte:

1. Analiza legislației existente privind prevenirea sarcinilor și a nașterilor în rândul adolescentelor, realizată prin analizarea strategiilor și a politicilor din domeniul sănătății, educației și protecției copilului în vederea cunoașterii situației actuale pe plan legislativ.
2. Identificarea profilului sociodemografic, educațional și cultural al tinerelor expuse riscului de a deveni mame înainte de 18 ani, precum și a opiniilor și atitudinilor lor față de sănătatea reproducerii – realizată prin analiza secundară a datelor provenite din Studiul Sănătății Reproduse din România
3. Identificarea opiniilor, atitudinilor și propunerilor unor profesioniști și decidenți de la nivel central și local în privința măsurilor care ar putea fi cele mai adecvate pentru diminuarea în timp a fenomenului – realizată prin culegerea de informații în cadrul unor discuții de grup (focus

grup), în cazul profesioniștilor, și al unor discuții individuale (interviu semistrukturat), în cazul decidenților de politici publice în domeniul sănătății adolescentului.

Rezultate și discuții

1. Absența unei politici coerente și a standardelor de practică în domeniul sănătății reproducerii pentru profesioniștii care se adresează adolescenților

Adolescentul, în general, nu constituie o prioritate în documentele strategice ce privesc sănătatea reproducerii. Politica de monitorizare și evaluare a strategiei pentru sănătatea femeii și a copilului și a programului de planificare familială nu include indicatori privind sănătatea reproducerii la adolescent.

Nu există, în prezent, o *delimitare clară a rolului* diferitelor autorități și o *corelare a atribuțiilor* acestora, nici *standarde pentru consilierea adolescentului, în general, și a celui dezavantajat social, în mod particular, în domeniul contracepției*, iar *responsabilitățile în domeniul prevenției sarcinilor nedorite sunt imprecis atribuite unui număr mare de categorii de profesioniști* (asistenți comunitari, asistenți sociali, mediatori sanitari, medici de familie, medici ginecologi, medici cu competență de planificare familială, medici din DSP), care însă *nu par a fi armonizați și nici să cunoască suficient de bine complementaritatea activităților lor.*

Există o reducere a numărului *profesioniștilor instruiți* în domeniul consilierii adolescentului cu privire la planificarea familială, nu este încurajată și sprijinită *organizarea unor activități de formare postuniversitară* pe teme specifice adresate profesioniștilor în domeniul sănătății reproducerii la *adolescenți*, la care să poată participa profesioniști cu o formare de bază diferită (profesori, asistente medicale, moașe, medici, psihologi, asistenți sociali și comunitari) pentru a se realiza *armonizarea activității.*

2. Lipsa unui program coerent de educație pentru sănătate oferită adolescenților

Mamele minore nu reprezintă un grup compact, cu aceleași caracteristici și nevoi, iar politica de educație pentru sănătate în școli este, în prezent, opțională și are deficiențe în ceea ce privește furnizarea de informații care să asigure un comportament sexual fără risc și prevenirea sarcinii în adolescență.

În opinia profesioniștilor intervievați în acest studiu, participarea scăzută, organizarea deficitară a activității de către un personal fie cu competențe, fie cu abilități insuficiente (diriginte, profesor de biologie, medic școlar), *absența unor standarde de performanță și lipsa unei strategii de*

comunicare adresate opozanților activității de educație sexuală – părinți, profesori, lideri religioși – sunt factori care contribuie la un rezultat scăzut al acestor acțiuni.

3. Abordarea unidimensională a problematicii mamei minore în serviciile sociale, centrată pe sprijinul financiar

Intervențiile serviciilor de protecție a copilului se orientează, de regulă, spre acordarea unor drepturi bănești sau a unor servicii/prestații acestor fete în calitate de mame, care însă nu previn repetarea cazurilor.

Cele mai multe mame minore au abandonat sau abandonează școala în momentul în care devin mame. Nu sunt implementate *măsuri educative pentru grupurile de adolescenți dezavantajați social și pentru cei care au abandonat școala*, aceștia fiind, în mare parte, excluși de la activitățile informative și de educație, fapt ce sporește riscul unui comportament sexual neadecvat și de apariție a unei sarcini nedorite.

Nu există o rețea de psihologi, integrată în serviciile de asistență socială, care să dezvolte și să implementeze programe de suport pentru mamele minore.

4. Lipsa de adaptare a serviciilor de planificare familială la nevoile adolescenților, în special ale celor din familii defavorizate

Destructurarea actuală a rețelei de planificare familială nu mai oferă cadrul necesar consilierii și asistenței în domeniul contracepției în general, ceea ce limitează, în mod secundar, și accesul adolescenților la aceste servicii, atât în mediul urban, cât și în cel rural.

Accesul adolescenților la serviciile de planificare familială și utilizarea de contraceptive moderne este îngreunat atât prin faptul că acestea nu asigură un mediu prietenos și de confidențialitate, cât și prin lipsa de informare, stigmatizare, bariere de ordin cultural și religios, care cresc vulnerabilitatea acestora la o sarcină nedorită.

Nu mai există gratuități pentru obținerea de contraceptive, fapt ce determină, în opinia specialiștilor, scăderea considerabilă a adresabilității tinerilor la serviciile de planificare familială și a folosirii contracepției, în mod special de către grupurile dezavantajate social.

5. Implicarea redusă a adolescenților în îmbunătățirea situației

Campaniile susținute de sensibilizare a comunității cu privire la problematica sexualității la adolescent, riscurile sarcinii nedorite și modalitățile de prevenire a acesteia sunt sporadice și fără susținere financiară din partea guvernului.

Politicele și practica socială actuală se referă aproape în exclusivitate la mamele minore, fiind necesară includerea tuturor adolescenților, deoarece o parte dintre ei sunt *tații copiilor* născuți de mamele minore sau viitorii parteneri ai acestora sau persoanele de sprijin cele mai apropiate de mamele minore și de copiii acestora.

Stigmatizarea, ca eveniment psihologic sau social, constituie o barieră pentru accesul adolescenților la servicii de planificare familială și consiliere în domeniul sănătății reproducerii. Din aceasta derivă și *atitudinea neparticipativă a acestora când vine vorba de îmbunătățirea situației.*

6. Absența unui sistem informațional privind sănătatea reproducerii la adolescenți

Nu există o analiză sistematică a datelor colectate și *nici o politică de diseminare a informațiilor.* Drept urmare, *folosirea informațiilor pentru planificare și luarea unor decizii politice la nivelul sistemului este limitată.*

Nu sunt finanțate *studii și cercetări* care să identifice nevoile și așteptările specifice ale adolescenților din România și care să fundamenteze atât politicile, cât și standardele de practică în domeniu.

Studiile efectuate până în prezent privind sarcina în perioada adolescenței au în centru *mama minoră, dar neglijează populația adolescentă de sex masculin.*

Concluzii și recomandări

Politici de sănătate

Revizuirea și adaptarea cadrului legal privind politicile de sănătate a reproducerii, cu implicarea activă a tinerilor în organizarea și implementarea activităților privind sănătatea reproducerii și sexualității care să nu necesite acordul de participare din partea părinților. Includerea în Strategia națională de sănătate 2021-2025 a problematicii sănătății reproducerii și a prevenirii sarcinii la adolescente, bazate pe valori sociale și etice, ca o direcție de sine stătătoare, având ca scop eliminarea inegalităților în asistența adolescentului. Elaborarea unui plan de măsuri adecvate

problematicii de vârstă în acest domeniu, realizate prin colaborarea și participarea școlilor, a liderilor locali, a autorităților locale și a liderilor comunitari. Introducerea în sistemul de evaluare a politicilor de sănătate din domeniul sănătății reproducerii în mod obligatoriu și a *indicatorilor care măsoară inegalitățile în asistența medicală și socială și în accesul la educație*.

Colaborarea interinstituțională

Este nevoie de o *abordare complexă multidimensională, în cadrul unor politici publice integrate care să vizeze educația sexuală, sensibilizarea comunității asupra nevoilor specifice în domeniu și asigurarea unor servicii adaptate profilului psihologic și emoțional al adolescentului*. Dezvoltarea unor *rețele interinstituționale de colaborare în vederea stabilirii unor măsuri transversale* pentru a facilita prevenirea sarcinilor la adolescente, cu participarea, printre alții, a Ministerului Sănătății, a Ministerului Educației, a Ministerului de Interne (a poliției), a universităților, a primăriilor, a ONG-urilor, a asociațiilor pentru protejarea comunităților române, cu definirea clară a rolurilor și a responsabilităților. Crearea unei *rețele de comunicare și colaborare în domeniu*, eliminarea inegalităților în domeniul asistenței adolescentului vizând sănătatea reproducerii, prin inițierea unor *proiecte sustenabile*. *Dezvoltarea de parteneriate între instituțiile guvernamentale și ONG-uri* pentru inițiative care să răspundă nevoilor tinerilor și adolescenților în domeniul sănătății reproducerii, în general, și al prevenirii sarcinii, în special.

Dezvoltarea de politici bazate pe dovezi științifice

Implementarea de *cercetări cantitative și calitative* privind comportamentul sexual al tinerelor fete și al băieților pentru a utiliza astfel de date în dezvoltarea și îmbunătățirea serviciilor adresate tinerilor în domeniul sănătății reproducerii și al prevenirii sarcinii la adolescent.

Organizarea *periodică a studiului sănătății reproducerii la adolescenți și tineri*, colectarea pe eșantioane reprezentative la nivelul țării, procesarea și analiza informațiilor privind sănătatea reproducerii și sexualității pentru a fi folosite în deciziile politice ulterioare.

Realizarea de *analize comparative și previziuni și elaborarea de strategii alternative pentru abordarea problematicii sănătății reproducerii și sexualității la tineri*.

Evaluarea *factorilor culturali și motivaționali care contribuie la apariția sarcinii la adolescente și la minorele sub 15 ani și dezvoltarea de intervenții specifice diverselor grupe de vârstă*.

Dezvoltarea unor *programe de educație* care să vizeze factorii culturali identificați și a unor intervenții specifice pe grupe culturale (romi, populație vulnerabilă din rural și urbanul sărac etc.), adresate atât tinerilor, cât și părinților, liderilor comunitari etc.

Furnizarea de servicii educaționale și de sănătate a reproducerii personalizate pentru adolescenți

Educația sexuală

Introducerea în programa școlară a *educației în domeniul sănătății reproducerii și sexualității* ca materie obligatorie, *realizarea unui conținut adaptat vârstei*, problematicii și modului de înțelegere al copilului care să fie predat încă din primele clase, precum și includerea *egalității și nediscriminării* în programele IEC implementate pentru adolescenți în domeniul sănătății reproducerii.

Realizarea unei strategii de comunicare și asigurarea unui mod transparent de desfășurare a educației sexuale în școli pentru toți factorii interesați: părinți, profesori, lideri comunitari.

Organizarea unor *programe de educație a adultului*, adresate părinților și profesorilor, pentru dobândirea unor abilități care să le permită să informeze și să ghideze adolescenții în dezvoltarea unui comportament sexual sigur și responsabil.

Servicii de planificare familială prietenoase

Reorganizarea serviciilor de planificare familială, cu *inițierea unor servicii prietenoase pentru adolescenți și tineri* și identificarea posibilităților de a reface rețeaua de cabinete de planificare familială/servicii de sănătate a reproducerii și sexualității, asigurând astfel și accesul grupurilor din mediul rural. Amplasarea acestor servicii acolo unde se întâlnesc grupuri mari de tineri (campusuri universitare).

Organizarea unor *centre de informare a tinerilor* în domeniul sănătății reproducerii și sexualității, cu o atmosferă prietenoasă, și/sau dezvoltarea de site-uri dedicate tinerilor pe tema sănătății reproducerii.

Elaborarea de *standarde pentru serviciile de planificare familială adresate adolescenților*, obiectivate prin dezvoltarea de *ghiduri clinice* cu un capitol dedicat adolescenților, în acord cu standardele internaționale și documentele OMS.

Asigurarea *furnizării de contraceptive gratuite adolescenților*, în general, și celor defavorizați, în special.

Formarea personalului pentru servicii de sănătate a reproducerii adresate adolescenților

Creșterea numărului profesioniștilor în domeniul sănătății reproducerii și sexualității la adolescenți și tineri, formarea personalului din sectorul medical, educație, sectorul social și alte domenii relevante pentru informarea și consilierea tinerilor și a adolescenților în domeniul sănătății reproducerii și sexualității; *elaborarea unui curriculum de formare și a unor materiale educaționale în concordanță cu standardele internaționale*.

Reconsiderarea rolului asistentelor și al moașelor, promovarea și includerea acestor profesioniști calificați și mai puțin costisitori în serviciile de educație pentru sănătate desfășurate în cadrul cabinetelor de planificare familială.

Sensibilizarea comunității

Dezvoltarea unei *strategii de advocacy pentru drepturile reproductive ale tinerilor* în vederea sensibilizării decidenților pentru a considera problematica sănătății reproducerii o prioritate națională.

Inițierea unor *programe de educație adresate părinților* pentru a ghida adolescenții în dezvoltarea unui comportament sexual sigur, colaborarea multidisciplinară și interinstituțională. Utilizarea creativă a mass-mediei și a rețelelor sociale pentru a oferi informații adecvate tinerilor.

Stimularea colaborării cu comunitatea, cu *implicarea liderilor comunitari*, a bisericii și a mass-mediei.

Utilizarea *mass-mediei și a rețelelor sociale* în politica de diseminare a informațiilor între actorii politici relevanți, instituțiile interesate și comunitate.

Elaborarea și distribuirea de materiale informative în domeniul sănătății reproducerii și sexualității adecvate pentru diferite categorii de vârstă și comunități, inclusiv cele dezavantajate social.

Politici sociale

Responsabilizarea intervenției factorilor cu atribuții în domeniu pentru identificarea și sancționarea abuzului sexual asupra minorilor, cu evaluarea periodică a activității de intervenție a factorilor responsabili.

Asigurarea *suportului psihologic* pentru minorii din familii dezorganizate, cu părinți plecați în străinătate și alte grupuri vulnerabile.

Implementarea extinsă a politicilor de prevenire a abandonului școlar, cu accent pe mediul rural și pe etnia romă.

Creșterea accesului la servicii de sănătate a reproducerii în cazul copiilor din centrele de plasament/familii adoptive.

Implementarea unor măsuri de sănătate a reproducerii la nivel comunitar, inclusiv acces la contracepție gratuită pentru adolescenții din medii vulnerabile.

Abrevieri

AMC – asistent medical comunitar

DSP – Direcția de Sănătate Publică

DGASPC – Direcția Generală de Asistență Socială și Protecția Copilului

IOMC – Institutul pentru Ocrotirea Mamei și Copilului „Alessandrescu-Rusescu”

MF – medic de familie

MS – medic specialist în medicină școlară

OG – obstetrică-ginecologie

OMS – Organizația Mondială a Sănătății

PF – planificare familială

Cuprins

CAPITOLUL 1 DESCRIEREA PROBLEMEI	13
CAPITOLUL 2_OBIECTIVE	19
CAPITOLUL 3_MATERIAL ȘI METODĂ	19
CAPITOLUL 4_REZULTATE	20
4.1. Obiectivul 1 – Analiza legislației existente privind prevenirea sarcinilor și a nașterilor în rândul adolescenților.....	20
4.2. Obiectivul 2 – Identificarea unor caracteristici sociodemografice și culturale și a asocierii acestora cu comportamente de risc în sănătatea reproducerii și apariția unei sarcini în adolescență.....	26
4.2.1. Sarcina în adolescență	27
4.2.2. Factori de risc ai sarcinii în adolescență.....	32
a) Experiența sexuală.....	32
b) Starea civilă.....	38
c) Aspecte educaționale	41
d) Factori culturali în comunitatea romă.....	44
e) Factori socioeconomi ci	45
f) Orientarea religioasă	46
4.2.3. Prevenirea sarcinii.....	46
4.2.4. Asistența gravidei minore.....	54
4.3. Obiectivul 3 – Identificarea opiniilor, atitudinilor și propunerilor profesioniștilor	55
a) Politica de educație sexuală.....	56
b) Politica privind furnizarea de servicii de sănătate a reproducerii și sexualității pentru adolescent	58
c) Politica de formare a personalului medical și a altor furnizori de sănătate.....	61
d) Politica de finanțare a serviciilor de sănătate a reproducerii și a achiziției de contraceptive....	61
e) Politica de sensibilizare a comunității cu privire la drepturile adolescenților în materie de sănătate a reproducerii și sexualității și opțiunile de contracepție modernă.....	63
f) Politica de colaborare interinstituțională în domeniul sănătății reproducerii privitoare la adolescenți.....	64

g) Politica de prevenire a discriminării și egalitatea de gen	64
CAPITOLUL 5 DISCUȚII	65
CAPITOLUL 6 CONCLUZII	70
CAPITOLUL 7 RECOMANDĂRI	74
7.1. Politici de sănătate	74
7.2. Colaborarea interinstituțională	75
7.3. Dezvoltarea de politici bazate pe dovezi științifice	75
7.4. Furnizarea de servicii educaționale și de sănătate a reproducerii personalizate pentru adolescenți	76
a. Educația sexuală	76
b. Servicii de planificare familială prietenoase	77
7.5. Formarea personalului pentru servicii de sănătate a reproducerii adresate adolescenților	78
7.6. Sensibilizarea comunității	78
7.7. Politici sociale	79
ANEXE	81
Lista figurilor	81
Lista tabelor	81
BIBLIOGRAFIE SELECTIVĂ	83

CAPITOLUL 1.

DESCRIEREA PROBLEMEI

Sarcina, dar mai cu seamă parentalitatea în perioada adolescenței a intrat în atenția guvernelor din diferite țări, din cauza costurilor sociale și economice ridicate provocate de acest fenomen. Se au în vedere costuri ridicate legate de sănătate, alocații sociale sau chiar infracționalitate. Părăsirea timpurie a școlii, datorată sarcinii și nașterii copilului, împiedică finalizarea unor cicluri de învățământ pentru dobândirea unei profesii. Aceasta face mai dificilă, ulterior, găsirea unui loc de muncă. Șomajul și, implicit, sărăcia vor afecta, în consecință, această categorie de persoane. Cercetările au evidențiat faptul îngrijorător că fenomenul este ciclic, acesta reproducându-se în cadrul aceleiași familii, de la o generație la alta, cu tot cortegiul de precaritate economică, socială și în materie de sănătate ce-l însoțește.

Sarcina la adolescente este tratată în literatură mai degrabă ca o problemă de sănătate publică, dar există puține dovezi că maternitatea în sine la această vârstă ar constitui un risc pentru sănătatea mamei și copilului (Lawlor & Shaw, 2002), în special dacă ea se produce în perioada 15-19 ani și nu mai devreme de această vârstă.

Cu toate acestea, numeroase studii aduc dovezi din care reiese faptul că nașterile premature, precum și handicapurile asociate acestora, sunt mai frecvente la copiii născuți de mame adolescente decât în cazul celor născuți de mame adulte (Iorga și alții, 2016). În plus, se arată că multe mame adolescente întâmpină probleme în perioada sarcinii, exprimate prin anemie, hipertensiune indusă de sarcină și retard de creștere intrauterină, mult mai frecvent decât mamele adulte. Mai mult decât atât, nou-născuții mamelor adolescente au un risc mai mare de deces. Alte consecințe negative sunt prognosticurile nefavorabile privind o sarcină viitoare (Markovitz, Cook, Flick și Leet, 2005) și o dezvoltare cognitivă întârziată pentru mamă și copil (Hobcraft și Kiernan, 2001; Organizația Mondială a Sănătății, 2011). Cel puțin în parte, aceste efecte negative ar putea fi explicate și prin faptul că mamele adolescente se confruntă cu sărăcie și lipsuri de tot felul și adoptă diverse comportamente de risc, cum ar fi fumatul sau consumul de substanțe interzise (Imamura și alții, 2007).

Alte studii au demonstrat că vârsta cronologică în sine este un bun predictor al rezultatelor sarcinii, iar mamele adolescente rămân un grup cu risc ridicat din cauza caracteristicilor demografice și a dezavantajului social întâlnit în cazul lor (Penman-Aquilar și alții, 2013).

În România, procentul mamelor adolescente (mamele care au născut copii înainte de vârsta de 20 de ani) a înregistrat în ultimii ani o fluctuație de aproximativ 10% (Institutul Național de Statistică, 2017). În 2018, 18.631 de adolescente au devenit mame. Dintre ele, 705 aveau sub 15 ani.

În 2019, numărul total de sarcini la adolescente este în scădere, ajungând la 16.639 (cu 9% mai mic față de anul 2018), scădere care se realizează însă în special prin reducerea numărului de sarcini la vârsta de 15-19 ani (o reducere de 9,3% față de reducerea de doar 3,9% pentru vârsta mai mică de 15 ani).

Distribuția regională a numărului de sarcini la adolescente, în 2018 și 2019, este redată în Fig. 1 și în Fig. 2.

