

CAMPANIA

SĂNĂTATEA REPRODUCERII

Februarie 2020

CUPRINS

Introducere	pag. 1
Date statistice la nivel european, național și județean privind nivelul și dinamica fenomenului.....	pag. 1
Impactul psihologic al sarcinii	pag. 21
Impactul psihologic al avortului	pag. 21
Date cu rezultate relevante din studii naționale, europene și internaționale.....	pag. 22

Introducere

Sănătatea reproducerii este definită ca fiind o bună stare fizică, mentală și socială și nu doar absența bolii sau a infirmității, în toate aspectele referitoare la sistemul reproducător și la funcțiile și procesele acestuia. Sănătatea reproductivă se referă la faptul că oamenii sunt capabili să aibă o viață sexuală satisfăcătoare și sigură și că au capacitatea de a se reproduce și libertatea de a decide cu privire la viața lor sexuală¹.

Sănătatea reproducerii în oricare dintre etapele vieții are un efect profund asupra sănătății, mai târziu în viață. Programele adaptate diferitelor provocări cu care oamenii se confruntă în momente diferite din viața lor includ educație sexuală, planificare familială, îngrijire prenatală, îngrijire post-natală, servicii pentru prevenirea infecțiilor cu transmitere sexuală (inclusiv HIV) și servicii care facilitează diagnosticul precoce și tratamentul bolilor sistemului reproductiv (inclusiv cancerul de sân și de col uterin)².

Țări	2005	2007	2010	2012	2015	Mame 10-14 ani ca % din total mame adolescente, 2015
Belgia	28	17	22	20	20	1.0
Bulgaria	399	407	350	246	294	4.7
Cehia	19	18	15	12	13	0.5
Danemarca	6	3	4	1	1	0.2
Germania	162	148	111	114	145	0.9
Estonia	3	5	0	1	2	0.5
Irlanda	7	10	8	4	5	0.4
Grecia	60	76	108	93	51	2.3
Spania	153	147	130	143	98	1.2
Franța	223	174	186	216	237	1.3
Croația	6	5	11	12	5	0.4
Italia	3	3	2	17	13	0.2
Cipru	0	0	1	1	0	0.0
Letonia	2	5	4	5	5	0.7
Lituania	6	11	4	3	8	0.7
Luxembourg	0	0	1	0	1	1.1
Ungaria	121	102	76	80	79	1.4
Malta	14	4	5	3	3	2.2
Țările de Jos	13	0	0	0	0	0.0
Austria	3	6	17	7	15	0.9
Polonia	46	67	61	59	55	0.5

¹ <https://www.who.int/westernpacific/health-topics/reproductive-health>

² <https://www.unfpa.org/sexual-reproductive-health>

Portugalia	72	70	56	55	44	1.9
România	527	562	733	785	676	3.5
Slovenia	4	1	1	3	2	1.0
Slovacia	35	38	45	48	50	1.4
Finlanda	5	2	3	4	6	0.7
Suedia	5	6	8	5	4	0.4
Marea Britanie	236	237	221	195	114	0.4

Sănătatea reproducerii, la nivel internațional, este recunoscută drept una dintre componentele fundamentale necesare dezvoltării umane. De ea depinde sănătatea generală a populației, prosperitatea și dezvoltarea fiecărei societăți. Comportamentul reproductiv sănătos asigură un impact pozitiv asupra generațiilor următoare. Implementarea efectivă a planificării familiale aduce cu sine un număr extrem de mare de beneficii: reduce numărul de sarcini nedorite și de avorturi; previne complicațiile induse de sarcină și avorturi, reduce mortalitatea indusă de sarcină, micșorează incidența infecțiilor cu transmitere sexuală, inclusiv a infecției HIV/SIDA; protejează sănătatea adolescenților și este una dintre cele mai reale și eficiente posibilități de a ameliora sănătatea și bunăstarea femeilor, a bărbaților, a tinerilor și implicit, a comunității. De asemenea, prin educarea populației în centrele de planificare familială, se previne fenomenul de abandon în spitale, în maternități și ulterior, în instituții de îngrijire a copilului, dar mai ales fenomenul "copii cu copii"³.

Date statistice la nivel european, național și județean privind nivelul și dinamica fenomenului. Sarcina. Sarcina la adolescente

La nivel european

În 2015, 47% dintre femeile din Uniunea Europeană (UE) care au născut primul copil aveau 20-29 ani de ani, în timp ce 45% dintre mamele care au născut primul copil aveau 30-39 ani. Vârsta medie a femeilor la prima naștere a fost de 29 de ani. Adolescențele care au avut prima sarcină/naștere la vârsta sub 20 de ani au fost în medie 4%.