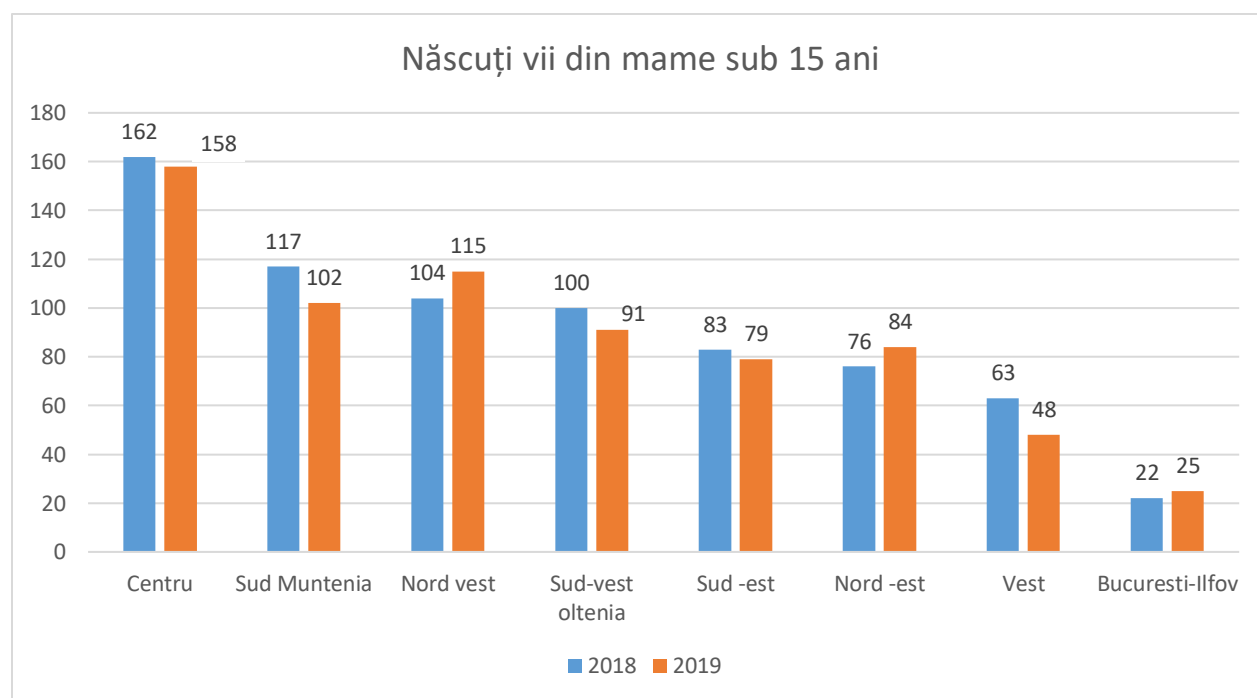


Figura 1 – Numărul de născuți vii ale căror mame au avut vârsta < 15 ani

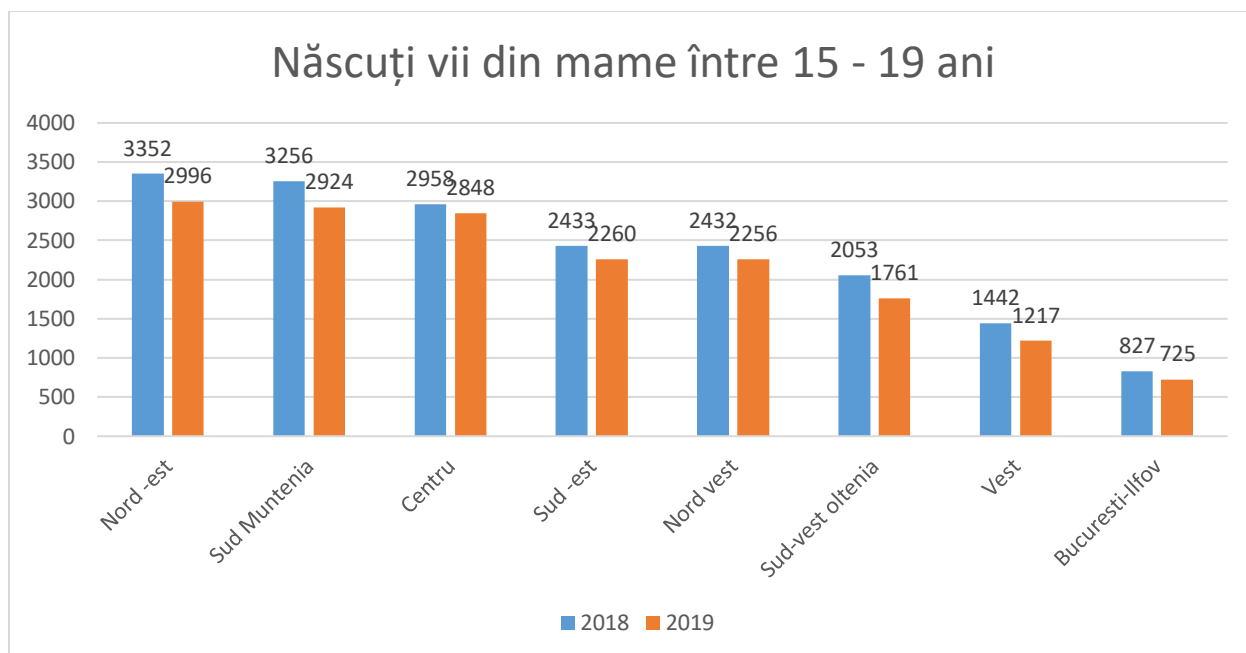


Figura 2 – Numărul de născuți vii ale căror mame au avut vârsta între 15 și 19 ani

Remarcăm o creștere cu 11% a numărului de sarcini la vârste sub 15 ani în regiunea Nord-Vest și regiunea Nord-Est. În toate celelalte regiuni, numărul de sarcini atât la vârsta de sub 15 ani, cât și în cazul adolescențelor cu vârsta între 15-19 ani este în scădere (între -2% și -24% în 2019 față de 2018).

În ceea ce privește repartitia pe județe, în 2018, cele mai mari cifre privind natalitatea la adolescentele sub 15 ani (județe cu valori ale numărului de nașteri peste percentila 75, respectiv peste 23 de nașteri/an) au fost înregistrate, în ordine descrescătoare, în următoarele județe: Mureș, Brașov, Dolj, Argeș, Timiș, Bihor, Bacău, Olt, Constanța, Galați și Sibiu. În 2019, numărul cel mai mare de cazuri rămâne în județul Mureș (69 de sarcini), urmat de Dolj (47 de sarcini), Brașov (40 de sarcini), Bihor (38 de sarcini), Bacău (31 de sarcini), Constanța (26 de sarcini), Dâmbovița (23 de sarcini) și Satu Mare (23 de sarcini). Pentru această categorie de vârstă, se înregistrează o creștere cu peste 40% în 2019 față de 2018 în județele Tulcea, Hunedoara, Dâmbovița, Botoșani, Neamț, Suceava și Maramureș.

În ceea ce privește sarcina la adolescentele cu vârste între 15-19 ani, potrivit situației din 2018, cifrele cele mai mari sunt în județele Mureș (883 de sarcini), Dolj (833 de sarcini), Iași (818 sarcini), Brașov (761 de sarcini), Bacău (676 de sarcini), Bihor (673 de sarcini), Constanța (664 de sarcini), Suceava (575 de sarcini), Prahova (532 de sarcini) și Municipiul București (525 de sarcini).

sarcini). În 2019, deși se constată o scădere între -3% și -24%, cifre peste percentila 75 se mențin în județele Mureș (827 de sarcini), Brașov (761 de sarcini), Dolj (700 de sarcini), Iași (691 de sarcini), Bacău (654 de sarcini), Constanța (616 sarcini), Bihor (593 de sarcini), Suceava (512 sarcini), Dâmbovița (503 sarcini) și Prahova (483 de sarcini).

În ceea ce privește vârsta tatălui copilului născut de o mamă adolescentă, se constată un număr relativ ridicat de tați cu vârste între 15-19 ani.

În ceea ce privește rangul copilului, se constată un platou al incidenței repetării sarcinii, procentele fiind aproape identice în 2018 și în 2019. Astfel, remarcăm la mamele cu vârsta < 15 ani că cele mai multe sunt la prima naștere (97,25% în 2018 și 96,58% în 2019). Există însă, în mod surprinzător, și mame care sunt la a doua naștere, procentul lor din totalul mamelor cu vârsta sub 15 ani fiind ceva mai mare în 2019 (3,42% față de 2,61% în 2018). Nu există mame la a treia naștere decât în 2018 (o mamă sub 15 ani).

În grupul mamelor care au între 15 și 19 ani, se înregistrează o proporție relativ stabilă a numărului de sarcini anterioare. Astfel, 74,72% în 2018 și 74,06% în 2019 sunt mame care sunt la primul copil născut; 20,95% în 2018 și 21,62% în 2019 sunt la al doilea; 3,9% și, respectiv, 3,88%, la al treilea; 0,04% și, respectiv, 0,06%, la al cincilea. În 2018, se înregistrează și un al șaselea copil în cazul unei mame cu vârsta între 15-19 ani. Această stabilitate este cu atât mai îngrijorătoare cu cât se poate constitui pe o tendință de durată, reflectând faptul că un sfert dintre mamele adolescente au mai mult de un copil înainte de a ajunge la maturitate.

În contextul țărilor Uniunii Europene, România este clasată printre primele două țări cu cele mai mari rate ale nașterilor în rândul adolescentelor (numărul nașterilor la 1.000 de femei cu vârste cuprinse între 15-19 ani și 15-17 ani). Concret, în 2016, România și Bulgaria, au avut o rată a natalității de 34 și, respectiv, 36,8 la 1.000 de femei cu vârsta cuprinsă între 15-19 ani, de trei ori mai mare decât media țărilor Uniunii Europene. Cele mai mici rate ale natalității la femeile cu vârste cuprinse între 15 și 19 ani au fost în Danemarca (1,5), Slovenia (1,6) și Olanda (1,7). În statisticile europene recente, nu sunt menționate nașterile înregistrate în rândul fetelor sub 15 ani, probabil pentru că astfel de evenimente sunt rare, dar în România prevalența lor este în jur de 4% din numărul total.

Numărul de avorturi în rândul adolescentelor este de asemenea ridicat. În 2017, s-au înregistrat 412 avorturi în cazul fetelor sub 15 ani și 5.955 la cele de 15-19 ani. În anii următori, se remarcă

o tendința de scădere, deși numărul lor este în continuare foarte mare. Astfel, în 2018, numărul a fost de 4.883, iar în 2019, de 4.290. În 2018 și 2019, în categoria de vârstă < 15 ani, nu s-a înregistrat nicio întrerupere de sarcină.

Țările europene care s-au confruntat în trecut cu rate mari ale nașterilor în rândul adolescentelor, cum este Marea Britanie, au reușit să diminueze fenomenul prin politici intersectoriale adecvate care ajung la grupurile de risc. Este interesant că, la nivelul Uniunii Europene, natalitatea mai mare în rândul fetelor adolescente nu caracterizează neapărat țările în curs de dezvoltare. De exemplu, până la aderarea României și Bulgariei la UE, Regatul Unit (Marea Britanie) a ocupat primul loc în UE în ceea ce privește rata natalității vii în rândul adolescenților cu vârste între 15-19 ani, având în 2006 o rată de 26,5 nașteri la 1.000 de adolescente, comparativ cu media europeană de 15 nașteri la 1.000 de adolescente (Office for National Statistics, 2014; Lawlor & Shaw, 2004). Se observă că, până în 2012, rata Regatului Unit a scăzut, ajungând la 14 nașcuți vii la 1.000 de adolescente cu vârste cuprinse între 15-19 ani (Office for National Statistics, 2014; Robson și Berthoud, 2003).

Există cel puțin trei sectoare de activitate care ar trebui să elaboreze strategii și politici pentru prevenirea sarcinilor și a nașterilor la adolescență: educația, sănătatea și protecția copilului.

Ținând cont de faptul că *„nașterile mamelor minore au implicații medicale, sociale, culturale, economice, demografice”*, implementarea unor măsuri de combatere a sarcinii la vârste tinere va avea, în consecință, ca efect *„reducerea mortalității infantile”* (mediator sanitar) și *”a deceselor materne”* (inspector DSP), *„reducerea riscului transmiterii bolilor sexuale, a nașterilor premature”* (DGASPC), *„evitarea avorturilor”* (medic PF), *„ocrotirea sănătății minorilor”* (medic școlar), *„prevenirea sarcinilor nedorite și a abandonului copilului, asigurarea sănătății fizice și psihice a viitorilor adulți, dezvoltarea normală a tinerilor, dar și a viitorilor lor copii”* (MF) și *„pregătirea acestora să devină părinți atunci când sunt capabili să aibă grijă de ei și de copiii lor”* (medic școlar).

Efecte ale măsurilor de combatere a sarcinii la vârste tinere în opinia diferitelor categorii de profesioniști

Opinie privind efectul măsurilor de combatere a sarcinii la minore	Profesionist
Implementarea unor măsuri de combatere a sarcinii la vârste tinere va avea, în consecință, ca efect:	
<i>reducerea mortalității infantile</i>	mediator sanitar
<i>reducerea deceselor materne</i>	inspector DSP
<i>reducerea riscului transmiterii bolilor sexuale, a nașterilor premature</i>	DGASPC
<i>evitarea avorturilor</i>	medic PF
<i>ocrotirea sănătății minorilor</i>	medic școlar
<i>prevenirea sarcinilor nedorite și a abandonului copilului, asigurarea sănătății fizice și psihice a viitorilor adulți, dezvoltarea normală a tinerilor, dar și a viitorilor lor copii</i>	MF
<i>pregătirea minorilor să devină părinți atunci când sunt capabili să aibă grijă de ei și de copiii lor</i>	medic școlar

Sectorul în care sarcina și nașterea la adolescente este cel mai vizibil este cel sanitar, cu toate că acesta are responsabilități limitate în prevenirea sarcinilor în rândul adolescentelor.

Țările care au implementat programe de prevenire s-au bazat pe educația formală desfășurată în școli. În literatură, sunt menționate și programe care se adresează părinților copiilor adolescenți și vizează comunicarea mai bună între aceștia. În experiența altor țări care au avut rezultate remarcabile, educația oferită prin intermediul școlilor a fost apreciată ca fiind una eficientă, deoarece se adresează întregii populații vizate.

În România, de cel puțin 20 de ani au fost create o serie de instituții noi la nivelul comunităților locale, care ar putea fi implicate mult mai direct în prevenirea sarcinilor și nașterilor la adolescente. Ne referim la asistenții medicali și sociali comunitari, la mediatori sanitari și școlari. Chiar dacă activitatea lor a contribuit indiscutabil la îmbunătățirea situației generale a copiilor, prevenirea sarcinilor în rândul adolescentelor a rămas una dintre problemele încă nerezolvate.

Colaborarea interinstituțională atât la nivel central, cât și la cel local este necesară pentru elaborarea strategiilor, a politicilor și a programelor de intervenție.

Deși cadrul administrativ și legislativ din România este favorabil furnizării eficiente de informații și servicii de sănătate a reproducerii și sexualității, în ultimii ani se înregistrează un regres în accesul populației la aceste servicii, fapt obiectivat deja în evoluția defavorabilă a unor indicatori specifici din cadrul Studiului Sănătății Reprodusei 2016 (Suciu și alții, 2016), precum și dintr-o serie de studii și rapoarte ale experților organizațiilor active în domeniu.

Pentru o cunoaștere mai aprofundată a fenomenului sarcinii, nașterii și parentalității la adolescență, ne-am propus să efectuăm o analiză a factorilor de risc ai acestui fenomen și a măsurii în care politicile de sănătate răspund nevoilor identificate.

CAPITOLUL 2.

OBIECTIVE

Prezentul studiu își propune realizarea următoarelor obiective:

1. **Analiza legislației existente** privind prevenirea sarcinilor și a nașterilor în rândul adolescentelor
2. **Identificarea profilului sociodemografic, educațional și cultural al tinerelor** expuse riscului de a deveni mame înainte de 18 ani, precum și a **opiniilor și atitudinile lor față de sănătatea reproducerii**
3. **Identificarea opiniilor, atitudinilor și propunerilor unor profesioniști și decidenți** de la nivel central și local în privința măsurilor care ar putea fi cele mai adecvate pentru diminuarea în timp a fenomenului.
4. **Formularea unor recomandări de îmbunătățire a situației actuale**

CAPITOLUL 3.

MATERIAL ȘI METODĂ

Pentru realizarea obiectivului 1, vor fi analizate strategiile și politicile din domeniul sănătății, educației și protecției copilului în vederea cunoașterii situației actuale pe plan legislativ.

Pentru realizarea obiectivelor 2 și 3, datele provin din Studiul Sănătății Reprodusei din România, iar informațiile au fost culese prin intermediul discuțiilor de grup în cazul profesioniștilor și al celor individuale în cazul decidenților de politici publice în domeniul sănătății adolescentului.

Instrumentele de culegere a datelor

Analiza secundară a datelor din studiile de cercetare au urmărit itemii care se referă la distribuția pe medii, vârstă, educație, număr de sarcini, cunoștințe despre contraceptive, utilizarea unor metode contraceptive, atitudini față de sănătatea reprodusei și violența domestică.

Pentru culegerea datelor au fost utilizate următoarele instrumente:

- Pentru profesioniști, a fost utilizat ghidul de focus grup prezentat în Anexa 1.
- Pentru decidenți, a fost utilizat ghidul de interviu semistructurat prezentat în Anexa 2.

CAPITOLUL 4. REZULTATE

4.1. Obiectivul 1 – Analiza legislației existente privind prevenirea sarcinilor și a nașterilor în rândul adolescentelor

Contextul internațional

Sarcina în adolescență este analizată în contextul strategiilor și legislației în vigoare privind sănătatea reprodusei din România, coroborate cu strategiile și legislația referitoare la sănătatea reprodusei și a sexualității pe plan internațional.

Definită de Organizația Mondială a Sănătății (OMS) ca o bunăstare fizică și psihică, sănătatea reprodusei și a sexualității a câștigat dimensiuni noi și devine, pentru OMS, un domeniu prioritar de acțiune, documentat prin elaborarea „*Strategiei regionale a OMS privind sănătatea reprodusei și sexualității 2001*” și a „*Strategiei globale a OMS privind sănătatea reprodusei 2004*”, materiale care au stat la baza formulării de politici și strategii naționale, adaptate nevoilor locale.

Prin cadrul de politici privind sănătatea și bunăstarea elaborat în 2012 sub denumirea „Health 2020”, Organizația Mondială a Sănătății a asigurat sprijin guvernelor și societății civile pentru „a dezvolta sisteme de sănătate care să asigure servicii universale, echitabile, sustenabile și de calitate, inclusiv în domeniul sănătății reprodusei și sexualității”. La rândul său, Planul de acțiune

al OMS Europa pentru sănătatea reproducerii și sexualității, adoptat în 2016, a formulat obiective și direcții de politici publice, având la bază strategia „Health 2020”, cu recomandarea ca acest plan să fie adaptat la nivel național, în concordanță cu acordurile internaționale semnate de fiecare stat în parte.

Planul regional european de acțiune al OMS include ca domeniu prioritar sănătatea reproducerii și sexualității adolescenților, cu următoarele ținte:

- realizarea unui cadru legislativ adecvat pentru exercitarea liberă a drepturilor din domeniul reproducerii;
- optimizarea educației sexuale în școală, cu includerea în programa școlară a conceptului referitor la dreptul de a alege în domeniul sexualității;
- promovarea protecției duble (împotriva sarcinii nedorite și a infecțiilor cu transmitere sexuală);
- distribuția de produse contraceptive gratuite sau accesibile ca preț pentru grupurile defavorizate, inclusiv adolescente;
- asigurarea unor servicii de planificare familială de calitate, consiliere adecvată și confidențialitate;
- asigurarea de servicii și informații adecvate pentru adolescenți, tineri și grupuri de populație dezavantajate sau minoritare, cu respectarea valorilor și a specificului cultural;
- organizarea unor servicii specifice pentru sănătatea reproducerii adresate bărbaților;
- pregătirea adecvată a personalului medical și pregătire și sprijin pentru factorii de influență (părinți, educatori, farmaciști, lideri comunitari etc.), astfel încât să poată fi parteneri de dialog pentru adolescent;
- educație și informare privind egalitatea de gen și prevenirea și combaterea violenței domestice și a violenței de gen.

Contextul național

În România, preocuparea pentru sănătatea reproducerii a devenit o prioritate imediat după evenimentele din 1989, una dintre primele legi introduse fiind cea de liberalizare a avortului, însoțită de inițierea politicii de planificare familială, cu organizarea rețelei de contracepție, instruirea personalului în domeniu, furnizarea gratuită de contraceptive și sensibilizarea comunităților cu privire la contracepția pentru prevenirea sarcinii nedorite.

În anul 2002, a fost elaborată și adoptată „*Strategia privind sexualitatea și sănătatea reproducerii 2002-2006*”, un document programatic bazat pe strategia regională a OMS și pe alte documente strategice elaborate în domeniu, care a formulat obiective, responsabilități, resurse, activități de monitorizare în domeniu, cu referire, printre altele, și la sănătatea reproducerii și sexualității la tineri.

Strategia enunță *principiile de bază în domeniul sănătății reproducerii*:

1. accesul universal la servicii de sănătate a reproducerii, sănătate sexuală și planificare familială;
2. alinierea la standardele și recomandările internaționale, asigurarea calității serviciilor de sănătate a reproducerii, bazate pe fundamente științifice;
3. respectarea drepturilor universale ale omului la cultură, religie, valori etice;
4. promovarea sănătății și orientarea, în principal, către asistența preventivă;
5. integrarea serviciilor de sănătate a reproducerii în serviciile medicale de bază, în special în asistența medicală primară, pentru a le face mai accesibile populației;
6. participarea activă a indivizilor, a grupurilor, a comunităților și a instituțiilor la dezvoltarea serviciilor de sănătate.

Bazat pe standardele OMS, în anul 2002, a fost elaborat și adoptat prin Ordin al Ministerului Sănătății „Programul național de sănătate a femeii și copilului”, cu *subprogramul de planificare familială*, care făcea referire la formarea de personal pentru furnizarea de servicii în domeniu, asigurarea accesului la contraceptive gratuite, mai ales în cazul populației defavorizate, conștientizarea populației cu privire la planificarea familială și serviciile aferente sănătății reproducerii.

În același an, a fost inițiat de către Institutul pentru Ocrotirea Mamei și Copilului „Alfred Rusescu” (IOMC), în cadrul „Programului național pentru sănătatea mamei, copilului și familiei (PN3)” al Ministerului Sănătății, *Programul național de asistență comunitară*, care a devenit ulterior un program independent menit să asigure accesul populației marginalizate, în special a populației sărace și neasigurate din mediul rural, la serviciile de sănătate de bază, inclusiv la cele de sănătate a reproducerii, și promovarea metodelor de planificare familială. Prin mediatorul sanitar, se înlesnește comunicarea dintre comunitățile de romi și cadrele medicale, contribuind astfel la creșterea eficacității intervențiilor de sănătate în sistemul cultural tradițional al comunității de romi (Ordinul MS 619/2002).

Pentru a permite o articulare fermă a politicilor de sănătate în contextul european, conform direcțiilor strategice formulate în „Strategia Sănătate 2020” („Health 2020”) a Organizației Mondiale a Sănătății Regiunea Europa, în anul 2014, a fost adoptată prin HG nr. 1028 „Strategia națională de sănătate 2014-2020 – Sănătate pentru prosperitate”, document care include și tema sănătății reproducerii în aria strategică 1 și 3 din cadrul „Sănătății femeii și copilului”, domeniu de abordare prioritar.

Planificarea familială, reducerea numărului de sarcini nedorite, a incidenței avortului la cerere și a ratei mortalității materne prin avort sunt menționate în obiectivul specific 2 din aria strategică 1. În aria strategică de intervenție 3, sunt incluse măsuri transversale care asigură colaborarea interinstituțională în domeniul sănătății reproducerii.

Măsurile propuse în document cu privire la planificarea familială sunt:

1. Creșterea capacității de planificare a programului, de previzionare a necesarului și de monitorizare a distribuției de produse contraceptive gratuite;
2. Asigurarea accesului persoanelor eligibile la produse contraceptive distribuite gratuit, la parametri adecvați (achiziție centralizată, continuitatea procurării și distribuției, diversitatea gamei de metode contraceptive disponibile de care depinde optimizarea eficacității intervenției);
3. Creșterea acoperirii teritoriale cu furnizori de servicii integrate de planificare familială/sănătatea reproducerii prin formarea personalului din medicina primară în planificare familială, prioritar în zonele cu populație/grupuri defavorizate (rural, urban sărac, tineri/adolescenți prin furnizori de servicii pregătiți să ofere servicii adaptate vârstei etc.);

4. Dezvoltarea activității cabinetelor/centrelor de planificare familială prin acordarea de noi competențe și servicii în domeniul sănătății reproducerii;
5. Creșterea gradului de conștientizare și informare a populației cu privire la opțiunile reproductive – inclusiv prin soluții TIC moderne – și țintirea persoanelor/grupurilor vulnerabile cu risc crescut de sarcini nedorite și nevoi neacoperite prin serviciile medicale de primă linie.

Deși „Strategia națională de sănătate 2014-2020” este focalizată asupra sănătății și stării de nutriție a mamei și copilului, incluzând „Programul național de sănătate a femeii și copilului” cu componentele sale, experții OMS, în cadrul unui document relevant privind situația actuală din România în domeniul sănătății reproducerii (raportul din 2019 al misiunii Departamentului de Sănătate a Reproducerii din cadrul Biroului Regional OMS pentru Europa – „Assessment of sexual, reproductive, maternal, newborn, child and adolescent health in the context of universal health coverage in Romania”) consideră că România nu are, în realitate, o strategie pentru sănătatea reproducerii și sexualității. De asemenea, aceștia consideră că este dificil de estimat dacă, în această perioadă, conceptul larg de sănătate a reproducerii și sexualității reprezintă o prioritate pentru Guvern.

Răspunzând cerințelor „Strategiei naționale de sănătate 2014-2020”, Ministerul Sănătății propune aplicarea măsurilor din strategie referitoare la planificarea familială prin elaborarea și adoptarea prin ordin de ministru, în decursul anilor, a subprogramului „Prevenirea sarcinilor nedorite prin creșterea accesului la servicii de planificare familială” în cadrul Programului de sănătate a mamei și copilului. Prin acest program, se urmărește achiziția și distribuția gratuită de contraceptive prin cabinetele de planificare familială și cabinetele medicilor de familie incluse în program, prin cabinetele de obstetrică-ginecologie din ambulatoriul de specialitate și spital, precum și prin secțiile de ginecologie, în special pentru persoanele defavorizate, incluzând și adolescentele.

Documentele menționate anterior (fie că este vorba de strategie, fie de programul național) se referă la populație în general și, chiar dacă este menționată, populația de adolescenți nu constituie o prioritate la nivelul abordării și nu sunt menționate aspecte specifice acestei vârste sau proprii acestui grup țintă.

De asemenea, deși la nivel internațional este luată în discuție asocierea sănătății reproducerii cu drepturile, libertățile și egalitatea de gen, subiect inițiat în anul 1994 prin Programul de acțiune al Conferinței internaționale privind dezvoltarea și populația, desfășurate la Cairo în 1994, în

România, „Strategia națională privind egalitatea de gen 2018-2021” nu acordă importanță acestui aspect și nu face referire la serviciile de planificare familială și accesul la contraceptive.

Cu toate acestea, numeroase studii și rapoarte privind serviciile de sănătate a reproducerii semnalează că există cazuri de discriminare și prejudecăți culturale influențate de starea de abandon școlar, șomaj, clasa socială, apartenența etnică, locul de reședință. Femeile sunt, în principal, beneficiarii serviciilor de sănătate a reproducerii, iar nevoile specifice bărbaților nu sunt luate în considerare decât ca susținători pentru aceste servicii în calitate de parteneri. Nu există informații privind răspunsul sistemului la nevoile de servicii de sănătate a reproducerii ale persoanelor cu orientare sexuală diferită.

Un document strategic național relevant pentru îmbunătățirea accesului la informații și servicii de sănătate a reproducerii și sexualității/planificare familială este „Planul multianual integrat de promovare a sănătății și educație pentru sănătate”, care a fost elaborat de Administrația Prezidențială și Ministerul Sănătății cu scopul de a răspunde unor probleme de sănătate ale populației, obiectivate prin datele colectate în unitățile sanitare publice și informațiile furnizate de o serie de studii naționale și în cadrul unor colaborări internaționale.

Măsurile propuse sunt justificate de evoluția defavorabilă a unor indicatori de sănătate în context european, precum numărul de sarcini la adolescente sau fenomenul mamelor minore.

Planul prezintă obiective detaliate ce vizează pregătirea personalului din sistemul sanitar și sistemul de educație în vederea creșterii capacității de a derula activități de promovare a sănătății, precum și activități și parteneriate strategice de educație pentru sănătate și de promovare a sănătății, inclusiv pe probleme de sănătate a reproducerii și sexualității.

Asigurarea serviciilor de sănătate a reproducerii este stipulată în:

- Legea sănătății nr. 95/2006 din 14 aprilie 2006,
- Contractul-cadru de furnizare a serviciilor de sănătate,
- Normele tehnice de realizare a programelor curative,
- Ordinul directorului Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 358/2014 și
- Legea drepturilor pacienților (Legea 46/2003).

Legea 45/2020 privind educația sanitară

În anul 2020, s-a făcut un pas hotărâtor în educația sexuală prin adoptarea și promulgarea unei legi care prevede obligativitatea organizării în unitățile școlare, cel puțin o dată pe semestru, a unor programe de educație pentru viață și pentru sănătate, inclusiv de educație sexuală.

Astfel, actul normativ modifică Legea 272/2004 privind protecția și promovarea drepturilor copilului, în sensul stabilirii în sarcina autorităților administrației publice locale, precum și a oricărei instituții publice sau private cu atribuții în domeniul educației a obligativității de a derula în unitățile școlare programe de educație pentru viață și pentru sănătate în vederea prevenirii contractării bolilor cu transmitere sexuală și a gravidității minorelor.

După numai câteva săptămâni de la promulgare, această legislație a fost modificată printr-un amendament la actuala Lege 45/2020, care înlocuiește termenul de educație sexuală cu educație sanitară, revenindu-se la formula anterioară.

În aceste condiții, se pune problema dacă un adolescent de 16-18 ani mai are nevoie de acordul părinților pentru a participa la lecții de educație sexuală, din moment ce nu e nevoie de acest acord pentru obținerea de contraceptive la nivelul cabinetului de planificare familială.

4.2. Obiectivul 2 – Identificarea unor caracteristici sociodemografice și culturale și a asocierii acestora cu comportamente de risc în sănătatea reproducerii și apariția unei sarcini în adolescență

Pentru realizarea acestui obiectiv, s-a efectuat analiza secundară a datelor provenite din studiile de sănătate a reproducerii (2016), asociate cu rezultatele altor studii. S-a evaluat gradul de informare asupra diferitelor aspecte legate de sănătatea reproducerii (precum planificarea familială, utilizarea serviciilor specializate, factorii de risc etc.), atitudini și comportamente ale adolescentelor legate de sexualitate, identificarea disfuncționalităților reale sau de percepție în ceea ce privește pregătirea tinerilor pentru viața sexuală. Cele 517 persoane cu vârste între 15 și 18 ani, cuprinse în eșantionul analizei secundare, reprezintă o zecime din eșantionul total al cercetării, care, chiar dacă nu prezintă criteriile de reprezentativitate ale selecției, menține importante caracteristici ale diversității situațiilor la nivel național, inclusiv ale distribuției teritoriale pe medii și regiuni de dezvoltare.

4.2.1. Sarcina în adolescență

Sarcina în adolescență este un fenomen social în România. Conform datelor Institutului Național de Statistică, în anul 2018, în România au devenit mame **727 de adolescente sub 15 ani și 18.753 între 15-19 ani**. Dintre mamele adolescente sub 15 ani, **19 sunt la a doua naștere** și una la a treia, iar dintre adolescentele cu vârstă între 15-19 ani, **3.929 sunt la a doua naștere**, 731 la a treia, 72 la a patra, 8 la a cincea și 1 la a șasea.

Îngrijorător este faptul că prevalența mamelor sub 15 ani este în creștere.

Studiul Sănătății Reprodusei 2016 relevă faptul că, din totalul eșantionului de adolescente (517 adolescente), 186 sunt active sexual, ceea ce reprezintă o proporție de 35,97%. Dintre acestea, 6,4% (33 de adolescente) sunt mame care au născut 1-2 copii, iar 8,5% (44 de adolescente) erau gravide în momentul studiului (Tabelul 1).

Mediul de proveniență își pune amprenta asupra riscului de a deveni mame în perioada adolescenței, procentul adolescentelor minore din mediul rural care au născut sau sunt gravide este aproape dublu față de cel din mediul urban, tendință observată până la 16 ani, ponderea inversându-se după această vârstă și devenind mai mare în mediul urban (Tabelul 1).

Tabelul 1. Numărul de copii născuți de mame adolescente

		Rural	Urban	Total	Rural	Urban	Total
1	Niciunul	209	275	484	91,7%	95,2%	93,6%
2	1 copil	16	10	26	7,0%	3,5%	5,0%
3	2 copii	3	4	7	1,3%	1,4%	1,4%
	TOTAL	228	289	517	100,0%	100,0%	100,0%
	Gravidă la momentul evaluării	25	19	44	11,0%	6,6%	8,5%

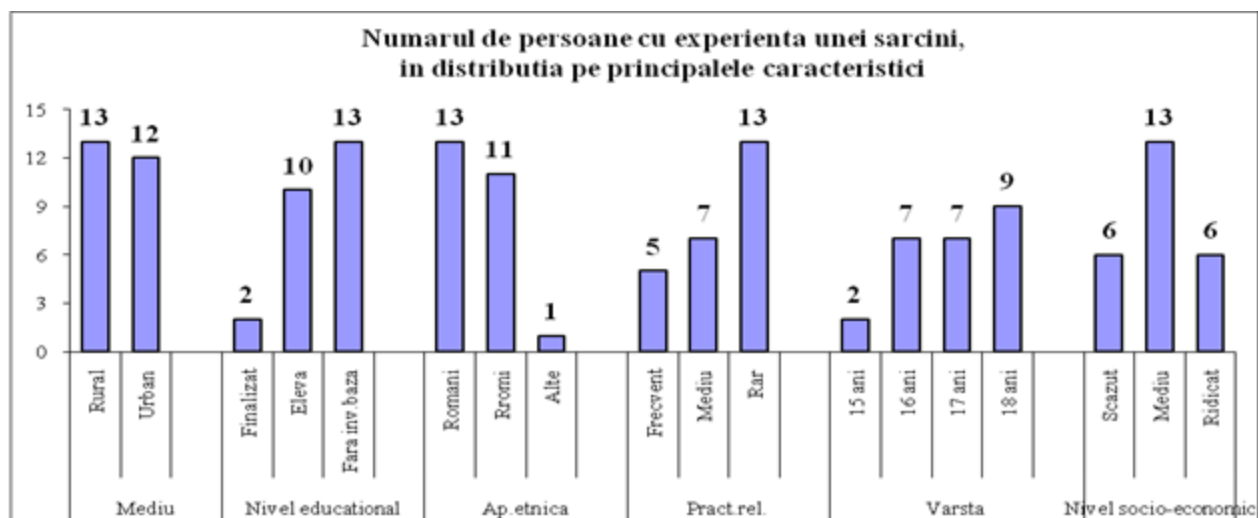


Figura 3 – Principalele caracteristici legate de mediul de proveniență al minorelor care au născut

Așa cum se observă din Figura 3, cele mai multe mame minore au un nivel educațional scăzut, au rămas însărcinate, deși practică relația rar, au un nivel socioeconomic mediu și provin atât din rândul românilor, cât și al romilor în procent ridicat.

Tabelul 2. Distribuții procentuale ale răspunsurilor exprimate

	Prima experiență sexuală	Prima experiență de cuplu	Prima sarcină	Prima naștere
sub 15 ani	22,5%	28,0%	25,6%	11,8%
15 ani	21,3%	26,0%	32,6%	29,4%
16 ani	24,4%	18,0%	20,9%	26,5%
17 ani	23,8%	18,0%	16,3%	29,4%
18 ani	8,1%	10,0%	4,7%	2,9%
	100,0% 50	100,0% 43	100,0% 43	100,0% 34
Vârsta minimă	9 ani	13 ani	13 ani	14 ani
Vârsta medie	15,6 ani	15,5 ani	15,4 ani	15,8 ani

Vârsta medie a primei sarcini în cazul fetelor adolescente care au experimentat o sarcină este de 15,4 ani, conform SSR 2016, iar cea a primei nașteri este de 15,8 ani, limita inferioară, adică cea mai tânără mamă, fiind de 13 ani, respectiv 14 ani (Tabelul 3).

Tabelul 3 Vârsta primei sarcini – 43 de subiecți

	Rural	Urba n	Total	Rural	Urba n	Total
13 ani	1	1	2	4,0%	5,6%	4,7%
14 ani	3	6	9	12,0%	33,3%	20,9%
15 ani	10	4	14	40,0%	22,2%	32,6%
16 ani	7	2	9	28,0%	11,1%	20,9%
17 ani	3	4	7	12,0%	22,2%	16,3%
18 ani	1	1	2	4,0%	5,6%	4,7%
Total	25	18	43	100%	100%	100%
Vârsta medie la debutul primei sarcini				15,4 ani	15,3 ani	15,4 ani

Majoritatea fetelor afirmă că partenerul primei relații sexuale le era iubit, logodnic sau prieten, 5% dintre adolescente menționează agresiunea sexuală/violul și 40% nu au vrut să declare în ce relație se aflau cu tatăl copilului la prima sarcină (Tabelul 4).

Ținând cont și de vârsta adolescentelor la prima sarcină menționată mai sus, faptul că atât de multe nu voiau să declare în ce relație se aflau cu tatăl copilului arată vulnerabilitatea acestei relații.

Tabelul 4. Relația cu tatăl copilului la prima sarcină

	43	100%
1. Relație de cuplu	2	4,7%
2. Logodită cu el	5	11,6%
3. Iubit	12	27,9%
4. Prieten	3	7,0%
5. De abia se cunoscuseră/cunoștință oarecare	1	2,3%
6. Viol/incest	2	4,7%
Nu răspund	16	41,9%

Tabelul 5. Vârsta primei nașteri N = 34

	Rural	Urban	Total	Rural	Urban	Total
14 ani	2	2	4	10,0%	14,3%	11,8%
15 ani	5	5	10	25,0%	35,7%	29,4%
16 ani	7	2	9	35,0%	14,3%	26,5%
17 ani	5	5	10	25,0%	35,7%	29,4%
18 ani	1	0	1	5,0%	0,0%	2,9%
Total	20	14	34	100%	100%	100%
Vârsta medie de debut				15,9 ani	15,7 ani	15,8 ani

Vârsta primei sarcini și a primei nașteri pentru cele care au avut aceste experiențe este mică, iar diferențele între urban și rural nu sunt notabile. Îngrijorează îndeosebi ponderea adolescentelor care devin mame la vârsta școlarizării obligatorii (14-15 ani). Referitor la aceste evenimente petrecute timpuriu, profesioniștii consideră că sărăcia și mediul de viață defavorizant contribuie la aceste fenomene în rândul minorelor.

„Lipsa comunicării în familie” (medic planificare familială), *dezorganizarea familială* (DGASPC, psiholog), *„nesupravegherea tinerelor de către părinți, plecarea la muncă în străinătate a acestora, lipsa sentimentului că este iubit în familie, căutarea” favorizează relații sexuale timpurii nu numai la romi, ci și în familii de români și nu numai* (medic de familie). La romi, intervine și factorul cultural, și anume *„comunitățile de etnie romă își căsătoresc copiii de foarte tineri”* (medic de familie).

În opinia specialiștilor, *„copiii rezultați de la aceste minore vor fi educați de către mame copii, nu vor fi socializați corespunzător în familie, iar în colectivități preșcolare sunt marginalizați, iar integrarea lor în societate este practic imposibilă”* (medic de familie din mediul rural)

Opinii privind cauzele sarcinii la minore	Profesioniști
<i>Lipsa comunicării în familie</i>	Medic planificare familială
<i>Dezorganizarea familială</i>	DGASPC, psiholog
<i>Nesupravegherea tinerelor de către părinți, plecarea la muncă în străinătate a acestora, lipsa sentimentului că este</i>	Medic de familie

<i>iubit în familie, căutarea favorizează relații sexuale timpurii nu numai la romi, ci și în familii de români și nu numai</i>	
Intervenția factorului cultural – comunitățile de etnie romă își căsătoresc copiii foarte tineri	Medic de familie

Nivelul de educație este invers proporțional cu experiența de cuplu, cu numărul de nașteri și de sarcini. Astfel, persoanele cu cel mai scăzut nivel de educație (nivelul C) au cele mai multe sarcini (31,7 %), de peste trei ori mai mare decât în cazul celor care au absolvit nivelul de educație A sau B. În schimb, experiența de cuplu este cea mai mare la cele cu nivel B (conform Tabelului 6). De asemenea, procentul adolescentelor actualmente gravide este de cel puțin 4,5 ori mai mare în cazul adolescentelor aflate la nivelul de educație C față de cele cu nivelul de educație A sau B. În privința etniei, se remarcă faptul că ponderea persoanelor cu experiență de cuplu, cu copii născuți sau însărcinate înainte de 18 ani este de peste șase ori mai mare la etnia romă față de cea română, deși numărul adolescentelor cu experiență sexuală este comparabil cu cel al celorlalte etnii analizate. Menționăm faptul că, din cauza numărului mic de persoane de alte etnii decât cea română și romă, nu putem face evaluări comparative.

Tabelul 6. Starea civilă, numărul de copii și starea de graviditate, în funcție de nivelul de educație al adolescentelor

		Starea civilă			Număr de copii		Gravidă la data evaluării	Total
		Experiență în cuplu	Cu experiență sexuală	Fără experiență sexuală	Niciun copil	1-2 copii		
	Educație							
1	Edu A	9	49	43	97	4	7	101
2	Edu B	21	71	261	340	13	17	353
3	Edu C	20	16	27	47	16	20	63
	Etnie							
1	Română	28	116	302	427	19	25	446
2	Romă	19	13	16	35	13	16	48

3	Maghiară și altele	3	7	13	22	1	3	23
Educație								
1	Edu A	8,9%	48,5%	42,6%	96,0%	4,0%	6,9%	100,0%
2	Edu B	5,9%	20,1%	73,9%	96,3%	3,7%	4,8%	100,0%
3	Edu C	31,7%	25,4%	42,9%	74,6%	25,4%	31,7%	100,0%
Etnie								
1	Română	6,3%	26,0%	67,7%	95,7%	4,3%	5,6%	100,0%
2	Romă	39,6%	27,1%	33,3%	72,9%	27,1%	33,3%	100,0%
3	Maghiară și altele	13,0%	30,4%	56,5%	95,7%	4,3%	13,0%	100,0%

4.2.2. Factori de risc ai sarcinii în adolescență

a) Experiența sexuală

Debutul precoce al activității sexuale oferă posibilitatea unor ani de viață sexuală înainte de majorat și, implicit, posibilitatea de a deveni mamă în această perioadă.

Structura eșantionului studiat în funcție de experiența sexuală, pe vârste, poate fi observată în Figura 4.

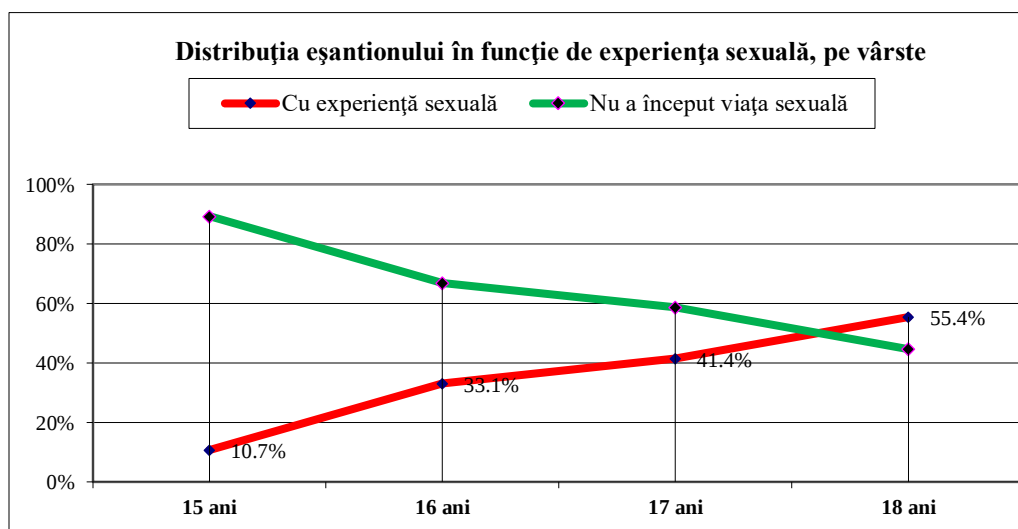


Figura 4 - Distribuția eșantionului în funcție de experiența sexuală, pe vârste

Prima experiență sexuală la fetele din eșantionul studiat are loc la o vârstă medie de 15,6 ani, cu o vârstă minimă de 9 ani și o pondere de aproape 20% sub 15 ani. Prevalența mare a activității sexuale precoce la persoanele de etnie romă cu un nivel educațional scăzut atrage atenția asupra populației care trebuie vizată de politicile publice îndreptate în sensul diminuării sarcinii și nașterii la populația de minore.

Vârsta medie a primei relații sexuale este mai scăzută la fetele fără educație și cele de etnie romă. Există și o pondere crescută a relațiilor înaintea vârstei de 16 ani și, în special, sub 15 ani la adolescentele cu un nivel educațional scăzut (Tabelul 7).