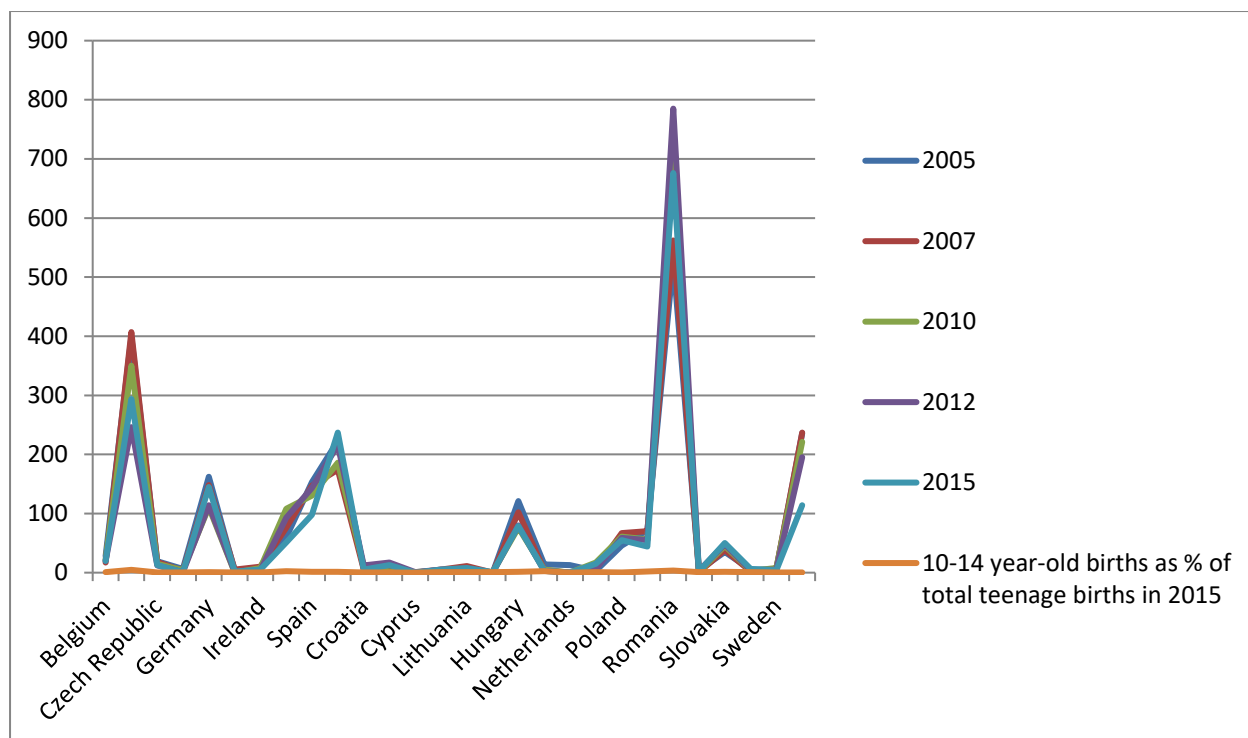
Tabel 1. Număr de nașteri la mame 10-14 ani în UE (2005-2015)

Sursa: <https://www.euronews.com/2017/09/02/which-eu-country-has-the-most-teenage-mothers>⁴

Fig. 1. Număr de nașteri la mame 10-14 ani în UE (2005-2015)

³ <http://www.cdep.ro/pls/steno/steno.stenograma?ids=7935&idm=1,069&idl=1>

⁴ <https://www.euronews.com/2017/09/02/which-eu-country-has-the-most-teenage-mothers>



Sursadatelor : <https://www.euronews.com/2017/09/02/which-eu-country-has-the-most-teenage-mothers>⁴

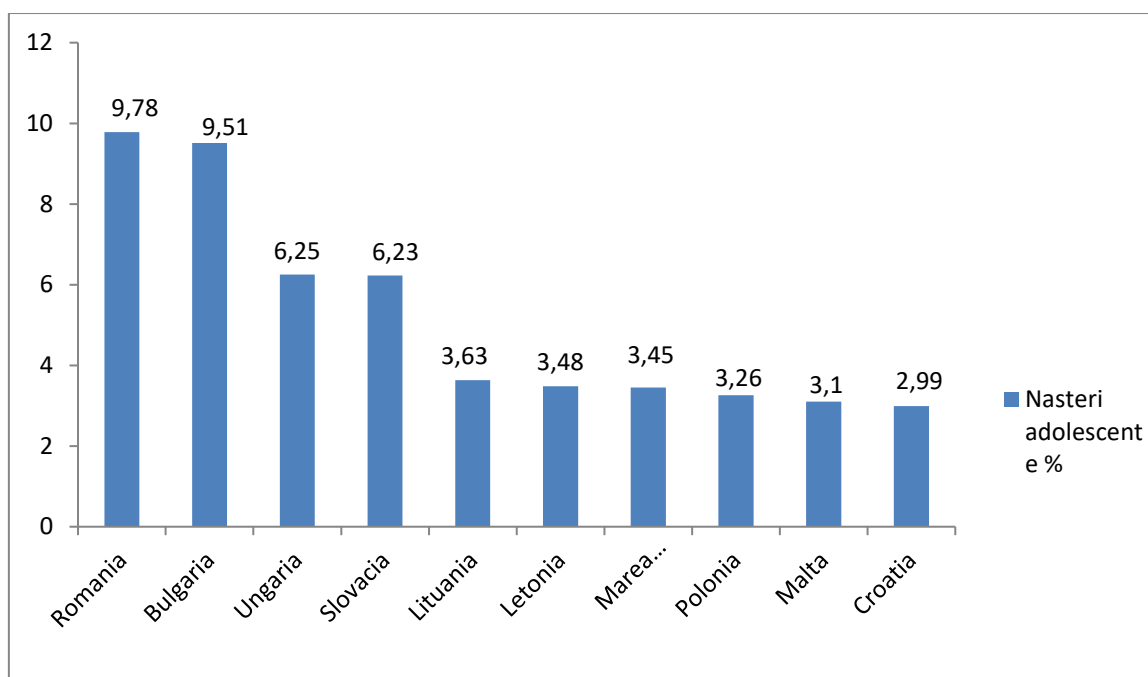
Cele mai multe fete adolescente (10-14 ani) care au devenit mame, au fost în Bulgaria (4,7% din total mame adolescente) și România (3,5% din total mame adolescente). Grecia – 2,3%; Malta 2,2%.

Tabel 2. Primele 10 țări UE cu cele mai multe nașteri înregistrate la adolescente (%)

Țări	Nașteri la mame adolescente ca % din total nașteri
România	9.78
Bulgaria	9.51
Ungaria	6.25
Slovacia	6.23
Lituania	3.63
Letonia	3.48
Marea Britanie	3.45
Polonia	3.26
Malta	3.10
Croația	2.99

Sursa: <https://www.euronews.com/2017/09/02/which-eu-country-has-the-most-teenage-mothers>⁴

Fig. 2. Primele 10 țări UE cu cele mai multe nașteri înregistrate la adolescente (%)



Sursa: <https://www.euronews.com/2017/09/02/which-eu-country-has-the-most-teenage-mothers>⁴

Din primele 10 țări UE care au înregistrat cele mai multe nașteri la adolescente, România este pe primul loc (9,78%); Croația (2,99%).

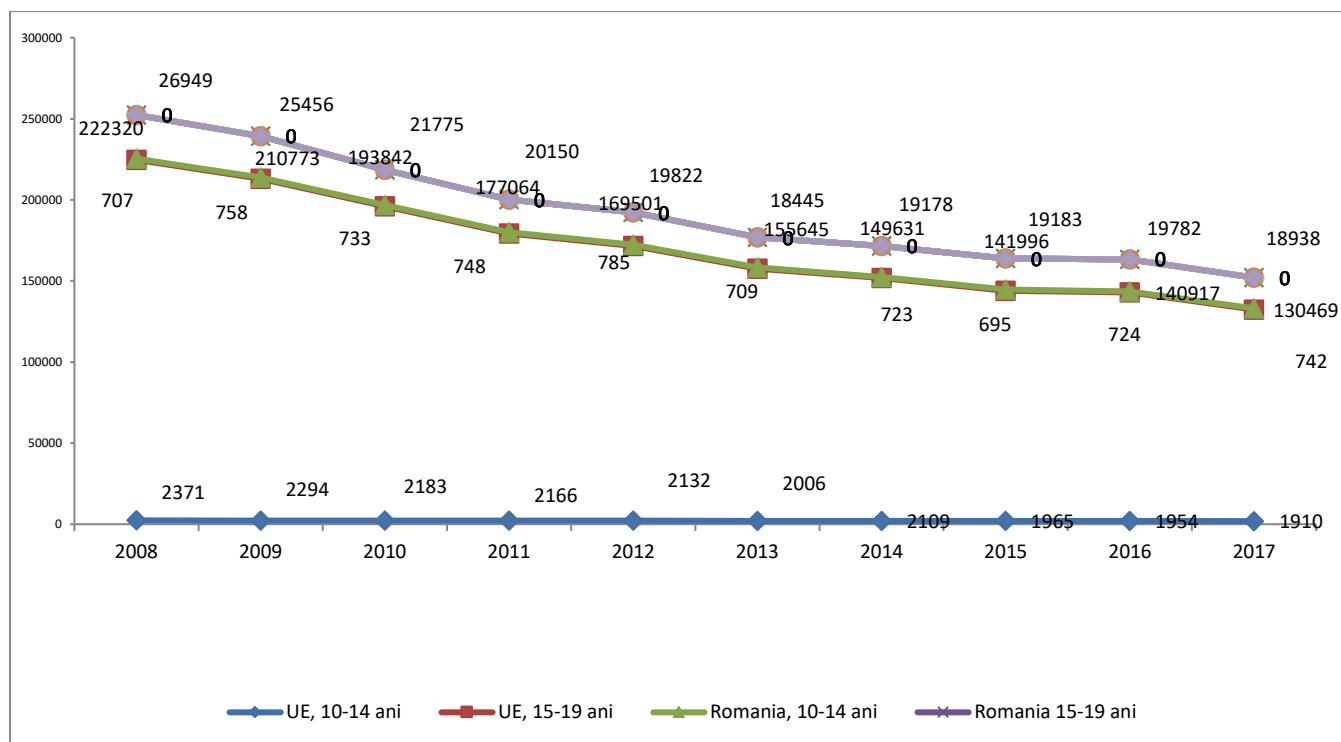
Tabel 3. Număr nou-născuți la adolescente, UE vs România, 2008-2017