Tabelul 7. Vârsta primei experiențe sexuale în funcție de mediu, nivelul de educație, apartenența etnică

			sub ani	15 ani	16 ani	17 ani	18 ani	Total
		517	36	34	39	38	13	160
Mediu	Rural	228	19	18	20	18	4	79
	Urban	289	17	16	19	20	9	81
Nivel educație	Finalizat	101	5	4	12	19	8	48
	Elevă	353	9	20	24	19	5	77
	Fără educație de bază	63	22	10	3			35
Apartenență etnică	Română	446	18	27	34	33	12	124
	Romă	48	14	6	4	3	1	28
	Maghiară și altele	23	4	1	1	2		8

Tabelul 8. Ponderea și vârsta medie a primei experiențe sexuale în funcție de mediu, nivelul de educație, apartenența etnică

		Total toate vârste le	<15 ani	15 ani	16 ani	17 ani	18 ani	Vârsta medie
		160	22,5%	21,3%	24,4%	23,8%	8,1%	15,6
Mediu	Rural	79	24,1%	22,8%	25,3%	22,8%	5,1%	15,5
	Urban	81	21,0%	19,8%	23,5%	24,7%	11,1%	15,7
Nivel educație	Finalizat	48	10,4%	8,3%	25,0%	39,6%	16,7%	16,3
	Elevă	77	11,7%	26,0%	31,2%	24,7%	6,5%	15,8
	Fără educație de bază	35	62,9%	28,6%	8,6%	0,0%	0,0%	14,1
Apartenență etnică	Română	124	14,5%	21,8%	27,4%	26,6%	9,7%	15,8
	Romă	28	50,0%	21,4%	14,3%	10,7%	3,6%	14,7
	Maghiară și altele	8	50,0%	12,5%	12,5%	25,0%	0,0%	14,9

Tabelul 9. Repartiția pe medii, nivel de educație și etnie a adolescentelor care își începuseră viața sexuală înainte de momentul efectuării anchetei

			<15 ani	15 ani	16 ani	17 ani	18 ani	Vârsta medie
		160	22,5%	21,3 %	24,4 %	23,8 %	8,1%	15,6
Mediu	Rural	79	24,1%	22,8 %	25,3 %	22,8 %	5,1%	15,5
	Urban	81	21,0%	19,8 %	23,5 %	24,7 %	11,1 %	15,7
Nivel educație	Finalizat	48	10,4%	8,3%	25,0 %	39,6 %	16,7 %	16,3

	Elevă	77	11,7%	26,0 %	31,2 %	24,7 %	6,5%	15,8
	Fără educație de bază	35	62,9%	28,6 %	8,6%	0,0%	0,0%	14,1
Apartenență etnică	Română	124	14,5%	21,8 %	27,4 %	26,6 %	9,7%	15,8
	Romă	28	50,0%	21,4 %	14,3 %	10,7 %	3,6%	14,7
	Maghiară și altele	8	50,0%	12,5 %	12,5 %	25,0 %	0,0%	14,9

Locul primei experiențe sexuale este în aproape jumătate dintre cazuri acasă la partener, cu o pondere mult mai mare față de alte locații (Tabelul 10). Acest lucru poate ridica o serie de probleme care privesc controlul asupra acestor evenimente, apariția unor comportamente de risc și, implicit, posibile abuzuri, inclusiv sexuale.

Tabelul 10. Locul primei experiențe sexuale

	Rural	Urban	Total	Rural	Urban	Total
Domiciliul comun	1	0	1	1,1%	0,0%	0,5%
La el acasă	41	49	90	45,6%	51,0%	48,4%
La ea acasă	8	13	21	8,9%	13,5%	11,3%
La un prieten	3	2	5	3,3%	2,1%	2,7%
Hotel	5	3	8	5,6%	3,1%	4,3%
Alte locații	22	14	36	24,4%	14,6%	19,4%
Nu au răspuns	3	2	5	3,3%	2,1%	2,7%
Total	90	96	186	100,0%	100,0%	100,0%

Tabelul 11. Vârsta primului partener

	Rural	Urban	Total	Rural	Urban	Total
15-19 ani	34	38	72	37,8%	39,6%	38,7%

20-24 ani	27	30	57	30,0%	31,3%	30,6%
25-29 ani	5	2	7	5,6%	2,1%	3,8%
≥30 ani	2	3	5	2,2%	3,1%	2,7%
Nu au răspuns	15	10	25	16,7%	10,4%	13,4%
Total	90	96	186	100,0%	100,0%	100,0%

Din Studiul Sănătății Reprodusei reiese că vârsta primului partener sexual este apropiată de vârsta adolescenței în aproape 70% dintre cazuri, dar există o pondere destul de mare a adolescenților care nu au vrut să declare vârsta primului partener, cele mai multe adolescente din această categorie fiind din mediul rural. În opinia specialiștilor participanți la studiul calitativ, partenerii pot fi de vârste diferite, mai mari ca vârsta „cu aproximativ 10-15 ani, unii sunt adulți de peste 25 de ani (diferență de 10-15 ani)” (asistent medical comunitar), „cu mai multă experiență” (medic de familie). În unele cazuri, „sunt adolescenți minori la romi” (medic de familie) „sau de aceeași vârstă, colegi de clasă” (medic PF). „Deși există legislație în domeniu (respectiv legea privind interzicerea relațiilor sexuale cu minori), nu este aplicată cu rigurozitate. Astfel, numărul nașterilor la minore rămâne neschimbat sau chiar există o tendință de creștere” (medic de familie).

Referitor la profilul sociodemografic al partenerilor, profesioniștii au apreciat că: „partenerii provin din aceeași comunitate săracă, au același nivel educațional scăzut” (medic DSP), „aparțin familiilor dezavantajate, cu violență tată-fiică în cadrul familiei (medic de familie), adeseori „sunt din anturajul familial” (MS).

„În general, bărbații maturi își satisfac dorințele lor sexuale cu fetele minore” (MF rural), „dispar în momentul în care sunt anunțați că a apărut o sarcină” (MF), „refuză să recunoască paternitatea” (medic școlar) și lipsesc din viața lor după nașterea copilului.

În comunitatea de romi, „partenerii sunt aleși de familie la romi” (AMC, rural), „de multe ori, sunt băieți tot minori, needucați, analfabeți, cu părinți membri ai diferitelor clanuri, fără venituri din surse cinstite” (MF). Sunt situații în care o adolescentă are „parteneri multipli și nu cunoaște paternitatea reală a copilului” (medic DSP).

Opinia specialiștilor privind statutul partenerilor mamelor minore – profilul sociodemografic

Statut parteneri mame minore	Profesioniști
<i>Bărbați cu aproximativ 10-15 ani [mai mari], unii sunt adulți de peste 25 de ani (diferență de 10-15 ani)</i>	Asistent medical comunitar
<i>Bărbați cu mai multă experiență</i>	Medic de familie
<i>Adolescenți minori la romi</i>	Medic de familie
<i>Băieți de aceeași vârstă, colegi de clasă</i>	Medic PF
<i>Deși există legislație în domeniu (respectiv legea privind interzicerea relațiilor sexuale cu minori), nu este aplicată cu rigurozitate. Astfel, numărul nașterilor la minore rămâne neschimbat sau chiar există o tendință de creștere.</i>	Medic de familie
<i>Partenerii provin din aceeași comunitate săracă, au același nivel educațional scăzut.</i>	Medic DSP
<i>Partenerii aparțin familiilor dezavantajate, cu violență tată-fică în cadrul familiei, adeseori „sunt din anturajul familial”.</i>	Medic de familie, medic școlar
<i>În general, bărbații maturi își satisfac dorințele lor sexuale cu fetele minore.</i>	MF rural
<i>Parteneri dispar în momentul în care sunt anunțați că a apărut o sarcină.</i>	MF
<i>Bărbații adesea refuză să recunoască paternitatea.</i>	Medic școlar
<i>În comunitatea de romi, „partenerii sunt aleși de familie la romi”.</i>	AMC, rural
<i>La romi, de multe ori, sunt băieți tot minori, needucați, analfabeți, cu părinți membri ai</i>	MF

<i>diferitelor clanuri, fără venituri din surse cinstite.</i>	
Există situații în care o adolescentă are „parteneri multipli și nu cunoaște paternitatea reală a copilului.”	Medic DSP

b) Starea civilă

Data fiind vârsta respondenților și legislația referitoare la vârsta admisă pentru căsătorie, atunci când ne referim la starea civilă, nu putem vorbi (decât prin excepție) de căsătoria legal consfințită în cazul persoanelor sub 18 ani. Mai mult decât atât, legislația nu permite nici concubinajul persoanelor sub 18 ani. Realitatea a dezmințit însă aceste interdicții.

După cum se va vedea din Tabelul 12, un număr de adolescente au declarat că au trăit experiența conviețuirii în cuplu cel puțin 30 de zile (sub același acoperiș) sau că actualmente sunt într-un cuplu de uniune consensuală. Din tabelul de mai jos rezultă că aproape 10% dintre tinere au trăit sau trăiesc într-un cuplu. Proporția este mult mai mare în mediul rural, 14% față de 6,2% în mediul urban.

Tabelul 12. Relația în care se aflau adolescentele cu primul partener sexual

	Rural	Urban	Total	Rural	Urban	Total
Relație de cuplu	4	2	6	4,4%	2,1%	3,2%
Logodită cu el	3	3	6	3,3%	3,1%	3,2%
Iubit	64	60	124	71,1%	62,5%	66,7%
Prieten	5	12	17	5,6%	12,5%	9,1%
Coleg	2	1	3	2,2%	1,0%	1,6%
Cunoștințe oarecare/abia ne cunoscuserăm	1	0	1	1,1%	0,0%	0,5%
Niciuna, a fost un viol comis de un necunoscut	0	3	3	0,0%	3,1%	1,6%
Rude de sânge (tată, frate, unchi, bunic, văr, naș etc.)	2	1	3	2,2%	1,0%	1,6%

Nu a răspuns	8	13	21	10 %	14,5%	12,4 %
Total	90	96	186	100%	100%	100%

Numărul celor care au avut experiențe de cuplu crește odată cu vârsta, fiind mai frecventă la cele care se apropie de 18 ani. Totuși, trebuie remarcat faptul că experiență de cuplu au raportat și adolescentele cu o vârstă foarte fragedă 15-16 ani (Tabelul 13).

Tabelul 13. Distribuția în funcție de starea civilă a persoanei, pe medii

	Rural	Urban	Total	Rural	Urban	Total
Actualmente în cuplu	29	17	46	12,7%	5,9%	8,9%
A fost în cuplu	3	1	4	1,3%	0,3%	0,8%
Niciodată în cuplu	58	78	136	25,4%	27,0%	26,3%
Fără experiență sexuală	138	193	331	60,5%	66,8%	64,0%
Total	228	289	517	100,0%	100,0%	100,0%
Persoană cu experiență sexuală	90	96	186	39,5%	33,2%	36,0%
Persoană cu experiență în cuplu	32	18	50	14,0%	6,2%	9,7%

Se remarcă faptul că experiențe de cuplu au raportat și adolescentele aflate la o vârstă foarte fragedă, 15-16 ani. Prima experiență de cuplu, la mai mult de jumătate dintre adolescentele active sexual, a avut loc înainte sau la 15 ani, cu o vârstă medie a primei experiențe de cuplu de 15,5 ani. În comunitatea de romi, experiența de cuplu este precocă, mai precis la 12-13 ani „fetele se căsătoresc” (interviu colectiv cu profesioniștii).

Tabelul 14. Distribuția în funcție de starea civilă a persoanei, pe vârste

	15 ani	16 ani	17 ani	18 ani	Total
Cu experiență de cuplu	3	10	16	21	50
Niciodată în cuplu	10	31	39	56	136
Fără experiență sexuală	108	83	78	62	331
Total	121	124	133	139	517
Cu experiență de cuplu	2,5%	8,1%	12,0%	15,1%	9,7%

Niciodată în cuplu	8,3%	25,0%	29,3%	40,3%	26,3%
Fără experiență sexuală	89,3%	66,9%	58,6%	44,6%	64,0%
Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Tabelul 15. Distribuția persoanelor aflate în cuplu, în funcție de vârsta avută la debutul primei experiențe de cuplu (N = 50 subiecți)

	Rural	Urban	Total	Rural	Urban	Total
13 ani	2	1	3	6,3%	5,6%	6,0%
14 ani	5	6	11	15,6%	33,3%	22,0%
15 ani	10	3	13	31,3%	16,7%	26,0%
16 ani	6	3	9	18,8%	16,7%	18,0%
17 ani	6	3	9	18,8%	16,7%	18,0%
18 ani	3	2	5	9,4%	11,1%	10,0%
Total	32	18	50	100%	100%	100%
Vârsta medie de debut				15,6 ani	15,4 ani	15,5 ani

Tabelul 16. Vârsta primei experiențe de cuplu în funcție de mediu, nivelul de educație, apartenența etnică (valori absolute)

			<15 ani	15 ani	16 ani	17 ani	18 ani	Total
		51						
		7	14	13	9	9	5	50
Mediu	Rural	22						
		8	7	10	6	6	3	32
	Urban	28						
		9	7	3	3	3	2	18
Nivel educație	Finalizat	10						
		1		1	1	4	3	9
	Elevă	35						
		3	4	5	7	3	2	21

	Fără educație de bază	63	10	7	1	2		20
Apartenență etnică	Română	44						
	Romi	6	4	8	7	6	3	28
	Altele	48	8	4	2	3	2	19
		23	2	1				3

Așa cum am precizat mai sus, constituirea unui cuplu este ilegală sub 18 ani, dar acest lucru nu numai că se întâmplă, dar se întâmplă la o vârstă foarte mică. Apare preponderent la adolescente rome și la persoane cu educație precară. Interesant este faptul că aceste evenimente se petrec fără diferențe notabile între mediul urban și cel rural.

Profesioniștii au considerat că multe dintre așa-numitele căsătorii sau concubinaje sunt expresii ale neglijării copilului în familie. „*Lipsa legăturii între părinți (mame) și copii (fete)*” (medic de familie), „*absența comunicării în familie*” (medic PF), „*sentimentul că nu este iubit în familie*”(MF) favorizează aceste legături. „*Nesupravegherea tinerelor de către părinți*”(MF), „*munca în străinătate a părinților*”(MF), „*dezorganizare familială favorizează apariția cuplurilor nu numai la romi*” (DGASPC, psiholog). „*Teama de stigmatizare socială împiedică fetele tinere să se adreseze la timp familiei sau unui cadru medical pentru îndrumare*” (MS).

În comunitățile rome tradiționale, există obiceiul ca tânăra copilă să fie vândută unei alte familii din comunitate, „*sunt destule familii în comunități tradiționale de romi care obligă minorele la relații/căsătorii timpurii*” (inspector DSP), contrar reglementărilor legislative în materie de protecție a drepturilor copilului.

c) Aspecte educaționale

Din punct de vedere metodologic, pentru identificarea nivelului de educație, chestionarul utilizat inițial la culegerea datelor a vizat nivelul de studii absolvit, context în care se poate afirma că peste două treimi dintre subiecți (**68,3%**) erau, la momentul interviului, eleve de liceu sau învățământ profesional, iar o cincime dintre subiecți (**19,5%**) erau, la momentul interviului, absolvente ale învățământului secundar (liceu sau școală profesională). Restul de **12,2%** au absolvit cel mult 4 clase sau nu au frecventat deloc școala. Dată fiind categoria de vârstă, nu se poate vorbi de niveluri

de studii (numai de categorii cu sau fără educație de bază), astfel încât cele trei categorii identificate vor fi ilustrate prin notațiile: Edu A / B / C.

Nivelul de educație este invers proporțional cu experiența de cuplu, cu numărul de nașteri și de sarcini. Astfel, persoanele cu *cel mai scăzut nivel de educație (nivelul C)* au cele mai frecvente experiențe de cuplu (31,7%), acestea fiind de peste trei ori mai numeroase decât în cazul celor care au absolvit nivelul de educație A sau B. De asemenea, procentul adolescentelor actualmente gravide este de cel puțin patru ori mai mare în cazul adolescentelor cu un nivel scăzut de educație față de cele cu mai multe clase (Tabelul 17).

Tabelul 17. Vârsta primei experiențe de cuplu în funcție de mediu, nivelul de educație, apartenența etnică (valori procentuale)

			< 15ani	15 ani	16 ani	17 ani	18 ani
		50	28,0%	26,0%	18,0%	18,0%	10,0%
Mediu	Rural	32	21,9%	31,3%	18,8%	18,8%	9,4%
	Urban	18	38,9%	16,7%	16,7%	16,7%	11,1%
Nivel educație	Finalizat	9	0,0%	11,1%	11,1%	44,4%	33,3%
	Elevă	21	19,0%	23,8%	33,3%	14,3%	9,5%
	Fără educație de bază	20	50,0%	35,0%	5,0%	10,0%	0,0%
Apartenență etnică	Română	28	14,3%	28,6%	25,0%	21,4%	10,7%
	Romă	19	42,1%	21,1%	10,5%	15,8%	10,5%
	Maghiară și altele	3	66,7%	33,3%	0,0%	0,0%	0,0%

Tabelul 18. Starea civilă, numărul de copii și starea de graviditate în funcție de nivelul de educație al adolescentelor

		Starea civilă			Număr de copii		Gravidă la data evaluării	
		Experiență în cuplu	Cu experienț ă sexuală	Fără experiență sexuală	Niciun copil	1-2 copii		Total
Educație								
1	Edu A	9	49	43	97	4	7	101

2	Edu B	21	71	261	340	13	17	353
3	Edu C	20	16	27	47	16	20	63
	Etnie							
1	Română	28	116	302	427	19	25	446
2	Romă	19	13	16	35	13	16	48
3	Maghiară și altele	3	7	13	22	1	3	23
	Educație							
1	Edu A	8,9%	48,5%	42,6%	96,0%	4,0%	6,9%	100,0%
2	Edu B	5,9%	20,1%	73,9%	96,3%	3,7%	4,8%	100,0%
3	Edu C	31,7%	25,4%	42,9%	74,6%	25,4% %	31,7%	100,0%
	Etnie							
1	Română	6,3%	26,0%	67,7%	95,7%	4,3%	5,6%	100,0%
2	Romă	39,6%	27,1%	33,3%	72,9%	27,1% %	33,3%	100,0%
3	Maghiară și altele	13,0%	30,4%	56,5%	95,7%	4,3%	13,0%	100,0%

Majoritatea profesioniștilor participanți la studiile calitative consideră că educația școlară insuficientă și nivelul scăzut de educație generală sunt factori de risc importanți în sarcina la minore (Inspector DSP). „Educația precară este cea mai importantă cauză”, „mamele minore provin din eleve care au abandonat școala, fiind în cel mai bun caz analfabete funcțional” (medic de familie). „Nivelul educațional redus sau analfabetismul se dobândesc prin nefrecventarea școlii sau abandon timpuriu al școlii înainte de finalizarea unor cicluri școlare” (psiholog DGASPC).

„Sunt fete care, din diferite motive, nu au urmat școala sau au întrerupt-o devreme” (medic de familie), adesea „tinere care renunță la școală din motive economice, fapt ce nu ține neapărat de etnie” (medic de familie).

În opinia specialiștilor, sunt însă și „*minore ce provin din familii prea ocupate, cu posibilități financiare ridicate*”(medic planificare familială) „*și eleve nu neapărat din familii dezorganizate; care din iubire se păcălesc*” sau „*absența noțiunilor de educație pentru sănătate în școală/familie*” (medic DSP) și chiar „*lipsa unei educații religioase, în ciuda orelor de religie din școli*” (medic cabinet planificare familială) sunt factori de risc în sarcina la adolescență.

d) Factori culturali în comunitatea romă

Tabelul 19. Distribuția subiecților pe etnii, în funcție de nivelul de educație

	Nivel de educație				Structura pe niveluri de educație			
Apartenența etnică	Edu A	Edu B	Edu C	Total	Edu A	Edu B	Edu C	Total
Română	93	318	35	446	20,9%	71,3%	7,8%	100,0%
Romă	4	19	25	48	8,3%	39,6%	52,1%	100,0%
Maghiară și altele	4	16	3	23	17,4%	69,6%	13,0%	100,0%
Total	101	353	63	517	19,5%	68,3%	12,2%	100,0%
Hi-p (9,49)								79,5

Ponderea persoanelor cu experiență de cuplu, cu copii născuți sau însărcinate înainte de 18 ani este de peste șase ori mai mare la etnia romă față de cea română. Din cauza numărului mic de persoane de alte etnii decât cea română și romă, nu putem face evaluări comparative cu celelalte etnii (Tabelul 17). Procentajul persoanelor fără educație de bază în cazul etniei rome este de peste jumătate (52%).

În opinia specialiștilor, „*adesea, minorele gravide provin din comunitatea de etnie romă*” (AMC din mediul rural), *din familii rome care au tradiția nașterii la minore* (medic de familie din mediul rural). Romii „*locuiesc în comunități compacte, unde tradiția și cutumele sunt respectate (căsătoriile aranjate)*” (mediator sanitar). „*Aceste mame minore sunt cumpărate prin aranjamente între părinți*” (medic de familie). „*Fetele rome nu merg la școală că nu au bani, stau acasă și devin mame la 13-14 ani cu băieți de 15-16 ani. Datorită etniei, tinerii romi nu au putere de decizie*” (mediator sanitar). „*Sunt fete de 13-14 ani cu copilul în brațe, nu știu ce să-i facă, îl lasă în grija babelor din comunitate și ele pleacă la joacă*” (mediator sanitar). În comunitatea de romi, se întâlnesc frecvent mame adolescente, deoarece, în cultura lor, la 12-13 ani se căsătoresc, la 19

ani au patru sarcini. *„Fetele tinere de 13-14 care rămân însărcinate spun că nu au ce face dacă bărbații lor nu vor să pună prezervativ. Multe femei tinere cu mulți copii nu doresc să-și pună sterilet din cauza familiei, au cutumele lor, ei sunt romi.”*

„Sunt și situații când, la 15-16 ani, a început viața sexuală, dar nu a rămas însărcinată și se prezintă la cabinetul medicului de familie că ea nu are copil și concubinul o lasă”.

e) Factori socioeconomici

Referitor la profilul sociodemografic al adolescentelor care devin mame, profesioniștii participanți la studiul calitativ au făcut aprecieri relativ contradictorii, probabil influențați de situațiile concrete pe care le-au întâlnit. Se remarcă totuși o tendință destul de larg răspândită de a considera că mamele minore provin din medii socioeconomice defavorizate: *„provin din mediul rural îndepărtat”* (inspector DSP), *„din comunități izolate cu acces greu la servicii medicale și sociale”* (medic de spital), *„locuiesc în zone defavorizate unde lipsa educației, sărăcia prezintă risc ridicat”* (mediator sanitar), *„provin din zone cu infracționalitate crescută, cu șomaj, mizerie, prostituție”* (MF), *„zone/cartiere izolate de restul populației, zone care prezintă pericol pentru autorități”* (medic de familie).