Ani	UE		România	
	10-14 ani	15-19 ani	10-14 ani	15-19 ani
2008	2.371	222.320	707	26.949
2009	2.294	210.773	758	25.456
2010	2.183	193.842	733	21.775
2011	2.166	177.064	748	20.150
2012	2.132	169.501	785	19.822
2013	2.006	155.645	709	18.445
2014	2.109	149.631	723	19.178
2015	1.965	141.996	695	19.183
2016	1.954	140.917	724	19.782
2017	1.910	130.469	742	18.938

Sursa: <https://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/submitViewTableAction.do>⁵

Fig. 3. Număr nou-născuți la adolescente, UE vs România, 2008-2017

⁵ <https://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/submitViewTableAction.do>



Sursa: <https://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/submitViewTableAction.do>⁵

În România, în 2008, numărul de nou-născuți la adolescente sub 15 ani, a reprezentat aproximativ 30% din cel înregistrat în UE la aceeași grupă de vârstă (adolescente). În 2017, a fost de 39% față de cel înregistrat în UE. În 2008, numărul de nou-născuți proveniți din adolescente 15-19 ani, a fost de aproximativ 12% din cel înregistrat în UE și de 15% în 2017.

România

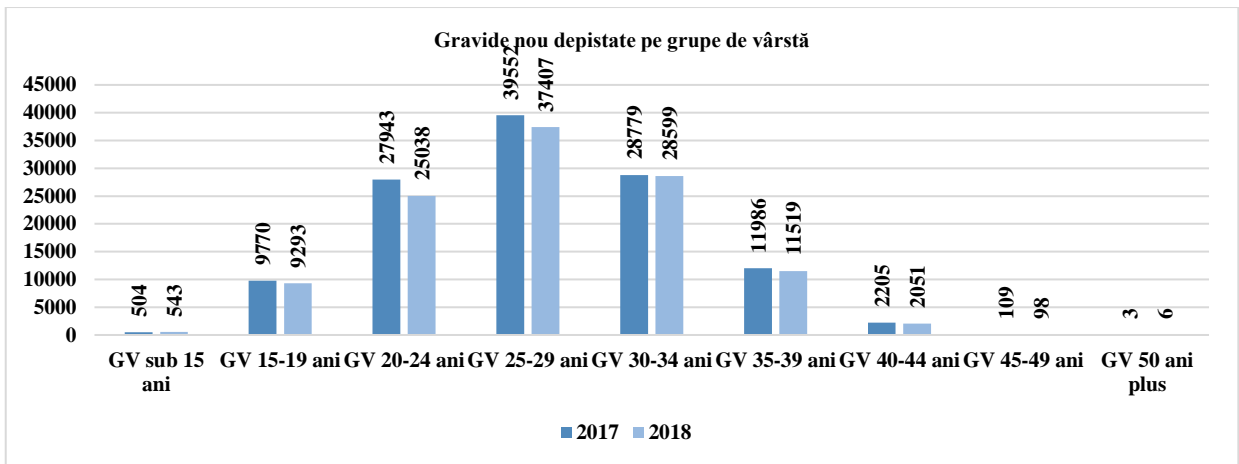
Tabel 4. Gravide nou luate în evidență după grupa de vârstă în 2018, comparativ cu 2017

ANUL	Gravide nou luate în evidență după grupa de vârstă									
	Total	Gravide sub 15 ani	Gravide 15-19 ani	Gravide 20-24 ani	Gravide 25-29 ani	Gravide 30-34 ani	Gravide 35-39 ani	Gravide 40-44 ani	Gravide 45-49 ani	Gravide 50ani plus
2017	120851	504	9770	27943	39552	28779	11986	2205	109	3
2017	%(ponderi din total)	0.4	8.1	23.1	32.7	23.8	9.9	1.8	0.1	0.002
2018	114554	543	9293	25038	37407	28599	11519	2051	98	6
2018	%(ponderi din total)	0.5	8.1	21.9	32.7	25.0	10.1	1.8	0.1	0.01

Sursa: [INSP-CNSISP, 2019](#)⁶

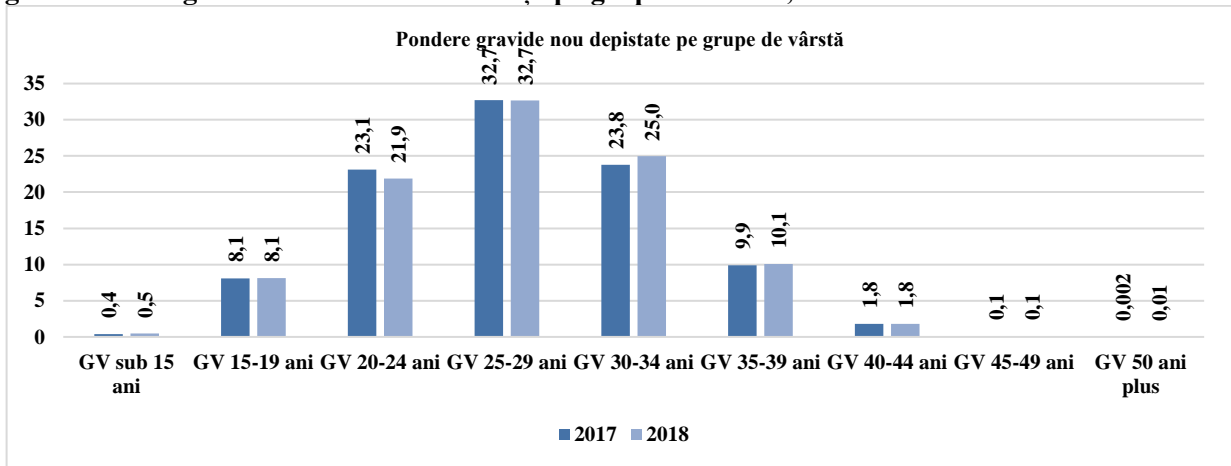
Fig. 4. Gravide nou luate în evidență pe grupe de vârstă, România 2017-2018