„Multe mame minore provin din mediul rural, din grupuri defavorizate, din familii cu slabă educație plus eșec școlar” (medic școlar), *„familii marginalizate social”* (medic PF), *„familii fără studii”* (inspector DSP), *„fără ocupație și fără acte de identitate”* (inspector DSP), *„familii monoparentale”* (AMC), *„familii cu violență domestică, situație în care minora caută protecție în altă parte, dar, la rândul ei, devine victimă”* (asistent social DGASPC).

„Ajutoarele sociale și alocația pentru copil pe care le primesc și elevele la zi reprezintă un venit important pentru familiile defavorizate” (medic PF) și întrețin creșterea natalității în aceste grupuri. Un medic de planificare familială vorbește despre *„alocația ca o sursă aducătoare de venit”*, *„cine făcea contracepție nu mai este interesat, vine la cabinetul de planificare pentru a scoate steriletul. O fată în clasa a IX-a rămâne însărcinată, face copilul, după doi ani rămâne din nou însărcinată, își continuă acea alocație, îl face pe al treilea. Pentru ea este singura sursă de venit”.*

f) Orientarea religioasă

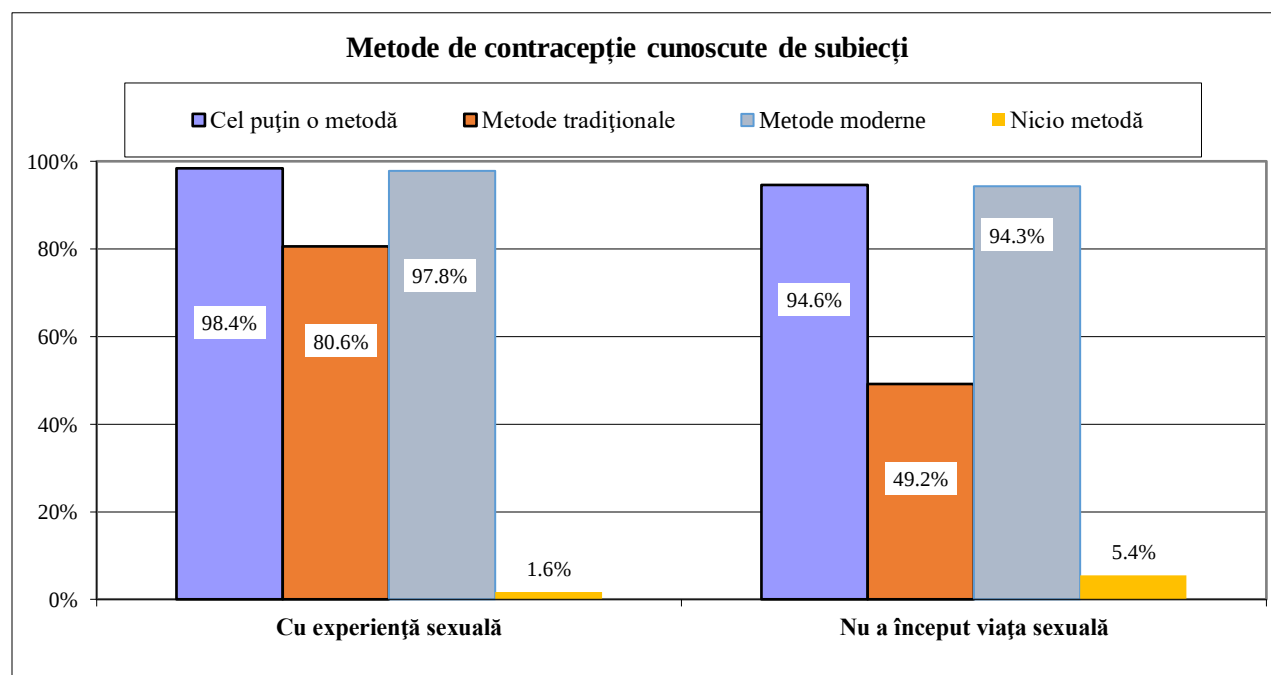
În opinia participanților la studiul calitativ, anumite orientări religioase (baptiști, penticostali) favorizează sarcina în adolescență, considerând că gravidele minore „*provin și din aceste familii*” (medic de familie).

4.2.3. Prevenirea sarcinii

a) Informare privind contracepția

Studiul Sănătății Reprodusei – 2016 a relevat faptul că un procent crescut de adolescente, și anume 95,5% dintre adolescentele din grupul luat în studiu, cunosc cel puțin o metodă de contracepție, cu diferențe minime la nivelul informării între fetele active și cele fără viață sexuală în ceea ce privește cunoașterea metodelor moderne. Dacă se iau în discuție metodele tradiționale, acestea sunt mai bine cunoscute de către fetele active sexual în raport cu cele fără viață sexuală.

Figura 5 – Metode de contracepție cunoscute de subiecți



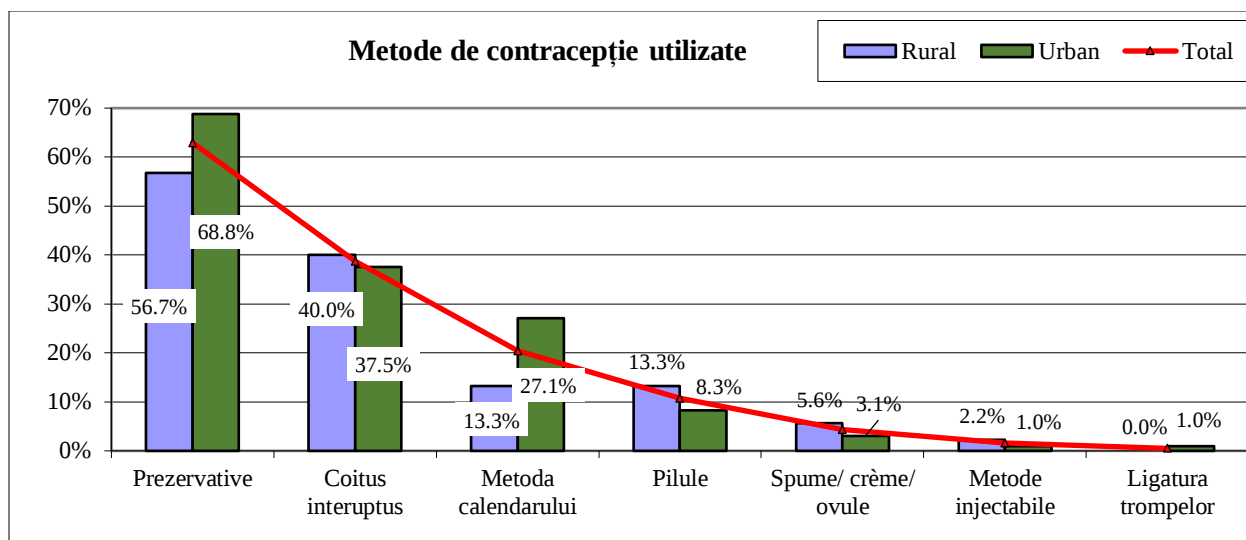


Figura 6 – Distribuția eșantionului în funcție de gradul de informare al subiecților cu privire la metodele de contracepție

Prezervativul și pilula sunt cele mai cunoscute metode contraceptive în ambele grupuri, fete cu sau fără viață sexuală, fără diferențe mari între cele două grupuri. Toate celelalte metode sunt cunoscute într-un procent mai mare de către fetele cu experiență sexuală, diferența cea mai mare fiind sesizată în ceea ce privește *coitus intrerruptus*, o metodă mai cunoscută în grupul adolescentelor active sexual. Nivelul cel mai mic de cunoștințe în ambele grupuri apare dacă ne referim la contraceptive mai rar folosite în România, precum vasectomia și inserția vaginală a diafragmei (Figura 6).

Informarea în domeniul contracepției crește odată cu vârsta și educația, fiind cea mai scăzută la vârsta de 15 ani și la adolescentele care nu au școală sau au puține clase și crescând odată cu vârsta. Etnia și practicarea religiei constituie factori de influență în dobândirea de cunoștințe în domeniul contracepției, datele relevând faptul că romii și persoanele care practică foarte rar religia au nivelul informațional cel mai scăzut în acest domeniu (Tabelul 20). Nu există diferențe referitor la cunoașterea metodelor contraceptive între fetele provenite de la oraș și cele de la sat sau în funcție de nivelul socioeconomic al acestora.

Tabelul 20. Gradul de informare al adolescentelor privind mijloacele contraceptive și anumite caracteristici

Total	Total	95,9%
Mediu	Rural	96,5%
	Urban	95,5%
Nivel educațional	Finalizat	98,0%
	Elevă	96,9%
	Fără educație de bază	87,3%
Apartenența etnică	Români	96,4%
	Romi	91,7%
	Altele	95,7%
Practicarea religiei	Frecvent	99,2%
	Mediu	95,8%
	Rar	94,4%
Vârsta	15 ani	93,4%
	16 ani	94,4%
	17 ani	97,7%
	18 ani	97,8%
Nivel socioeconomic	Scăzut	96,7%
	Mediu	95,9%
	Ridicat	95,8%

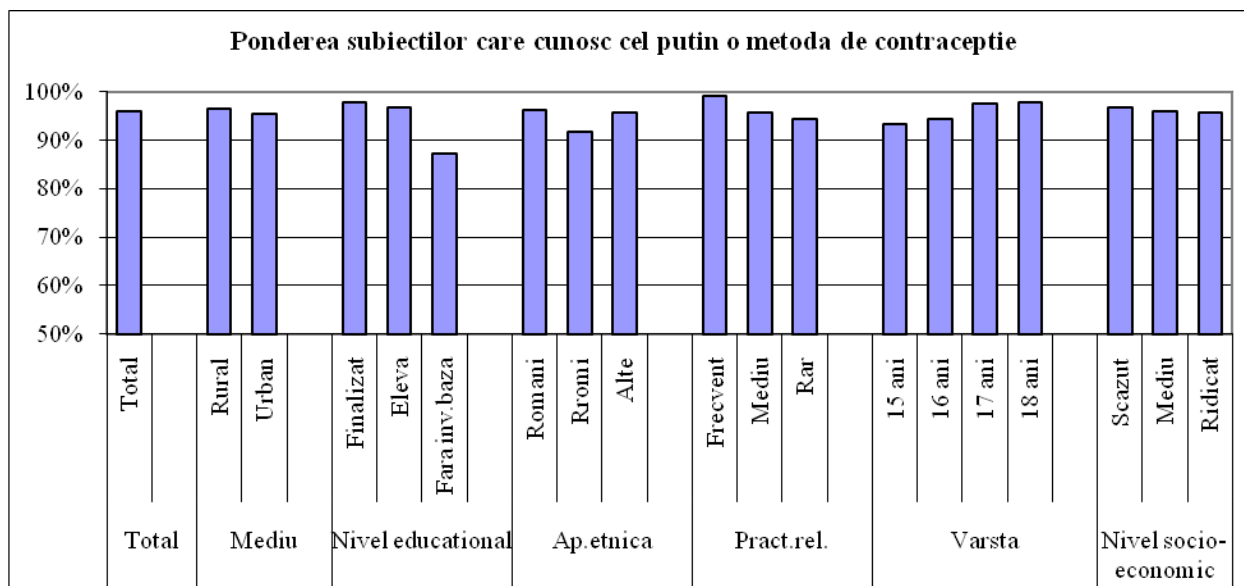


Figura 7 – Ponderea subiecților care cunosc cel puțin o metodă de contracepție

Tabelul 21 – Sursele de informare privind mijloacele de contracepție

	Surse medicale	Educație	Familie/prieteni	Mass-media
Pilule	36,2%	8,7%	35,6%	13,1%
Sterilet	37,6%	5,6%	33,1%	14,7%
Prezervative	24,3%	7,6%	51,2%	11,1%
Spermicide	32,9%	9,2%	34,2%	15,8%
Diafragma	41,0%	16,7%	10,3%	25,6%
Ligatura trompelor	32,4%	8,4%	30,7%	16,8%
Vasectomie	44,8%	8,6%	17,2%	22,4%
Metode injectabile	41,1%	7,1%	23,2%	18,8%
Metoda calendarului	9,6%	4,4%	65,4%	9,9%
<i>Coitus interruptus</i>	10,1%	3,7%	65,4%	6,5%

Surse de informare cu privire la contracepție

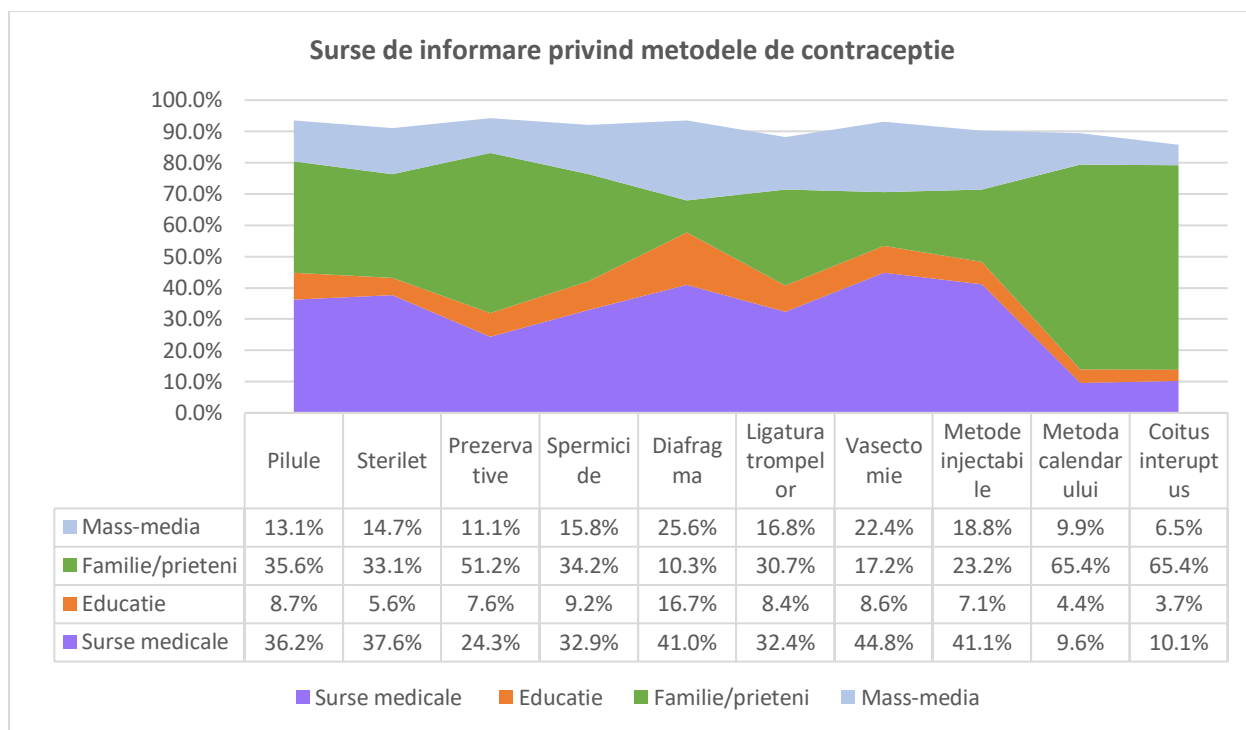


Figura 8 – Surse de informare privind metodele de contracepție

După cum reiese din Studiul Sănătății Reprodusei 2016, sursele de informare cu privire la contracepție ale adolescentelor sunt cadrele medicale, pentru contracepția modernă, și familia și prietenii, pentru contracepția tradițională. Influența cadrelor medicale și a mass-mediei este observată în achiziția de cunoștințe privind metodele mai puțin folosite, precum legarea trompelor, vasectomia, diafragma și metodele injectabile, în timp ce rolul familiei și al prietenilor crește dacă vorbim despre metode tradiționale și prezervativ.

Informația recepționată în cadrul procesului educativ din școală este scăzută, între 3-9%, depinzând de mijlocul contraceptiv luat în discuție (Tabelul 21, Figura 8).

Sursa de informație preferată, menționată de adolescente, este medicul – 64,2%, urmat de alte cadre medicale – 13,5%, școala fiind preferată de numai 7,4%.

Profesioniștii participanți la studiul calitativ apreciază că aspectele deficitare din domeniul prevenirii sarcinii sunt în strânsă legătură cu faptul că „*educația sanitară este deficitară*” (medic școlar), „*nu se face educația timpurie privind sexualitatea și prevenirea apariției sarcinii*” (mediator sanitar), „*lipsește orele de educație sexuală în școli și în familie*” (medic planificare familială), „*lipsește educația de prevenție în școli și licee*” (medic de familie).

De asemenea, nu sunt „programe educaționale extracurriculare privind domeniul sănătății reproducerii” (medic școlar).

Organizarea activității de educație „pentru promovarea unui stil de viață sănătos și sănătatea reproducerii” (AMC, rural) este deficitară, deoarece „lipsesc specialiștii în educație și programele de formare pentru educatori pe teme de sănătatea reproducerii” (medic școlar) și „se remarcă insuficienta colaborare între factorii educativi” (medic de familie).

b) Utilizarea contracepției la prima experiență sexuală

Tabelul 22. Utilizarea unei metode de evitare a sarcinii la prima experiență sexuală

	Rural	Urban	Total	Rural	Urban	Total
1. DA	35	47	82	38,9%	49,0%	44,1%
2. NU	36	33	69	40,0%	34,4%	37,1%
3. Nu îmi amintesc	9	1	10	10,0%	1,0%	5,4%
4. Nu a răspuns	10	15	25	11,1%	15,6	13,4%
Total	90	96	186	100,0%	100,0%	100,0%

Peste 44% dintre adolescente au afirmat că au folosit o metodă de contracepție la prima experiență sexuală. Utilizatoarele din mediul urban au fost cu 10% mai multe decât cele din rural, și anume 37% dintre adolescente, mai multe fete din mediul rural decât din urban neutilizând contraceptive la primul act sexual. Considerăm că și cele care nu răspund sau nu își amintesc în realitate nu au folosit contracepția, astfel că, în total, 56% probabil nu au utilizat nicio metodă.

În literatura de specialitate este menționat faptul că utilizarea contracepției la prima experiență sexuală este un predictor al utilizării ulterioare a contracepției.

Tabelul 23. Metoda de evitare a sarcinii la prima experiență sexuală

	Rural	Urban	Total	Rural	Urban	Total
1. Prezervative	76	0	76	94,3%	91,5%	92,7%
2. Metoda calendarului	1	0	1	0,0%	2,1%	1,2%
3. <i>Coitus interruptus</i>	5	0	5	5,7%	6,4%	6,1%
Total	35	47	82	100,0%	100,0%	100,0%

Tabelul 24. Decidentul asupra metodei de evitare a sarcinii alese la prima experiență sexuală

	Rural	Urban	Total	Rural	Urban	Total
1. Femeia	3	2	5	8,6%	4,3%	6,1%
2. Partenerul	9	10	19	25,7%	21,3%	23,2%
3. Amândoi	23	35	58	65,7%	74,5%	70,7%
Total	35	47	82	100,0%	100,0%	100,0%

Dintre utilizatoare, 92,7% au ales prezervativul, iar restul, metode tradiționale, precum *coitus interruptus* și calendarul. Metoda a fost aleasă în cele mai multe cazuri de către ambii parteneri, 70,7%, sau cu predilecție de către partener, 23,2%.

c) Experiența în utilizarea contracepției

Tabelul 25. Distribuția eșantionului în funcție de metodele de contracepție utilizate, după unele caracteristici

		Utilizarea MC				Metode utilizate			
		Utilizatori	Neutilizatori	Total utilizatori	Total neutilizatori	Tradiț MT	Moderne	Tradiț MT	Moderne
		154	32	82,8%	17,2%	80	127	43,0%	68,3%
Mediu	Rural	72	18	80,0%	20,0%	39	56	43,3%	62,2%
	Urban	82	14	85,4%	14,6%	41	71	42,7%	74,0%
Nivel educație	Finalizat	45	13	77,6%	22,4%	24	35	41,4%	60,3%
	Elevă	85	7	92,4%	7,6%	38	79	41,3%	85,9%
	Fără educație de bază	24	12	66,7%	33,3%	18	13	50,0%	36,1%
Ap. etnică	Română	120	24	83,3%	16,7%	56	107	38,9%	74,3%
	Romă	24	8	75,0%	25,0%	18	12	56,3%	37,5%
	Altele	10	0	100,0%	0,0%	6	8	60,0%	80,0%
Vârstă	15 ani	8	5	61,5%	38,5%	4	7	30,8%	53,8%
	16 ani	31	10	75,6%	24,4%	12	27	29,3%	65,9%

	17 ani	50	5	90,9%	9,1%	30	42	54,5%	76,4%
	18 ani	65	12	84,4%	15,6%	34	51	44,2%	66,2%

O proporție de 82,8% dintre adolescente au folosit cel puțin o dată contracepția, dintre care 68,3% metodele moderne și 43,0% metode tradiționale.

Utilizarea contracepției este mai frecventă în mediul urban, în rândul adolescentelor care actualmente sunt eleve, la cele de etnie română și la tinerele de peste 17 ani.

Contracepția modernă este mai frecvent întâlnită în mediul urban, în schimb ponderea utilizatoarelor de metode tradiționale este similară în urban și rural. Fetele de etnie romă folosesc mai puțin contracepția, mijloacele contraceptive preferate de acestea fiind cele tradiționale.

Rețeaua de contracepție

Pe lângă aspectul educațional, profesioniștii au adus în discuție faptul că un factor favorizant al sarcinilor la minore este **dezorganizarea rețelei de planificare familială**. „*Lipsa cabinetelor de planning familial*” (medic școlar), „*lipsa accesului facil la servicii de planificare familială în general*” (medic de familie)” și al „*adolescentelor în special, neaccesibilitatea serviciilor de sănătate pentru adolescentele din familii dezavantajate social*” (AMC, mediul rural).