⁶ [INSP-CNSISP, 2019](#)



Sursa: [INSP-CNSISP, 2019⁶](#)

Fig. 5. Pondere gravide nou luate în evidență pe grupe de vârstă, România 2017-2018



Sursa: [INSP-CNSISP, 2019⁶](#)

Cele mai multe de gravide au avut vârste între 25-29 ani, atât în anul 2018, cât și 2017.

Comparativ cu anul 2017, în 2018 a crescut numărul și ponderea gravidelor sub 15 ani. Vârsta sub 15 ani la gravide reprezintă o grupă de vârstă de mare risc pentru mamă și copil, necesitând monitorizarea lor pe întreaga perioadă a sarcinii.

Numărul gravidelor sub 15 ani se menține la un nivel ridicat în 2018 (cu 39 mai multe gravide în 2018 față de 2017) și ca pondere (cu 0,1% mai mult comparativ cu 2017).

La grupa de vârstă 15-19 ani, au fost înregistrate 477 gravide, ponderea rămânând constantă în 2018 comparativ cu 2017. Pentru grupele de vârstă 20-24 scade numărul gravidelor cu 2905 iar ponderea scade cu 1,2% în 2018, la fel și pentru grupa de vârstă 25-29, scade numărul (2145) însă ponderea gravidelor este la același nivel în cei doi ani.

Tabel 5. Vârsta medie a mamei la naștere, pe medii de rezidență pentru născuții-vii, în România

Vârsta medie a mamei la naștere, pe medii de rezidență pentru născuții-vii, în România								
Prima naștere/ toate nașterile	Medii de rezidență	Ani						
		2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
		Vârsta medie						
Vârsta medie a mamei la prima naștere	Total	26,2	26,5	26,8	27	27,1	27,2	<u>27,3</u>
-	Urban	27,8	28,1	28,3	28,5	28,6	28,7	<u>28,8</u>
-	Rural	23,5	24	24,3	24,5	24,6	24,8	<u>24,8</u>
Vârsta medie a mamei la toate nașterile	Total	27,9	28	28,2	28,3	28,4	28,5	<u>28,7</u>
-	Urban	29	29,2	29,3	29,5	29,6	29,8	<u>30</u>
-	Rural	26,5	26,7	26,8	26,8	26,9	27	<u>27,2</u>

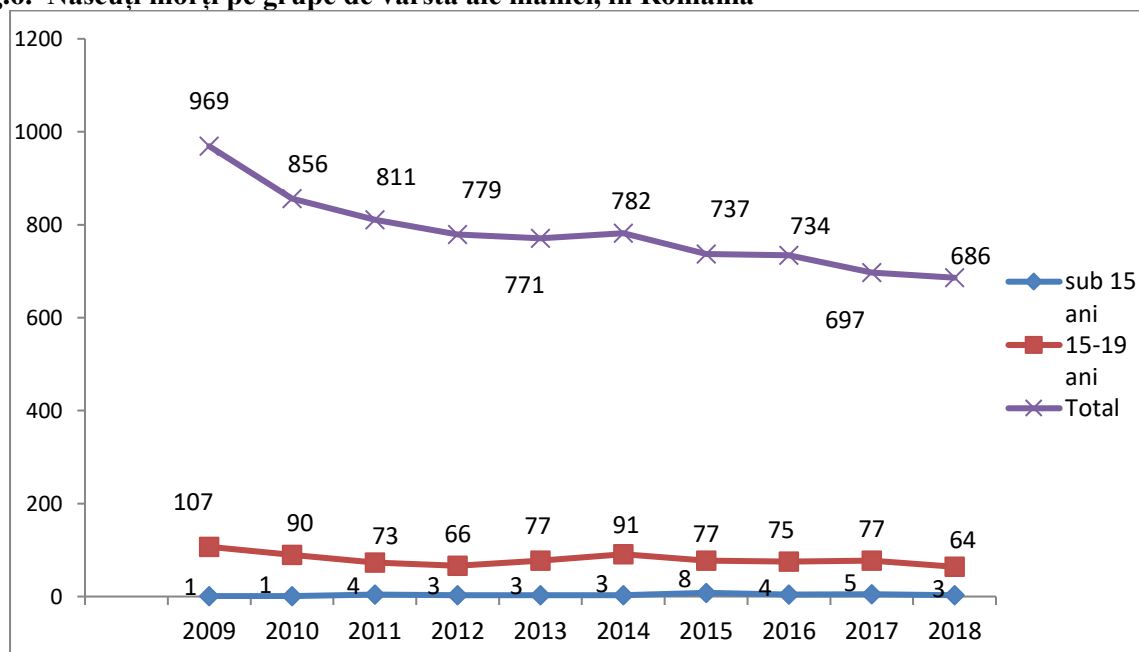
Sursa: [INSSE http://statistici.insse.ro:8077/tempo-online/](http://statistici.insse.ro:8077/tempo-online/)