Aprovizionarea cu contraceptive

În opinia specialiștilor participanți la studiul calitativ, pentru adolescentele care nu au bani pentru sterilet și pilule, „*faptul că nu mai există gratuități în aprovizionarea cu contraceptive favorizează sarcina nedorită*”. Aceștia vorbesc despre „*lipsa programelor gratuite pentru metode contraceptive*” (medic cabinet PF) sau „*lipsa gratuităților pentru categoriile de risc*” (medic cabinet PF), „*absența contraceptivelor din cadrul programului național (prezervative/dispozitive intrauterine/contraceptive orale pentru grupurile vulnerabile)*” (medic DSP).

Mediatoarele sanitare consideră că femeile din comunitatea romă sunt mai expuse, deoarece „*le este mai greu cu procurarea de anticoncepționale pentru că sunt oameni sărmani, nu au posibilități financiare*”, și propun „*alocarea de fonduri pentru persoanele defavorizate, pentru că altfel vor fi fete mult mai mici de 11-12 ani care vor deveni mămici*”.

De asemenea, nu mai există disponibilitatea gratuită a anumitor contraceptive folosite și acceptate de grupurile dezavantajate; *„mergea foarte bine cel injectabil, dar au dispărut”*, spune mediatoarea sanitară.

În opinia participanților la studiul calitativ, *„adolescenții din familii organizate nu apelează la servicii de planificare familială, deoarece aceste servicii nu oferă confidențialitate și nu sunt prietenoase pentru tineri ”* (MF).

Probleme privind personalul implicat în prevenția sarcinii la minore și/sau în acordarea de sprijin social mamelor minore

Deficiențele de personal, *„rata de acoperire cu asistente medicale comunitare (AMC) foarte scăzută”* (AMC, mediul rural), *„lipsa asistenților medicali comunitari, mai ales în mediul rural”* (medic DSP) sunt bariere în accesarea contracepției de către adolescentele din grupurile dezavantajate social, după cum afirmă profesioniștii participanți la studiul calitativ – *„absența mediatorului comunitar face destul de grea comunicarea pe teme de contracepție”* (medic de familie).

4.2.4. Asistența gravidei minore

Medicii școlari își atribuie o responsabilitate indirectă în prevenirea unei sarcini la minore, considerând că *„instituția nu are responsabilitate directă, ci una indirectă prin organizarea de activități și ore de educație pentru sănătate și educație sexuală. De asemenea, în momentul apariției unei sarcini la o elevă, medicul școlar are datoria de a supraveghea, împreună cu medicul de familie și medicul specialist, starea de sănătate a acestora”* (medic școlar). *„Nu există să nu avem 1-2 gravide din clasa a IX-a până la a XII-a”,* spune un medic școlar. *„Cele mai multe duc sarcina, nasc, se întorc la școală. O bună parte dintre ele merg până într-un punct în care întreruperea sarcinii devine dificilă și îmi cer ajutorul – «Trimiteți-mă undeva să nu se afle că am făcut gestul respectiv!» Cele mai multe spun că a fost o chestiune ocazională, altele că au fost violate, ele duc sarcina la termen pentru că nu există comunicare cu părinții.”*

Atribuțiile medicinei școlare sunt limitate. Multe adolescente care rămân gravide în școală nu pot primi de la medicii școlari rețete, trimiteri pentru investigații, mai ales când este vorba de copiii din medii defavorizate. Există în școală și psihologul, care de multe ori este consultat, mai ales în

situații de traumă și dacă adolescența a fost violată și declară acest fapt. Psihologul își oferă serviciile de consiliere în situații particulare, dar, din păcate, sunt puține școli care au psiholog, mai ales în zonele defavorizate.

La nivel comunitar, autoritățile locale/primăriile au atribuții în prevenirea sarcinii și asistența minorei gravide prin serviciul de asistență comunitară. În comunitățile dezavantajate, **asistentul medical comunitar** și mediatorul sanitar identifică gravida minoră, semnalează cazurile de sarcină la adolescență autorităților competente, supraveghează gravida, consiliază pentru prevenirea sarcinilor nedorite la minori, depistează nevoile medico-sociale în vederea obținerii unor beneficii medico-sociale.

Asistența grăvidelor și, implicit, a adolescenței gravide este stipulată în Legea 5/2006, în care este specificat și rolul **medicului de familie** de a asigura luarea în evidență a grăvidelor asigurate și neasigurate.

4.3. Obiectivul 3 – Identificarea opiniilor, atitudinilor și propunerilor profesioniștilor

Obiectivul 3 își propune identificarea opiniilor, a atitudinilor și a propunerilor unor profesioniști și decidenți de la nivel central și local în privința măsurilor care ar putea fi cele mai adecvate pentru diminuarea în timp a fenomenului.

Pentru a răspunde obiectivelor și direcțiilor de acțiune propuse de strategiile din domeniul sănătății reproducerii și sexualității, ca o reacție la nevoile concrete identificate, au fost elaborate politici publice ca o sumă de decizii interdependente, asumate de actorii politici relevanți cu scopul de a oferi un acces îmbunătățit și echitabil la servicii de prevenire a sarcinii, integrate într-un context mai larg de servicii de sănătate a reproducerii și sexualității.

În cele ce urmează, vom analiza, prin prisma actorilor publici relevanți participanți la studiul calitativ, în ce măsură politicile din domeniul sănătății reproducerii și sexualității existente în România acoperă nevoile adolescenților, sunt specifice acestui grup țintă și asigură prevenirea sarcinii nedorite în cadrul unui model integrat, precum și părerea acestora privind măsurile ce trebuie întreprinse pentru reducerea fenomenului sarcinii la minore.

a) Politica de educație sexuală

În opinia specialiștilor din sănătate, educație și sectorul social, una dintre cauzele apariției sarcinii în adolescență este faptul că *„lipește educația sexuală timpurie”* (DGASPC, asistent social), mai ales în cazul adolescenților proveniți din grupurile defavorizate.

În opinia acestora, educația sexuală trebuie să fie inițiată precoce sub diferite forme, ca materie curriculară sau extracurriculară diferită *în funcție de categoria de vârstă* (MF), *„la vârsta adolescenței acordând o importanță tematicii legate de apariția sarcinii”* (MS), *comunicare* (mediator sanitar), dezvoltarea încrederii în sine, a capacității de negociere, a abilității de luare a deciziilor, în cazul fetelor, și implementarea unor activități de educație sexuală axate pe nevoile specifice, în situația băieților.

Educația sexuală, în școli sau în afara acestora, este realizată de către profesori de diferite specialități, educatori sau cadre medicale, cu condiția să fie *„oameni dedicați și instruiți în acest domeniu”*. În școală, poate fi profesorul de biologie sau orice alt profesor care este format în aria de referință. Lecțiile se pot organiza cu toată clasa, deoarece *„mai mulți se îndeamnă unul pe altul să vorbească”*, lăsând pudoarea la o parte, în grupuri mici, pentru cei care consideră că este dificil să captezi atenția când sunt mai mulți elevi, sau sub forma de caravane *„unde copiii interesați vin și pun întrebări”* (MS).

În grupuri mai mari, se poate apela la bilețele și, astfel, pot răspunde la tematica dezbătută mai mulți copii odată.

Activitățile de educație sexuală sunt mai eficiente dacă există o colaborare între școală, cabinet medical și familie, venind astfel în mod real în întâmpinarea nevoilor copilului.

„Lipsa profesorilor instruiți, a programelor de formare pentru profesori pe teme de sănătatea reproducerii” (MS) sau chiar *„absența personalului medical calificat (MS și asistent școlar) în unitățile școlare”* (AMC, rural) influențează în mod negativ nivelul de informare și comportamentul adolescenților orientat spre prevenirea sarcinii în adolescență.

Desfășurarea activității de educație sexuală în școli întâmpină numeroase bariere, plecând de la împotrivirea părinților, a profesorilor sau a conducerii școlii. *„Părinții nu sunt de acord ca adolescenții să participe la aceste activități, unii dintre aceștia provocând adevărate scandaluri în școală.”* Sunt și profesori care consideră că educația sexuală *„în loc să prevină un*

comportament sexual de risc, mai mult incită” ori conducerea școlii refuză sau interzice participarea medicilor specialiști în planificare familială la aceste activități.

În prezent, educația sexuală a fost inclusă în programa școlară în cadrul Educației pentru sănătate, ca materie opțională. Pentru a participa, elevul are nevoie de acordul părinților. Materia cuprinde obiective și activități de învățare referitoare la temele de sănătate a reproducerii și sexualității, precum: ceasul organismului feminin, ceasul organismului masculin, comportamentul sexual responsabil, atitudini față de debutul vieții sexuale, mituri legate de sexualizare/comportament sexual (reacții comportamentale față de manifestările anatomo-fiziologice ale pubertății), infecții cu transmitere sexuală, comportamente cu risc în transmiterea HIV/SIDA, planuri de viață, familie, relații sociale, impactul vieții sexuale asupra viitorului, concepția și sarcina, riscurile sarcinii în pubertate și adolescență pentru mamă și copil, avortul, planificare familială, consiliere, violența în familie, sexualitate, abuzul sexual.

Conform legislației în vigoare, orele de educație sexuală sunt susținute de profesorii de diferite specialități, de la biologie la educație fizică, interesul acestora față de aceste ore fiind în multe cazuri dictat de aspecte pecuniare, ore suplimentare și mai puțin de vocație. Conținutul și nivelul de detalii ale educației sexuale în școli rămâne adesea la decizia profesorului, care este influențat de cunoștințele sale în domeniu și de propria concepție de ordin religios și cultural.

Cadrelle medicale din școală sau din afara unității de învățământ, medici de planificare familială, medici de familie, la invitația profesorilor din școală, participă și susțin sau își arată disponibilitatea de a participa la activitatea de educație sexuală în școli, considerând că astfel *„fetele minore, prin informarea direct de la specialiști, vor dobândi încă de la vârste fragede cunoștințele necesare despre cum să prevină o sarcină nedorită”*.

Unii dintre medicii școlari consideră că au responsabilitatea de a face educație pentru sănătate în domeniul sexualității prin organizarea și susținerea de activități și ore de educație pentru sănătate, conform celor afirmate – *„ca medic școlar la un liceu, am obligația de a susține lecții de educație pentru sănătate, una dintre temele abordate fiind educația sexuală”*.

Educație sanitară, incluzând și educație sexuală, se face în centrele de plasament și copiii instituționalizați, cunoscut fiind faptul că aceștia sunt deosebit de vulnerabili la comportamente de risc.

În comunitățile dezavantajate, un rol important în educația pentru prevenirea sarcinii la minore îl are asistentul medical comunitar și mediatorul sanitar, responsabili în a consilia, informa și

îndruma familia dezavantajată social sau familia romă cu privire la importanța educației, prevenirea unor căsătorii timpurii, utilizarea metodelor contraceptive și cunoașterea riscurilor ce pot apărea în situația unei sarcini în adolescență atât pentru viitoarea mamă minoră, cât și pentru copil. În cele mai multe cazuri, educarea minorelor se face de către **asistentul medical și mediatorul sanitar comunitar** în cadrul vizitelor la domiciliu sau în grupuri la nivelul comunității.

Asistentul medical comunitar are atribuții în semnalarea cazurilor autorităților competente, supravegherea gravidelor minore dacă a fost depistată graviditatea, consiliere pentru prevenirea sarcinilor nedorite la minori, depistarea nevoilor medico-sociale, obținerea unor beneficii medico-sociale. Rolul **mediatorului sanitar** este de a consilia, informa și îndruma familia extinsă romă cu privire la importanța educației, dar și prevenirea unor căsătorii timpurii, având în vedere riscurile ce pot apărea atât pentru viitoarea mămică minoră, cât și pentru copil.

b) Politica privind furnizarea de servicii de sănătate a reproducerii și sexualității pentru adolescent

Problematica sănătății și sexualității în adolescență este o temă sensibilă care trebuie abordată cu tact și pricepere de către profesioniști care au cunoștințe în domeniu și în ceea ce privește particularitățile de dezvoltare psiho-emoțională proprii acestei vârste.

Adolescenții și tinerii beneficiază de aceleași servicii în domeniul sănătății reproducerii ca adulții, aceste activități fiind desfășurate în unități medicale pentru adulți, cabinete de asistență medicală primară, ambulatorii de specialitate sau secții de obstetrică-ginecologie.

Formal, planificarea familială, îngrijirea gravidei și a lăuzei sunt integrate în asistența primară, iar cabinetele de planificare familială sunt integrate în ambulatoriul de specialitate al unităților medicale.

Conform legislației în vigoare, pot beneficia de consultația de planificare familială la nivelul medicului de familie, prin pachetul de bază sau pachetul minimal de servicii, atât persoanele asigurate, cât și cele neasigurate.

1. Medicii de familie, conform legislației în vigoare, asigură consiliere contraceptivă, prescriu rețete de contraceptive și trimit pacientul la medicul specialist dacă sesizează o anumită patologie. Aceștia au și „atribuții în educația pentru sănătate prin contactul cu populația țintă, adulți și

adolescenți, atât în mediul rural, cât și în mediul urban, care are loc de la persoană la persoană cu ocazia consultațiilor medicale de la cabinet sau la domiciliu care au loc datorită unor afecțiuni medicale”(MF). În opinia medicului de familie, această educație de tipul „între recomandări și sfaturi strecor și educația sanitară” funcționează, deoarece „persoanele în cauză nu se simt constrânse de «educația medicală» pe care ei nu au solicitat-o” (MF).

Serviciile de planificare familială, contrar prevederilor de rambursare a serviciilor de către Casa Națională de Asigurări, nu sunt stimulative pentru medicii de familie, prin faptul că acestora nu li se decontează serviciile de planificare familială, motiv pentru care aceste servicii sunt rar sau chiar deloc furnizate.

Rețeaua de planificare familială este completată de cabinetele de planificare familială organizate la nivelul ambulatoriilor de obstetrică-ginecologie.

În conformitate cu legislația în vigoare, în prezent, cabinetele de planificare familială oferă consilierea adolescenților în domeniul planificării familiale, prescrierea de contraceptive orale, orientarea spre servicii de obstetrică-ginecologie, în caz de necesitate, sau montarea de sterilet. Rețeaua funcționa foarte bine în anii anteriori, asigurând gratuități pentru persoanele dezavantajate prin Programul național de sănătate a femeii și copilului. Datorită disfuncționalităților apărute în Programul național de planificare familială, în prezent, activitatea la nivelul cabinetelor de planificare familială s-a restrâns. Mulți medici au virat fie spre medicina de familie, fie spre alte specialități, activitatea de la acest nivel pierzându-și în mare parte rolul în furnizarea serviciilor specifice și limitându-se la consultație și consiliere privind metodele contraceptive. Cu toate acestea, medicii de planificare familială activi își oferă în continuare disponibilitatea de a fi antrenați în activități de educație sexuală în școli și licee și de a colabora cu persoanele abilitate din școală, la solicitarea acestora (medic PF).

Cabinetele de planificare familială sunt rar vizitate de viitoarele mame minore, adresabilitatea adolescenților fiind redusă și din cauza faptului că aceste cabinete sunt neprietenoase, „*organizate în ambulatorii OG, în care se întâlnesc adulți și adolescenți și nu se asigură în niciun fel confidențialitatea*” (MF).

În planificarea familială intervine și medicul de specialitate OG din ambulatorii și spitale de obstetrică-ginecologie, servicii care pot fi accesate numai de către persoana asigurată. Medicii specialiști OG recurg mai mult la avort, iar în ceea ce privește contracepția, sunt implicați mai mult în manevre de montare de sterilet. Consilierea contraceptivă post-avort nu este o practică curentă,

iar în ceea ce privește adolescentul, medicii OG nu au abilități și nici o instruire specifică de a consilia adolescentul. De multe ori, medicul OG apelează la avort pentru că „*este mai rentabil și mai rapid să faci avort*”, întâlnindu-se frecvent situații în care o adolescentă are 4-5 avorturi și niciun medic nu a consiliat-o în privința contracepției (medic de planificare familială).

Se semnalează cazuri de medici care fac o competiție neloială între privat și public, consultă adolescența în serviciul public și o îndruma la cabinetul privat pentru montare de sterilet, situație în care pacienta adesea renunță, din cauze financiare.

2. Asistența medicală comunitară

În unele comunități, în trecut, a existat o colaborare bună între medicul de planificare familială și personalul din rețeaua medicală comunitară și mediatori sanitari. Se mergea o dată pe lună în comunitatea defavorizată, mediatorul mobiliza femeile adulte și adolescente, fiind un specialist provenit din rândul lor, asistenta discuta cu ele și le dădea contraceptivele. Practica se baza pe datele unui ghid OMS pe această temă. Acest mod de lucru a funcționat din 2007 până în 2012. Există oameni care s-au format ca mediatori în comunitățile respective. În prezent, angajarea unui mediator depinde de primărie și se face la solicitarea primarului.

În ansamblu, adresabilitatea tinerilor la serviciile de sănătate a reproducerii în România este scăzută din următoarele considerente:

- legislația în vigoare stipulează faptul că fetele sub 16 ani au nevoie de consimțământul părinților pentru a-și procura contraceptive, iar gravidele sub 16 ani au nevoie de consimțământul părinților pentru a beneficia de asistență.
- serviciile de sănătate a reproducerii sunt organizate în secții și ambulatorii de specialitate OG, structuri care nu conferă confidențialitatea și intimitatea necesare unui adolescent.
- activitatea medicală adresată tinerilor nu respectă standardele internaționale de calitate, nu există ghiduri de practică pentru furnizarea serviciilor de sănătate a reproducerii și consiliere contraceptivă, în general, și pentru adolescent, în special.
- nu există și nu se promovează ideea unor servicii prietenoase pentru adolescenți și tineri, oportunitate oferită de organizarea unui serviciu prietenos pentru adolescent, model ce nu a fost susținut politic.

c) Politica de formare a personalului medical și a altor furnizori de sănătate

Motivație

1. Medicii de familie au cunoștințe și abilități limitate privind planificarea familială în adolescență, mai ales în ceea ce privește abilitățile de comunicare și consiliere a adolescentului. În trecut, medicii de familie au beneficiat de informare în scopul distribuirii contracepției, prin cursuri organizate de SECS. În prezent, numărul medicilor care au dobândit astfel de cunoștințe a scăzut semnificativ prin ieșirea din sistem.

După intrarea României în UE, fondurile internaționale au fost stopate și, astfel, nu au mai fost organizate instruirii specifice în domeniul contracepției pentru personalul medical.

În prezent, cunoștințele practice și teoretice despre planificare familială și consiliere se dobândesc în cadrul pregătirii de rezidențiat, la componenta medicină de familie și la cea de obstetrică-ginecologie, fără a face referire la populația țintă – adolescenții.

2. În ceea ce privește asistența comunitară, modulul de pregătire postuniversitară a asistentei comunitare include asistența mamei și copilului și tematica de planificare familială, cursurile de formare fiind orientate, în special, spre abordarea comunităților defavorizate, comunicarea și consilierea grupurilor vulnerabile, fără a face referire la adolescență în mod special.

d) Politica de finanțare a serviciilor de sănătate a reproducerii și a achiziției de contraceptive

În conformitate cu Legea 95/2006 și OUG nr. 72 din 20 septembrie 2006, finanțarea serviciilor de planificare familială pentru populația asigurată și neasigurată este realizată prin contracte încheiate între cabinetele medicilor de familie și DSP pentru servicii de planificare familială și servicii speciale de consiliere. În plus, există o sursă de finanțare pentru diverse componente ale serviciilor de sănătate a reproducerii și sexualității prin programele naționale preventive, acoperite de bugetul de stat prin Ministerul Sănătății, și prin programele curative, acoperite de Casa Națională de Asigurări de Sănătate.

Finanțarea procurării de contraceptive

Procurare contraceptive	Finanțare
Pilule, prezervative, sterilet acordate prin Programul național de sănătate a femeii și copilului – Programul de planificare familială	Bugetul MS, până în anul 2012
Pilule eliberate din farmacie în baza unei rețete eliberate de medicul de familie, medicul de planificare familială sau medicul specialist	Contra cost
Pilule pentru contracepția de urgență – procurare din farmacii fără rețetă	Contra cost
Prezervativ – din magazine	Contra cost
Sterilet	ONG-uri
Montare sterilet	Contra cost
Contraceptive (pilule, prezervative) achiziționate de către cabinetul de planificare familială dintr-un fond de rulment și eliberate la nivelul cabinetului	Contra cost, la un preț scăzut

În ceea ce privește disponibilitatea contraceptivelor pentru adolescenți, deși documentele legislative descrise mai sus propun furnizarea de contraceptive gratuit prin subprogramul de sănătate a femeii, în mod practic, disponibilitatea gratuită a încetat de câțiva ani ca urmare a lipsei de alocare bugetară pe motivul prevederilor referitoare la procesul de evaluare a tehnologiilor medicale, care întârzie înregistrarea contraceptivelor și împiedică procurarea acestora din bugetul de stat.

De asemenea, lista medicamentelor esențiale acoperite de asigurarea medicală nu include și produse contraceptive. Adolescenții își procură contraceptive contra cost din farmacie, în baza unei rețete acordate de medicul de familie, medicul de planificare familială sau OG.

În lipsa unei rambursări a costului contraceptivelor, mulți adolescenți nu își permit achiziționarea acestora și, în consecință, renunță la contraceptive.

În unele cabinete de planificare familială, puține la număr, se distribuie încă gratuit prezervative, din stocurile vechi sau obținute prin colaborare cu ONG-uri.

Se întâlnește și situația în care cabinetele de planificare familială au un fond de rulment folosit pentru a achiziționa contraceptive la un preț mult mai mic față de cel de pe piață. În unele cazuri, cabinetele de planificare familială asigură contraceptive la un preț mai mic decât în farmacie prin faptul că se fac achiziții la nivel de spital, situație în care aprovizionarea este dependentă de achiziția de la acest nivel.

Au fost semnalate și situații, la prima vedere neverosimile, în care, deși adolescentul deținea un sterilet primit de la o fundație umanitară, medicii OG dintr-o unitate medicală publică au refuzat să-l insereze gratuit, fapt ce a determinat pacienta să renunțe la contracepție și, după câteva luni, să vină la consultații, fiind gravidă (medic PF).

Lipsa contraceptivelor gratuite (medic PF), existența de mai mulți ani a unor disfuncționalități în cadrul programului național, cu absența contraceptivelor (prezervative/dispozitive intrauterine/contraceptive orale pentru grupurile vulnerabile (medic DSP) și absența unei politici de rambursare a costului contraceptivelor limitează accesul adolescenților la contracepție.

e) Politica de sensibilizare a comunității cu privire la drepturile adolescenților în materie de sănătate a reproducerii și sexualității și opțiunile de contracepție modernă

După intrarea României în UE, țara nu a mai beneficiat de fonduri pentru dezvoltare internațională, acestea fiind principalele surse care au susținut implementarea unor campanii de informare în domeniul sănătății reproducerii, inclusiv a celor referitoare la adolescent.

În prezent, există inițiative publice singulare, realizate de INSP, care a inițiat cu ocazia „Zilelor Contracepției” câteva acțiuni de mică amploare, vizând sănătatea reproducerii și contracepția la adolescent, și câteva acțiuni ale ONG-urilor responsabile cu distribuirea informațiilor și a mesajelor pe internet. Sunt menționate însă și câteva exemple pozitive „de colaborare cu primăria pentru sensibilizarea comunității prin organizarea de grupuri de informare pe contracepție, desfășurate mai ales în comunități dezavantajate social” (AMC).

Campanii negative

„Au fost și campanii negative pe TV, cum că contraceptivele nu sunt bune, că de la contraceptive se pot face diverse boli. În mass-media, au apărut și comentarii în care se spunea că persoane care au luat contraceptive au decedat. Aceste comentarii sunt nefondate și se bazează pe o lipsă de informare” (medic școlar).

„Tinerii au auzit că să nu se mai facă injecția, pentru că aceasta îi vor face să nu mai poată avea copii și că injecția se dă numai la o anumită categorie, zvonuri lansate pe Facebook” (medic de familie).

Toate aceste zvonuri au redus gradul de acceptare a contraceptivelor de către adolescenți și au favorizat apariția sarcinilor.

f) Politica de colaborare interinstituțională în domeniul sănătății reproducerii privitoare la adolescenți

Deși planificarea familială, contracepția sau urmărirea sarcinii la minore implică adesea colaborare interdisciplinară și, uneori, interinstituțională, în practică, această colaborare este deficitară.

- Nu există un traseu bine definit al adolescenților pentru contracepție, în care cabinetul de planificare familială să funcționeze ca un releu.
- Se constată deficiențe în comunicare și informare, dar și suprapunerea responsabilităților, în loc de acțiuni în complementaritate, între medicii de familie, medicii de planificare familială, medicii școlari și cei de obstetrică-ginecologie.
- De asemenea, există deficiențe în interacțiunea și comunicarea dintre sistemele de asistență medicală, socială, educație și de aplicare a legii (poliție, administrație publică locală).

g) Politica de prevenire a discriminării și egalitatea de gen

În România, prevenirea și combaterea discriminării sub toate formele ei, inclusiv cea care vizează dreptul la sănătate, sunt stipulate de acte normative precum: prevenirea discriminării – Legea 48/2002, sancționarea tuturor formelor de discriminare – Legea 48/2002, drepturile pacientului – Legea 46/2003, egalitate între bărbați și femei – Legea 202/2002. Legea asigurărilor de sănătate menționează explicit acordarea fără discriminare a serviciilor de sănătate. Toate aceste legi nu fac însă o trimitere explicită la drepturi și nediscriminare în domeniul sănătății reproducerii și a sexualității. În practică, statutul economic, educațional și cultural acționează limitativ în accesarea serviciilor de planificare familială.

Dacă se ia în discuție egalitatea de gen, se constată că aceasta nu este o temă de interes nici pentru specialiștii în medicina de familie, planificare familială, obstetrică-ginecologie și nici pentru

factorii educaționali, fiind rar abordată în cadrul activităților educaționale privind sănătatea reproducerii. În majoritatea cazurilor, responsabilitatea pentru contracepție și prevenirea sarcinii în adolescență este atribuită exclusiv fetelor.

Politicele și programele din domeniul egalității de gen nu sunt cunoscute nici măcar de către principalii actori sociali care ar trebui să le implementeze.

CAPITOLUL 5.

DISCUȚII

Din analiza secundară și din discuțiile cu profesioniștii rezultă că adolescentele care devin mame nu reprezintă un grup compact omogen.

Dacă utilizăm criteriul *cuprinderii școlare și al statutului material*, se pot diferenția două subcategorii de mame: mame care nu sunt cuprinse într-un sistem educațional și mame care sunt cuprinse într-un astfel de sistem.

1. Cele care nu mai frecventează școala aparțin, de obicei, unor grupuri vulnerabile. Unele trăiesc deja în concubinaj. Nu știm câte dintre ele au dorit sau nu să devină mame la aceste vârste timpurii. Este puțin probabil ca aceste fete să aibă cunoștințe suficiente privind sănătatea reproducerii, cel puțin în ceea ce privește domenii precum contracepția și prevenția bolilor cu transmitere sexuală. În puținele locuri unde se face această educație în România, beneficiarii sunt elevi de liceu și, rar, de școală generală, în segmentul de vârstă de până la 15 ani. Consilierea, pe care de multe ori o furnizează asistenții medicali comunitari după naștere, poate fi utilă, eventual, pentru prevenirea altor sarcini la vârste timpurii. Dar dacă ele trăiesc deja în concubinaj și în comunități sărace, aducerea pe lume a copiilor aducători de venituri poate să primeze în fața interesului de prevenire a sarcinii.

2. A doua categorie o reprezintă fetele care sunt cuprinse într-o formă de învățământ și devin mame întâmplător, din lipsa unor cunoștințe pentru prevenirea sarcinii nedorite. Asistenții sociali din spitale au afirmat că, nu de puține ori, aceste fete care frecventează școala trăiesc în concubinaje.

Prevenirea sarcinii la minore constituie un demers complex, cu intervenții venite din mai multe zone (educație, sănătate, asistență socială) pentru a produce rezultate.

Dacă luăm în discuție *apartenența socială*, putem distinge trei subgrupuri:

1. Grupul adolescentelor care devin mame întâmplător. Aceste adolescente nu fac parte din familii defavorizate economic, nu au abandonat școala, nu aparțin unui grup etnic defavorizat, au peste 15 ani și au cel puțin ciclul obligatoriu finalizat.
2. Grupul mamelor adolescente care provin din familii sărace, dezorganizate, cu posibil abandon școlar, din mediul rural și urban, indiferent de etnie.
3. Grupul mamelor adolescente care trăiesc în comunități etnice tradiționale. În aceste grupuri tradiționale, sarcina sau nașterea la vârste foarte fragede nu este o întâmplare sau consecința lipsei de cunoștințe privind prevenirea sarcinilor nedorite.

După cum a reieșit din discuțiile cu profesioniști și persoane resursă, „căsătoriile” timpurii, în unele comunități (de exemplu, comunitatea romă), reprezintă o puternică tradiție care se lasă greu dislocată. Ele au loc într-un cadru cultural complex care definește modul de viață al acestor comunități. Acest mod de viață este organizat pe baza unor norme și valori în totală contradicție cu principiile care definesc statul de drept, statutul copilului și al femeii în societatea românească contemporană.

Tradițiile (la romi) au un rol major în organizarea socială a comunității, iar mentalitatea este reticentă la schimbare (Preoteasa A. M. și alții, 2009).

Fetele de 9-12 ani sunt plasate, în urma unor tranzacționări, în familia viitorului partener. După cum au afirmat unii experți, cunoscători ai comunităților tradiționale rome, această plasare are ca scop păstrarea virginității fetelor până la maturitatea sexuală a partenerului desemnat, precum și învățarea obiceiurilor familiei respective pentru a fi cât mai mult pe placul partenerului și al familiei acestuia (Burtea, 2002). După această plasare, fetele își pierd toate drepturile pe care le au în general copiii, dar și viitorii adulți. Ele nu merg la școală, nu sunt protejate de abuzuri și, odată cu maturitatea sexuală, intră în ciclul natural al vieții reproductive, devenind mame atunci și ori de câte ori este posibil din punct de vedere biologic.

Căsătoria se oficiază religios de un preot, chiar fără căsătoria civilă. Astfel, dacă devin capabile de reproducere, fetele devin mame, indiferent de vârstă.

Încep să nască copii de la 12-13 ani, iar până la 15 ani au sigur cel puțin un copil. Nu nasc la spital decât dacă au probleme. Școala nu este valorizată în comunitatea de romi căldărari din Sărulești, majoritatea mergând la școală doar până se căsătoresc. Motivul invocat pentru lipsa educației îl reprezintă lipsa mijloacelor materiale de susținere a copiilor (nu au caiete, nu au mâncare la ei, nu au încălțăminte etc.). Analfabetismul este foarte ridicat în comunitate. (Preoteasa, A. M. și alții, 2009).

Deși fenomenul este binecunoscut de autorități și profesioniști, situația este „acceptată” pentru că este vorba de romi tradiționali. Aproape nicio lege care reglementează drepturile copiilor și ale femeilor nu este aplicată în aceste comunități. Lipsa intervențiilor de-a lungul timpului a făcut ca dimensiunea acestor fenomene să crească. Așa cum a rezultat și din studiul cantitativ, numărul copiilor care devin mame înainte de 15 ani a crescut în ultimii ani. Ponderea nașterilor la minorele de etnia romă este de șase ori mai mare față de cele de etnie română.

Deși sunt încălcate o serie de legi privind educația și protecția drepturilor copilului, eficiența intervențiilor autorităților este ca și inexistentă câtă vreme aceste fenomene sunt în creștere.

Discuția cu persoanele resursă, cunoscătoare ale situației romilor, de la nivel academic și cu unul dintre reprezentanții organizațiilor care se ocupă de comunitatea de romi a evidențiat faptul că speranța privind schimbarea acestei stări de fapt, în comunitățile tradiționale de romi, este minimă, cel puțin în condițiile actuale.

Au fost menționați mai mulți factori care țin de modelul cultural al acestor comunități și care sunt, în multe privințe, în opoziție totală cu prevederile legale actuale referitoare la protecția copilului sau cu prevederile din Codul penal privind relațiile sexuale cu minore.

Mai mult decât atât, interlocutorii ne-au explicat că acel model practicat are un rol protector pentru tinerele mame, deoarece ele sunt astfel protejate de comunitate prin reguli stricte, iar familiile constituite sunt stabile (Burtea, 2002).

Această protecție este necesară și justificată în condițiile societății românești actuale care discriminează această etnie pe piața muncii. De pildă, absolvirea unei școli sau dobândirea unei

profesii nu ar conferi elemente avantajoase pentru viața acestora, deoarece femeile rome sunt foarte greu acceptate de angajatori.

Unul dintre interlocutori a fost de părere că salariul acordat actualmente de cei mai mulți angajatori este, de regulă, cel minim pe economie, nemotivant pentru a abandona acest stil de viață.

Comunitatea romilor căldărari din Sărulești este destul de numeroasă, din declarațiile asistentului social de la primărie reieșind că numără aproximativ 400 de persoane. În comunitatea din Sărulești, fetele se căsătoresc la 10-13 ani. Motivul pentru care fetele sunt angrenate în căsătorii timpurii este faptul că ele sunt privite ca o „investiție riscantă” de către părinți, riscul constând în posibilitatea de pierdere a virginității..., familia fetei primește bani de la cea a băiatului, ceea ce întreține temerea ca fetele să nu-și piardă virginitatea sau să fugă cu alți bărbați (altfel, banii și bunurile trebuie returnate). La nuntă au obiceiul de a arăta proba că mireasa e fată mare, punând un cearșaf sub ea în timpul actului sexual. Este necesară această probă pentru a nu izbucni scandalul între familiile din comunitate.

(Preoteasa, A. M. și alții, 2009).

Legile care ar putea sancționa și, în consecință, descuraja aceste comportamente au ocolit sistematic aceste comunități. În opinia specialiștilor participanți la studiul calitativ, ar putea să intervină:

1. Serviciul de asistență socială de la nivelul autorităților publice locale, cu ocazia anchetelor sociale realizate în aceste familii pentru acordarea unor beneficii;
2. Instituțiile de învățământ, școala, grădinița atunci când copilul nu este înscris, nu frecventează sau abandonează școala;
3. Serviciile de protecție a copilului din cadrul DJASPC atunci când maternitățile sesizează nașteri la minore.

Toate aceste instituții ar trebui să sesizeze poliția pentru cercetarea neglijării, a lipșirii de libertate, a abuzului copiilor plasați în grija altor familii, precum și pentru relațiile sexuale cu minore, deoarece aceste fapte intră și sub incidența Codului penal. Reprezentanți ai serviciilor de protecție a copilului au afirmat că, după sesizarea poliției, nu primesc un feedback de la aceste instituții și nu știu dacă cei care au neglijat și abuzat copiii în cauză au fost cercetați și sancționați. În opinia lor, cel mai probabil, nu există nicio anchetă, deoarece apar noi și noi sarcini și nașteri la aceste

minore. Pentru această lipsă de acțiune, nici persoanele, nici instituțiile nu sunt monitorizate sau trase la răspundere.

Există diferite structuri instituționale care au responsabilități în respectarea unor legi și proceduri, cum ar fi Inspekția Socială și Corpul de Control al ANPCA.

Inspekția Socială verifică autorizările, licențierile și standardele minime existente pentru diferite servicii, dar nu verifică dacă intervențiile pe un caz au avut vreo finalitate. În momentul de față, se întâmplă acest lucru deoarece nu există standarde pentru neglijare și abuz, deci Inspekția Socială nu are ce să verifice.

Corpul de Control al ANPCA este instituția abilitată care ar trebui să verifice conținutul intervențiilor la sesizările de abuz și neglijare a copiilor. Această structură intră în acțiune fie în urma sesizărilor, fie realizează controale tematice de rutină, dar după cum au afirmat reprezentanții DGASPC, nu au existat cercetări ale acestei instituții care să meargă la rădăcina lucrurilor.

Intervențiile serviciilor de protecție a copilului se limitează, de regulă, la acordarea unor drepturi bănești sau a unor servicii și prestații acestor fete în calitate de mame, care însă nu previn repetarea cazurilor. Dimpotrivă, prin aceste beneficii, o mamă minoră devine atractivă, fiind aducătoare de venituri. De aceea, descurajarea maternității timpurii doar prin programe de planificare familială este lipsită de sens pentru aceste comunități.

Femeile sub 35 de ani apelează la mijloace contraceptive – anticoncepționale, legarea trompelor – sau la chiuretaj. Se feresc însă să declare acest lucru, deoarece bărbații nu le permit să utilizeze astfel de mijloace. (Preoteasa, A. M. și alții, 2009).

Vârsta scăzută la prima experiență sexuală, ponderea relativ mare a adolescentelor gravide sau care au născut înainte de 15 ani și prevalența mare la persoanele needucate, la cele de etnie romă și la cele cu o situație socioeconomică precară atrag atenția asupra populației care trebuie vizată de politicile publice care vor să acționeze în sensul diminuării unor fenomene nedorite în rândul minorilor.

CAPITOLUL 6.

CONCLUZII

6. Absența unei politici coerente și a standardelor de practică în domeniul sănătății reproducerii pentru profesioniștii care se adresează adolescenților

- ❖ În prezent, măsurile politice privind sănătatea și prevenirea sarcinii la minore sunt dispersate între diferitele autorități, fără o *delimitare a rolului și o corelare a atribuțiilor* de acțiune.
- ❖ Nu există *standarde pentru consilierea adolescentului, în general, și a celui dezavantajat social, în special*, în domeniul contracepției și formularea unor responsabilități și limite de acțiune, atât la nivel instituțional, cât și în plan profesional.
- ❖ *Responsabilitățile în zona prevenției sarcinilor nedorite sunt imprecis atribuite unui număr mare de categorii de profesioniști* (asistenți comunitari, asistenți sociali, mediatorii sanitari, medici de familie, medici ginecologi, medici cu competență de planificare familială, medici din DSP), care însă *nu par a fi armonizați și nici să cunoască suficient de bine complementaritatea activităților lor*.
- ❖ Există o reducere a numărului *profesioniștilor instruiți* în domeniul consilierii adolescentului cu privire la planificarea familială datorită faptului că rețeaua de medici de planificare familială a fost destructurată, medicii de familie au ieșit din sistem, asistenții comunitari și mediatorii sanitari sunt într-un *număr redus*.
- ❖ Nu este încurajată și sprijinită *organizarea unor activități de formare postuniversitară* pe teme specifice adresate profesioniștilor în domeniul sănătății reproducerii la *adolescenți*, la care să poată participa profesioniști cu o formare de bază diferită (profesori, asistente medicale, moașe, medici, psihologi, asistenți sociali și comunitari) pentru a se realiza *armonizarea activității*.
- ❖ *Nu există materiale de informare* în domeniul sănătății reproducerii și sexualității, *adequate pentru diferite categorii de vârstă și niveluri de educație, inclusiv pentru adolescenții analfabeți funcțional*.

7. Lipsa unui program coerent de educație pentru sănătate oferită adolescenților

- ❖ Pentru adolescentele care devin mame după 15 ani, sarcina ar putea fi prevenită prin educație și *programe de planificare familială adaptată* cadrului sociocultural în care trăiesc aceste adolescente.
- ❖ Politica de educație pentru sănătate în școli este, în prezent, opțională și are deficiențe în ceea ce privește furnizarea de informații care să asigure un comportament sexual fără risc și prevenirea sarcinii în adolescență.
- ❖ Așa cum a reieșit din studiul cantitativ și calitativ, *mamele minore nu reprezintă un grup compact, cu aceleași caracteristici și nevoi.*
- ❖ În opinia profesioniștilor intervievați, în acest studiu,
 - participarea scăzută,
 - organizarea deficitară a activității de către un
 - personal fie cu competențe, fie cu abilități insuficiente (diriginte, profesor de biologie, medic școlar),
 - *absența unor standarde de performanță și*
 - *lipsa unei strategii de comunicare adresate opozanților activității de educație sexuală* – părinți, profesori, lideri religioși,sunt factori care contribuie la un rezultat scăzut al acestor acțiuni.

8. Abordarea unidimensională a problematicii mamei minore în serviciile sociale, centrată pe sprijinul financiar

- ❖ Intervențiile serviciilor de protecție a copilului se orientează, de regulă, spre acordarea unor *drepturi bănești sau a unor servicii/prestații* acestor fete în calitate de mame, *care însă nu previn repetarea cazurilor.*
- ❖ Cele mai multe mame minore au abandonat sau abandonează școala în momentul în care devin mame. De aceea, stabilirea unor măsuri care să permită *integrarea lor școlară și accesul la educație și formare* sunt absolut necesare pentru a asigura noilor familii un cadru socioeconomic *care să permită dezvoltarea copiilor lor.*
- ❖ Nu sunt implementate *măsuri educative pentru grupurile de adolescenți dezavantajați social și pentru cei care au abandonat școala*, aceștia fiind, în mare parte, excluși de la

activitățile informative și de educație, fapt ce sporește riscul unui comportament sexual neadecvat și de apariție a unei sarcini nedorite.

- ❖ *Nu există o rețea de psihologi, integrată în serviciile de asistență socială, care să dezvolte și să implementeze programe de suport pentru mamele minore.*

9. Lipsa de adaptare a serviciilor de planificare familială la nevoile adolescenților, în special ale celor din familii defavorizate

- ❖ *Politica de monitorizare și evaluare a strategiei pentru sănătatea femeii și copilului și a programului de planificare familială nu include indicatori privind sănătatea reproducerii la adolescent.* Destructurarea actuală a rețelei de planificare familială nu mai oferă cadrul necesar consilierii și asistenței în domeniul contracepției în general, ceea ce limitează, în mod secundar, și accesul adolescenților la aceste servicii, atât în mediul urban, cât și în cel rural. În mediul rural, această asistență era asigurată de medicii de familie, care sunt puțini și supraîncărcați cu alte activități; mulți dintre ei au părăsit rețeaua de planificare familială.
- ❖ *Adolescentul, în general, nu constituie o prioritate în documentele strategice ce privesc sănătatea reproducerii, acesta fiind inclus scriptic în grupul larg al beneficiarilor „Programului național de sănătate a femeii și copilului” pentru prevenirea sarcinii prin accesul la servicii de planificare familială.*
- ❖ *Accesul adolescenților la serviciile de planificare familială este îngreunat prin faptul că acestea nu asigură un mediu prietenos și de confidențialitate.*
- ❖ *Politicile de sănătate nu asigură accesul egal al grupurilor de adolescenți defavorizați social la serviciile de planificare familială și la utilizarea de contraceptive moderne, prin lipsa de informare, stigmatizare, bariere de ordin cultural și religios, crescând astfel vulnerabilitatea acestora la o sarcină nedorită.*
- ❖ *Nu mai există gratuități pentru obținerea de contraceptive, fapt ce determină, în opinia specialiștilor, scăderea în mod considerabil a adresabilității tinerilor la serviciile de planificare familială și a folosirii contracepției, în mod special de către grupurile dezavantajate social.*

10. Implicarea redusă a adolescenților în îmbunătățirea situației

- ❖ *Campaniile susținute de sensibilizare a comunității* cu privire la problematica sexualității la adolescent, riscurile sarcinii nedorite și modalitățile de prevenire a acesteia sunt sporadice și fără susținere financiară din partea guvernului.
- ❖ Nu există niciun feedback la informațiile transmise de furnizorii de servicii pentru luarea unor decizii la nivelul sistemului medical.
- ❖ Politicile și practica socială actuală se referă aproape în exclusivitate la mamele minore, fiind necesară includerea tuturor adolescenților, deoarece o parte dintre ei sunt *tații copiilor* născuți de mamele minore sau viitorii parteneri ai acestora sau persoanele de sprijin cele mai apropiate de mamele minore și de copiii acestora.
- ❖ *Stigmatizarea*, ca eveniment psihologic sau social, constituie o barieră pentru accesul adolescenților la servicii de planificare familială și consiliere în domeniul sănătății reproducerii. Din aceasta derivă și *atitudinea neparticipativă a acestora când vine vorba de îmbunătățirea situației*.

6. Absența unui sistem informațional privind sănătatea reproducerii la adolescenți

- ❖ Nu există o politică coerentă privind sistemul informațional din domeniul sănătății reproducerii, inclusiv al sănătății reproducerii la tineri. Astfel, Studiul Sănătății Reproducerii 2016 nu este reprezentativ pentru întreaga populație de tineri.
- ❖ Nu există o analiză sistematică a datelor colectate și *nici o politică de diseminare a informațiilor*. Drept urmare, *folosirea informațiilor pentru planificare și luarea unor decizii politice la nivelul sistemului este limitată*.
- ❖ Nu sunt finanțate *studii și cercetări* care să identifice nevoile și așteptările specifice ale adolescenților din România și care să fundamenteze atât politicile, cât și standardele de practică în domeniu.
- ❖ Studiile efectuate până în prezent privind sarcina în perioada adolescenței au în centru *mama minoră, dar neglijează populația adolescentă de sex masculin*. Demararea unor astfel de proiecte de cercetare și, apoi, de educație poate preveni nu doar o parte dintre sarcini sau stigmatizarea mamelor minore, ci și o altă categorie de boli care afectează sănătatea reproducerii, respectiv bolile cu transmitere sexuală.