Tabel 6. Născuți morți pe grupe de vârstă ale mamei, în România

Născuți morți pe grupe de vârstă ale mamei											
Grupe de vârstă ale mamei	Ani										
	1990	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
	Număr persoane										
Total	2231	969	856	811	779	771	782	737	734	697	686
sub 15 ani	:	1	1	4	3	3	3	8	4	5	3
15-19 ani	:	107	90	73	66	77	91	77	75	77	64

Sursa: [INSSE http://statistici.insse.ro:8077/tempo-online/](http://statistici.insse.ro:8077/tempo-online/)

Fig.6. Născuți morți pe grupe de vârstă ale mamei, în România



Sursa: [INSSE http://statistici.insse.ro:8077/tempo-online/](http://statistici.insse.ro:8077/tempo-online/)

⁷ [INSSE http://statistici.insse.ro:8077/tempo-online/](http://statistici.insse.ro:8077/tempo-online/)

Copiii născuți morți care au provenit din fete adolescente sub 15 ani au reprezentat 0,44% din totalul de copii născuți morți în 2018. În 2018 față de 2017, copiii născuți morți din adolescente sub 15 ani au fost cu 40% mai puțini. Născuții morți proveniți din mame 15-19 ani au scăzut în 2018 cu 40,2% față de 2009.

Avorturile

Pe regiuni OMS, în perioada 2010-2014, cele mai multe avorturi înregistrate la femei căsătorite 15-44 ani au fost în Asia (77%) și Europa (73%), iar raportat la femei necăsătorite 15-44 ani, s-au înregistrat în America de Nord (56%) și Oceania (50%).

Distribuția avorturilor pe regiuni la nivel global este redată în tabelul de mai jos⁸:

Tabel 7.. Avorturi pe regiuni OMS, 2010-2014

Regiuni OMS	Nr. avorturi la ‰ femei 15-44 ani	Nr. avorturi la ‰ femei căsătorite 15-44 ani	Nr. avorturi la femei necăsătorite 15- 44 ani (milioane)	Nr. avorturi la femei căsătorite 15-44 ani (milioane)	% avorturi la femei căsătorite 15-44 ani	% avorturi la femei necăsătorite 15- 44 ani
Africa	34	26	36	8,2	53	47
Asia	36	36	24	35,5	77	23
America Latină și Caraibe	44	48	20	6,5	67	33
Europa	29	36	17	4,3	73	27
Oceania	19	15	20	0,1	50	50
America de Nord	17	14	20	1,2	44	56

Sursa: <https://www.guttmacher.org/article/2016/05/AWW-levels-and-trends-abortion-incidence-1990-2014>⁹

EUROPA

Rata avorturilor a scăzut de la 489 de avorturi ‰ născuți vii în 2000 la 228 în 2013¹⁰. Avortul cu risc a fost cauza de deces a aprox. 20% dintre toate decesele în timpul sarcinii în mai multe țări, fiind estimat că statele membre din Europa Centrală și de Est au cele mai mari rate de avort în lume.

La nivelul regiunii europene OMS s-au înregistrat creșteri ale numărului de avorturi în 2017 față de 2014 în Germania (101.209, respectiv 99.715), în Polonia (1.057, respectiv 970), Azerbaijan (34.569, față de 27.220)¹¹

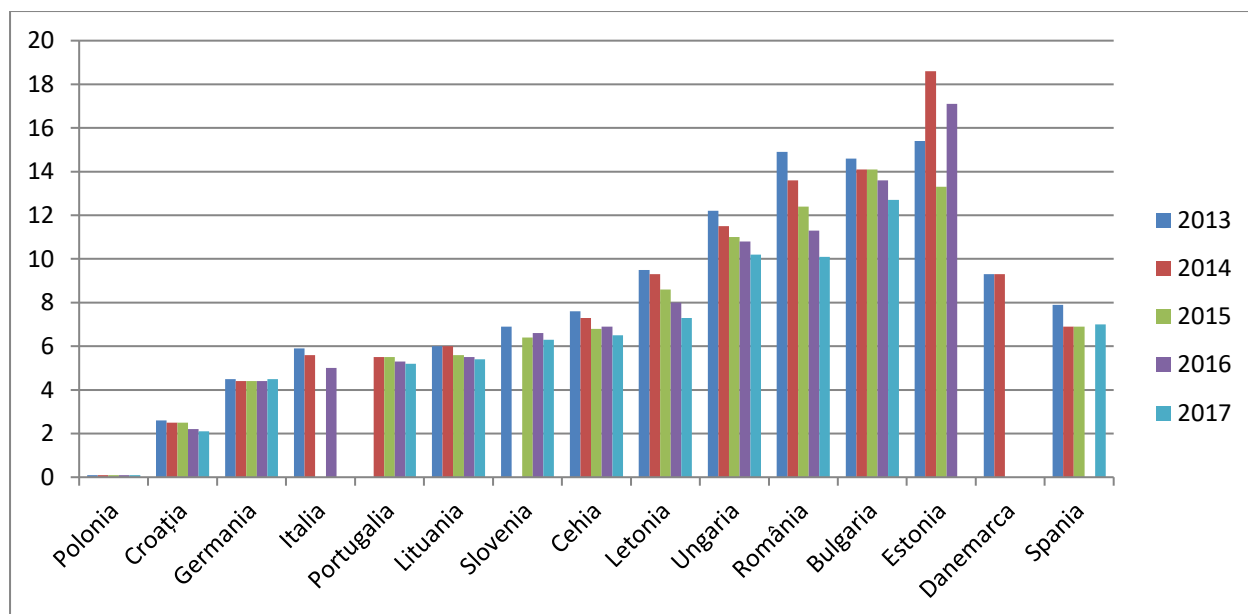
Fig. 7. Rata avorturilor în perioada 2013-2017 în UE

⁸ <https://data.guttmacher.org/regions/table?region=1+2+3+4+5+6&topics=6+263+3+264&dataset=data>

⁹ <https://www.guttmacher.org/article/2016/05/AWW-levels-and-trends-abortion-incidence-1990-2014>

¹⁰ http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0005/348008/Fact-sheet-SDG-SRH-FINAL-04-09-2017.pdf?ua=1

¹¹ https://www.contraceptioninfo.eu/sites/contraceptioninfo.eu/files/contraception_infographic_2019_new.pdf



Sursa: https://www.contraceptioninfo.eu/sites/contraceptioninfo.eu/files/contraception_infographic_2019_new.pdf¹¹

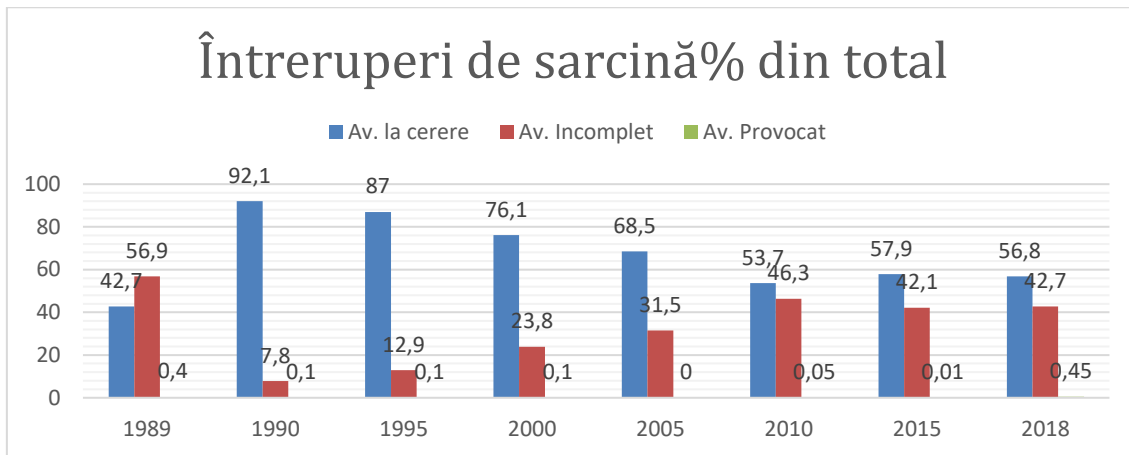
ROMÂNIA

Tabel 8. Dinamica întreruperilor de sarcină România, 1989-2018

Anul	Întreruperi de sarcină						
	Total (Cifre absolute)	La cerere (Cifre absolute)	La cerere (La% din total)	Av. Incomplet (Cifre absolute)	Av. Incomplet (La% din total)	Av. provocat (Cifre absolute)	Av. Provocat (La% din total)
1989	193.084	82.479	42,7	109.819	56,9	786	0,4
1990	992.265	913.973	92,1	77.111	7,8	1.181	0,1
1995	502.840	437.363	87,0	65.113	12,9	364	0,1
1996	456.221	394.425	86,5	61.513	13,5	283	0,1
1997	347.126	278.199	80,1	68.532	19,7	395	0,1
1998	271.496	207.117	76,3	64.155	23,6	224	0,1
1999	259.888	198.645	76,4	61.036	23,5	207	0,1
2000	257.865	196.322	76,1	61.325	23,8	218	0,1
2001	254.855	198.069	77,7	56.586	22,2	200	0,1
2002	247.610	187.852	75,9	59.611	24,1	147	0,1
2003	224.807	166.672	74,1	58.014	25,8	121	0,1
2004	191.038	135.161	70,8	55.776	29,2	101	0,1
2005	163.359	111.951	68,5	51.367	31,5	41	0,0
2006	150.246	97.363	64,8	52.830	35,2	53	0,0
2007	137.226	85.538	62,4	51.640	37,6	48	0,0
2008	127.907	76.611	59,9	51.266	40,1	30	0,0
2009	116.219	66.478	57,2	49.688	42,8	53	0,0
2010	101.915	54.676	53,7	47.185	46,3	54	0,05
2011	103.386	60.786	58,8	42.517	41,1	83	0,1
2012	88.135	50.532	57,3	37.484	42,5	119	0,1
2013	86.432	49.061	56,8	37.339	43,2	32	0,0
2014	78.371	44.283	56,5	33.971	43,4	117	0,15
2015	70.885	41.056	57,9	29.820	42,1	9	0,01
2016	63.518	36.696	57,8	26.730	42,1	92	0,1
2017	56.238	32.236	57,3	23.816	42,4	186	0,33
2018	52.322	29.737	56,8	22.352	42,7	233	0,45