CAPITOLUL 7. RECOMANDĂRI

7.1. Politici de sănătate

1. Să se inițieze o reformă legislativă și administrativă care să înlăture barierele ce îngădesc accesul minorilor la informații și servicii de sănătate a reproducerii și sexualității, prin *revizuirea și adaptarea cadrului legal privind politicile de sănătate a reproducerii*. Un element esențial al acestei reforme este integrarea activităților privind sănătatea reproducerii și sexualității în ample programe sociale și de sănătate adresate tinerilor, *cu implicarea activă a acestora* în organizarea și implementarea activităților privind sănătatea reproducerii și sexualității care să nu necesite acordul de participare din partea părinților.
2. Includerea în *Strategia națională de sănătate 2021-2025* a problematicii sănătății reproducerii și a *prevenirii sarcinii la adolescente*. În cadrul *Strategiei naționale de sănătate*, sănătatea reproducerii și sexualității adolescentului să fie o direcție de sine stătătoare, având ca scop eliminarea inegalităților în asistența adolescentului, cu stabilirea unor obiective și a unui plan de măsuri adecvate problematicii de vârstă în acest domeniu.
3. Principiile strategiei să se bazeze pe *valori sociale și etice*, precum:
 - a. dreptul la confidențialitate,
 - b. participare,
 - c. egalitatea de gen,
 - d. echitate
 - e. nediscriminarea în asistență și prevenție și
 - f. abordarea grupurilor dezavantajate social, educațional sau cultural.
4. Elaborarea unor programe și proiecte viabile și sustenabile pentru asigurarea sănătății reproducerii și sexualității la adolescent și prevenirea inegalităților în educație și asistență în cazul adolescenților dezavantajați social, realizate prin colaborarea și participarea școlilor, a liderilor locali, a autorităților locale și a liderilor comunitari.
5. Introducerea în sistemul de evaluare a politicilor de sănătate din domeniul sănătății reproducerii în mod obligatoriu și a *indicatorilor care măsoară inegalitățile în asistența medicală și socială și în accesul la educație*.

7.2 Colaborarea interinstituțională

1. Pentru a face față nevoilor adolescenților și tinerilor în domeniul sănătății reproducerii, este nevoie de o *abordare complexă multidimensională, în cadrul unor politici publice integrate care să vizeze:*
 - a. *educația sexuală,*
 - b. *sensibilizarea comunității asupra nevoilor specifice în domeniu și*
 - c. *asigurarea unor servicii adaptate profilului psihologic și emoțional al adolescentului.*
2. Dezvoltarea unor *rețele interinstituționale de colaborare în vederea stabilirii unor măsuri transversale* pentru a facilita prevenirea sarcinilor la adolescente, cu participarea, printre alții, a Ministerului Sănătății, a Ministerului Educației, a Ministerului de Interne (a poliției), a universităților, a primăriilor, a ONG-urilor, a asociațiilor pentru protejarea comunităților rome, cu definirea clară a rolurilor și a responsabilităților.
3. Crearea unei *rețele de comunicare și colaborare în domeniu*, eliminarea inegalităților în domeniul asistenței adolescentului vizând sănătatea reproducerii, prin inițierea unor *proiecte sustenabile*.
4. *Dezvoltarea de parteneriate între instituțiile guvernamentale și ONG-uri* pentru inițiative care să răspundă nevoilor tinerilor și adolescenților în domeniul sănătății reproducerii, în general, și al prevenirii sarcinii, în special.

7.3. Dezvoltarea de politici bazate pe dovezi științifice

1. Implementarea de *cercetări cantitative și calitative* privind comportamentul sexual al tinerelor fete și al băieților pentru a utiliza astfel de date în dezvoltarea și îmbunătățirea serviciilor adresate tinerilor în domeniul sănătății reproducerii și al prevenirii sarcinii la adolescent.
2. Organizarea *periodică a studiului sănătății reproducerii la adolescenți și tineri*, colectarea pe eșantioane reprezentative la nivelul țării, procesarea și analiza informațiilor privind sănătatea reproducerii și sexualității pentru a fi folosite în deciziile politice ulterioare.

3. Realizarea *de analize comparative și previziuni și elaborarea de strategii alternative pentru abordarea problematicii sănătății reproducerii și sexualității la tineri.*
4. Evaluarea *factorilor culturali și motivaționali care contribuie la apariția sarcinii la adolescente și la minorele sub 15 ani și dezvoltarea de intervenții specifice diverselor grupe de vârstă.*
5. Dezvoltarea unor *programe de educație* care să vizeze factorii culturali identificați și a unor intervenții specifice pe grupe culturale (romi, populație vulnerabilă din rural și urbanul sărac etc.), adresate atât tinerilor, cât și părinților, liderilor comunitari etc.

7.4. Furnizarea de servicii educaționale și de sănătate a reproducerii personalizate pentru adolescenți

a. Educația sexuală

1. Introducerea în programa școlară a *educației în domeniul sănătății reproducerii și sexualității* ca *materie obligatorie*, în acord cu standardele internaționale, și axarea programelor pe valori și pe crearea de obiceiuri comportamentale responsabile.
2. *Realizarea unui conținut adaptat vârstei*, problematicii și modului de înțelegere al copilului care să fie predat încă din primele clase, precum și includerea *egalității și nediscriminării* în programele IEC implementate pentru adolescenți în domeniul sănătății reproducerii.
3. *Realizarea unei strategii de comunicare* și asigurarea unui mod transparent de desfășurare a educației sexuale în școli pentru toți factorii interesați: părinți, profesori, lideri comunitari.
4. Organizarea unor *programe de educație a adultului*, adresate părinților și profesorilor, pentru dobândirea unor abilități care să le permită să informeze și să ghideze adolescenții în dezvoltarea unui comportament sexual sigur și responsabil.
5. Elaborarea unor norme administrative, care să asigure colaborarea între diferiții actori cu rol în asistența adolescentului în școală (medic școlar, asistent medical, psiholog, asistent social, profesor), cu acordarea unor drepturi pentru a participa la orele de educație sexuală.
6. Elaborarea unor *programe/proiecte educaționale pentru adolescenții care au abandonat școala și cei cu analfabetism funcțional*, cu adaptarea modalității de transmitere a informațiilor prin rețeaua de asistență medicală comunitară și mediatorii sanitari.

7. Organizarea unor *activități de instruire a personalului* care susține lecții de educație sexuală în școli și comunitate, folosind un curriculum de formare și metode de instruire în conformitate cu standardele internaționale.

b. Servicii de planificare familială prietenoase

1. Reorganizarea serviciilor de planificare familială, cu *inițierea unor servicii prietenoase pentru adolescenți și tineri* și identificarea posibilităților de a reface rețeaua de cabinete de planificare familială/servicii de sănătate a reproducerii și sexualității, asigurând astfel și accesul grupurilor din mediul rural. Amplasarea acestor servicii acolo unde se întâlnesc grupuri mari de tineri (campusuri universitare).
2. Organizarea unor *centre de informare a tinerilor* în domeniul sănătății reproducerii și sexualității, cu o atmosferă prietenoasă, și/sau dezvoltarea de site-uri dedicate tinerilor pe tema sănătății reproducerii.
3. Elaborarea de *standarde pentru serviciile de planificare familială adresate adolescenților*, obiectivate prin dezvoltarea de *ghiduri clinice* cu un capitol dedicat adolescenților, în acord cu standardele internaționale și documentele OMS.
4. Asigurarea *furnizării de contraceptive gratuite adolescenților*, în general, și celor defavorizați, în special, prin:
 - a. introducerea produselor contraceptive pe lista medicamentelor esențiale pentru a se putea realiza o procurare centralizată prin programele de sănătate;
 - b. distribuția gratuită a prezervativelor, a contraceptivelor și a altor produse destinate contracepției pentru grupurile defavorizate, prin programele de sănătate;
 - c. asigurarea accesului la o varietate de contraceptive în funcție de necesități, mai ales în cazul adolescentelor defavorizate.
5. Revizuirea rolului și motivarea medicilor de familie pentru furnizarea de servicii de sănătate a reproducerii și sexualității, inclusiv a serviciilor prietenoase pentru adolescenți și tineri.
6. Antrenarea asistentelor medicale din cabinetele de medicină de familie, medicină școlară sau ambulatoriul de specialitate și a moașelor și stimularea intervenției rețelei de asistență comunitară și a mediatorilor sanitari în activitatea de planificare familială, în funcție de

competența acestora, precum și în activități de promovare a sănătății și de educație pentru sănătate.

7. Reactivarea activității de consiliere contraceptivă a adolescenței pre-avort și post-avort și trimiterea acestora la cabinetul de planificare pentru consiliere.
8. Realizarea de activități de promovare a sănătății adresate adolescenților.

7.5. Formarea personalului pentru servicii de sănătate a reproducerii adresate adolescenților

1. Creșterea numărului profesioniștilor în domeniul sănătății reproducerii și sexualității la adolescenți și tineri prin formare, angajare de personal sau redistribuirea personalului existent – medici de planificare familială, medici de familie, medici și asistenți școlari, asistenți medicali comunitari, angajarea de asistenți medicali comunitari/mediatori sanitari/sociali etc.
2. Formarea personalului din sectorul medical, educație, sectorul social și alte domenii relevante pentru informarea și consilierea tinerilor și a adolescenților în domeniul sănătății reproducerii și sexualității; *elaborarea unui curriculum de formare și a unor materiale educaționale în concordanță cu standardele internaționale.*
3. Organizarea unor activități de educație continuă pentru personalul medical și alți specialiști, în funcție de pregătirea și rolul profesional ale acestora, pentru a acorda servicii de calitate în domeniul sănătății reproducerii, în condiții de confidențialitate adecvate nevoilor tinerilor și adolescenților.
4. Creșterea accesului acestor educatori la materiale de informare, precum și la contraceptive gratuite ce pot fi distribuite în comunitate prin intermediul asistenților medicali comunitari, al mediatorilor sanitari, al moașelor.
5. Reconsiderarea rolului asistentelor și al moașelor, promovarea și includerea acestor profesioniști calificați și mai puțin costisitori în serviciile de educație pentru sănătate desfășurate în cadrul cabinetelor de planificare familială.

7.6. Sensibilizarea comunității

1. Dezvoltarea unei *strategii de advocacy pentru drepturile reproductive ale tinerilor* în vederea sensibilizării decidenților pentru a considera problematica sănătății reproducerii o prioritate națională.
2. Inițierea unor *programe de educație adresate părinților* pentru a ghida adolescenții în dezvoltarea unui comportament sexual sigur, colaborarea multidisciplinară și interinstituțională. Utilizarea creativă a mass-mediei și a rețelelor sociale pentru a oferi informații adecvate tinerilor.
3. Stimularea colaborării cu comunitatea, cu *implicarea liderilor comunitari*, a bisericii și a mass-mediei.
4. Utilizarea *mass-mediei și a rețelelor sociale* în politica de diseminare a informațiilor între actorii politici relevanți, instituțiile interesate și comunitate.
5. Dezvoltarea unei *campanii de informare* prin intermediul mass-mediei *cu privire la educația sexuală în școli*, obiectivele propuse și tematica abordată, înainte de introducerea acesteia în programa școlară, ar facilita înțelegerea de către membrii comunității a demersului propus, facilitând acordul părinților.
6. *Îmbunătățirea diseminării informațiilor* privind politicile existente, programele și proiectele în domeniul sănătății reproducerii la tineri de către diferitele instituții publice și private, în funcție de atribuțiile lor specifice.
7. *Promovarea rolului cabinetelor de planificare familială* în rândul populației, al medicilor de familie, al asistenților medicali comunitari, al mediatorilor sanitari, cu accent pe importanța sănătății familiei.
8. *Elaborarea și distribuirea de materiale informative* în domeniul sănătății reproducerii și sexualității, adecvate pentru diferite categorii de vârstă și comunități, inclusiv cele dezavantajate social.

7.7. Politici sociale

1. Revizuirea politicilor sociale pentru asigurarea drepturilor copilului vizând sănătatea reproducerii și prevenirea abuzului asupra copiilor și a femeilor în comunitățile sărace și cele tradiționale rome.

2. Responsabilizarea intervenției factorilor cu atribuții în domeniu pentru identificarea și sancționarea abuzului sexual asupra minorilor, cu evaluarea periodică a activității de intervenție a factorilor responsabili.
3. Asigurarea *suportului psihologic* pentru minorii din familii dezorganizate, cu părinți plecați în străinătate și alte grupuri vulnerabile.
4. Implementarea extinsă a politicilor de prevenire a abandonului școlar, cu accent pe mediul rural și pe etnia romă.
5. Creșterea accesului la servicii de sănătate a reproducerii în cazul copiilor din centrele de plasament/familii adoptive.
6. Implementarea unor măsuri de sănătate a reproducerii la nivel comunitar, inclusiv acces la contracepție gratuită pentru adolescenții din medii vulnerabile.

ANEXE

Lista figurilor

Figura 1 – Numărul de născuți vii ale căror mame au avut vârsta < 15 ani

Figura 2 – Numărul de născuți vii ale căror mame au avut vârsta între 15 și 19 ani

Figura 3 – Principalele caracteristici legate de mediul de proveniență al minorelor care au născut

Figura 4 – Distribuția eșantionului în funcție de experiența sexuală, pe vârste

Figura 5 – Metode de contracepție cunoscute de subiecți

Figura 6 – Distribuția eșantionului în funcție de gradul de informare al subiecților cu privire la metodele de contracepție

Figura 7 – Ponderea subiecților care cunosc cel puțin o metodă de contracepție

Figura 8 – Surse de informare privind metodele de contracepție

Lista tabelelor

Tabelul 1. Numărul de copii născuți de mame adolescente

Tabelul 2. Distribuții procentuale ale răspunsurilor exprimate

Tabelul 3. Vârsta primei sarcini

Tabelul 4. Relația cu tatăl copilului la prima sarcină

Tabelul 5. Vârsta primei nașteri

Tabelul 6. Starea civilă, numărul de copii și starea de graviditate, în funcție de nivelul de educație al adolescentelor

Tabelul 7. Vârsta primei experiențe sexuale în funcție de mediu, nivelul de educație, apartenența etnică

Tabelul 8. Ponderea și vârsta medie a primei experiențe sexuale în funcție de mediu, nivelul de educație, apartenența etnică

Tabelul 9. Repartiția pe medii, nivel de educație și etnie a adolescentelor care își începuseră viața sexuală înainte de momentul efectuării anchetei

Tabelul 10. Locul primei experiențe sexuale

Tabelul 11. Vârsta primului partener

Tabelul 12. Relația în care se aflau adolescentele cu primul partener sexual

Tabelul 13. Distribuția în funcție de starea civilă a persoanei, pe medii

Tabelul 14. Distribuția în funcție de starea civilă a persoanei, pe vârste

Tabelul 15. Distribuția persoanelor aflate în cuplu, în funcție de vârsta avută la debutul primei experiențe de cuplu

Tabelul 16. Vârsta primei experiențe de cuplu în funcție de mediu, nivelul de educație, apartenența etnică (valori absolute)

Tabelul 17. Vârsta primei experiențe de cuplu în funcție de mediu, nivelul de educație, apartenența etnică (valori procentuale)

Tabelul 18. Starea civilă, numărul de copii și starea de graviditate în funcție de nivelul de educație al adolescentelor

Tabelul 19. Distribuția subiecților pe etnii, în funcție de nivelul de educație

Tabelul 20. Gradul de informare al adolescentelor privind mijloacele contraceptive și anumite caracteristici

Tabelul 21. Sursele de informare privind mijloacele de contracepție

Tabelul 22. Utilizarea unei metode de evitare a sarcinii la prima experiență sexuală

Tabelul 23. Metoda de evitare a sarcinii la prima experiență sexuală

Tabelul 24. Decidentul asupra metodei de evitare a sarcinii alese la prima experiență sexuală

Tabelul 25. Distribuția eșantionului în funcție de metodele de contracepție utilizate, după unele caracteristici

BIBLIOGRAFIE SELECTIVĂ

1. Ana Maria PREOTEASA, Sorin CACE, Gelu DUMINICĂ - coordonatori - STRATEGIA NAȚIONALĂ DE ÎMBUNĂTĂȚIRE A SITUAȚIEI ROMILOR: VOCEA COMUNITĂȚILOR (2009), editura Expert
2. [Ana Penman-Aguilar¹](#), [Marion Carter](#), [M Christine Snead](#), [Athena P Kourtis](#) Socioeconomic Disadvantage as a Social Determinant of Teen Childbearing in the U.S., Public Health Reports, Mar-Apr 2013; 128(Suppl 1):5-22., doi: 10.1177/00333549131282S102.
3. Burtea, Vasile, RROMI, în sincronia și diacronia populațiilor de contact, EDITURA LUMINA LEX, BUCUREȘTI, 2002
4. Decision-making tool for family planning clients and providers – A resource for high-quality counselling, WHO, 2005: la http://www.who.int/entity/reproductivehealth/publications/family_planning/9241593229/en/index.html
5. Dezvoltare sustenabilă în Europa – nimeni să nu fie lăsat în urmă, 2016, Biroul Regional OMS pentru Europa
6. Family planning: a global handbook for providers, WHO, update 2011: http://whqlibdoc.who.int/publicatons/2011/9780978856373_eng.pdf
7. Hobcraft, J., & Kiernan, K. (2001). Childhood poverty, early motherhood and adult social exclusion. *The British Journal of Sociology*, 52(3), 495-517.
8. Hotărârea privind aprobarea programelor naționale de sănătate pentru anii 2013 și 2014, Hotărârea nr. 124/2013, din 27 martie 2013: <http://www.dspcovasna.ro/files/legis/hotarare124din2013.html>
9. Imamura, M., Tucker, J., Hannaford, P., Astin, M., Oliveira da Silva, M., Bloemenkap, K. W. M., Karro, H., Olsen, J., & Temmerman, M. (2006). REPROSTAT 2: A systematic review of factors associated with teenage pregnancy in the European Union. Retrieved on August 10, 2015 http://ec.europa.eu/health/ph_projects/2003/action1/docs/2003_1_27_frep_en.pdf
10. Institutul Național de Statistică, 2017, Populație, www.insse.ro

11. Iorga, M., Socolov, R.V., Socolov, D.G. (2016). An 8 Years Analysis of Pregnancies and Births among Teenagers in a University Hospital in North-Eastern Romania. *Revista de Cercetare și Intervenție Socială*, 54, 55-65.
12. Lawlor, D. A., & Shaw, M. (2002). Too much too young? Teenage pregnancy is not a public health problem. *International Journal of Epidemiology*, 31(3), 552-553.
13. Legea asigurărilor sociale de sănătate, 10 iulie 1997: http://www.cmb.legislatie/legeaAsig/#_Toc453326165
14. Legea concediului paternal, Legea nr. 210 din 31 decembrie 1999
15. Legea drepturilor pacientului, Legea nr. 46/2003: http://dreptonline.ro/legislatie/legea_drepturilor_pacientului.php
16. Legea pentru aprobarea Ordonanței Guvernului nr. 137/2000 privind prevenirea și sancționarea tuturor formelor de discriminare, Legea nr. 48/2002, 16 ianuarie 2002: http://legislatie.resurse-pentru-democratie.org/48_2002.php
17. Legea privind egalitatea de șanse între femei și bărbați, Legea nr. 202/2002, 19 aprilie 2002: <http://legislatie.resurse-pentru-democratie.org/legea/202-2002.php>
18. Markovitz, B. P., Cook, R., Flick, L. H., & Leet, T. L. (2005). Socioeconomic factors and adolescent pregnancy outcomes: distinctions between neonatal and post-neonatal deaths – *BMC Public Health*, 51-7. doi:10.1186/1471-2458-5-79
19. Medical Eligibility for Contraceptive Use, 4th edition, WHO, 2010: http://whqlibdc.who.int/publications/2010/9789241563888_eng.pdf
20. Nicolae Suci, Michaela Nanu, Ecaterina Stativa, Cornelia Novak, G. Mihailescu, Studiul Sănătății Reproductive în România, Oskar Print, București 2019
21. Norme tehnice de realizare a programelor naționale de sănătate curative 2013-2014, Ordin al directorului Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 358, 29 mai 2014: <http://www.cnas.ro/post/type/local/ordin-nr-358-29-05-2014-norme-tehnice-de-realizare-a-programelor-nationale-de-sanatate-curative-2013.html> Pentru aprobarea pachetelor de servicii și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2014-2015, Hotărâre: <http://www.cashr.ro/files/download/contr2014/legi/hg400.pdf>

22. Organizația Mondială a Sănătății (2011). Early marriages, adolescent and young pregnancies. Retrieved on August 10, 2015 http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB130/B130_12-en.pdf
23. Planul de acțiune al OMS pentru sănătatea reproducerii și sexualității: pentru realizarea Agendei 2030; [OEB]
24. Programul național de sănătate a femeii și copilului: <https://insmc.ro/Programe-de-sanatate-finantate-de-MS/Programe-de-sanatate-finantate-de-MS/50>
25. Robson, K., & Berthoud, R. (2003). Teenage Motherhood in Europe: A Multi-Country Analysis of Socioeconomic Outcomes. *European Sociological Review*, 19(5), 451-466.
26. Selected practice recommendations for contraceptive use, 2nd edition, WHO, 2004; <http://whqlibdoc.who.int/publications/2004/9241562846.pdf?ua=1>
27. Strategia Sănătate 2020, Organizația Mondială a Sănătății Regiunea Europa
28. Strategia în domeniul sănătății reproducerii și sexualității, Ministerul Sănătății și Familiei, 5 decembrie 2001: http://gov.ro/fisiere/programe_fisiere/13-07-30-02-08-443.pdf
29. Strategia națională pentru sănătatea reproducerii și sexualității 2012-2015, Ministerul Sănătății: http://particip.gove.md/public/documente/140/anexe/ro_1006_1.-Strategia-v-f-29.07.13.docx
30. Strategia regională privind sănătatea reproducerii și sexualității, 2001, Biroul OMS pentru Europa, Copenhaga, Danemarca
31. UNFPA's Total Market Approach: <http://eeca.unfpa.org/topics/total-market-approach>