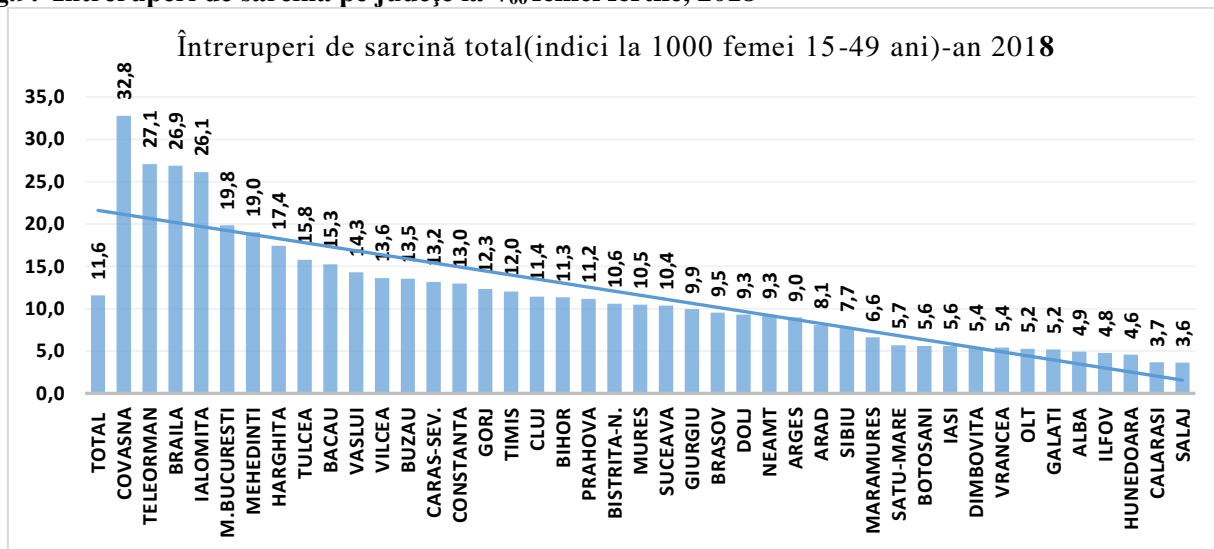
Sursa: [INSP-CNSISP, 2019⁶](#)

Fig.8. Dinamica întreruperilor de sarcină România, 1989 - 2018



Sursa: [INSP-CNSISP, 2019⁶](#)

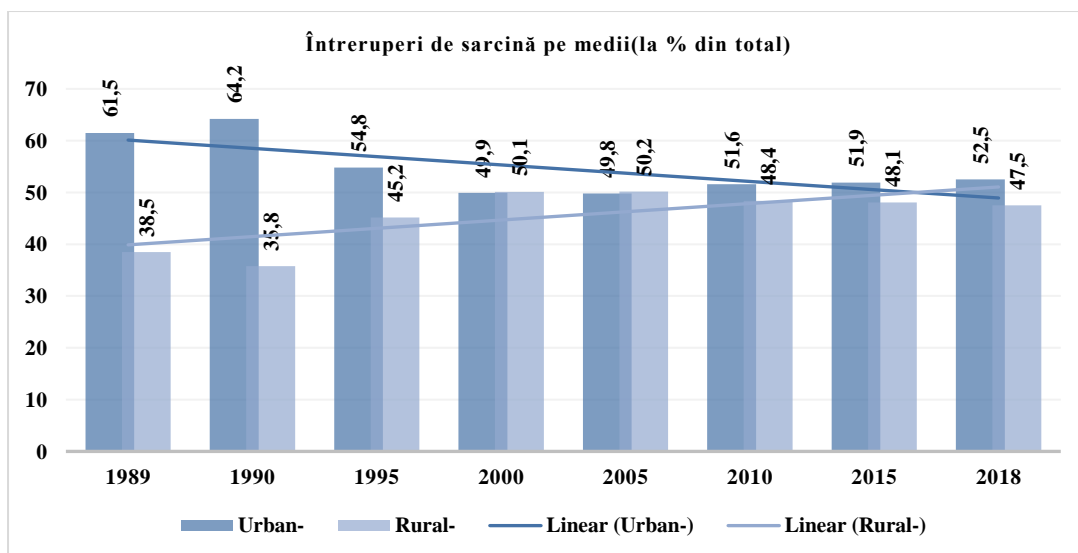
Fig.9. Întreruperi de sarcină pe județe la ‰ femei fertile, 2018



Sursa: [INSP-CNSISP, 2019⁶](#)

Ponderea avorturilor din mediul urban este mai mare decât în mediul rural. În 2018 din 52.322 avorturi, 27.466 au fost în urban și 24.856 în mediul rural.

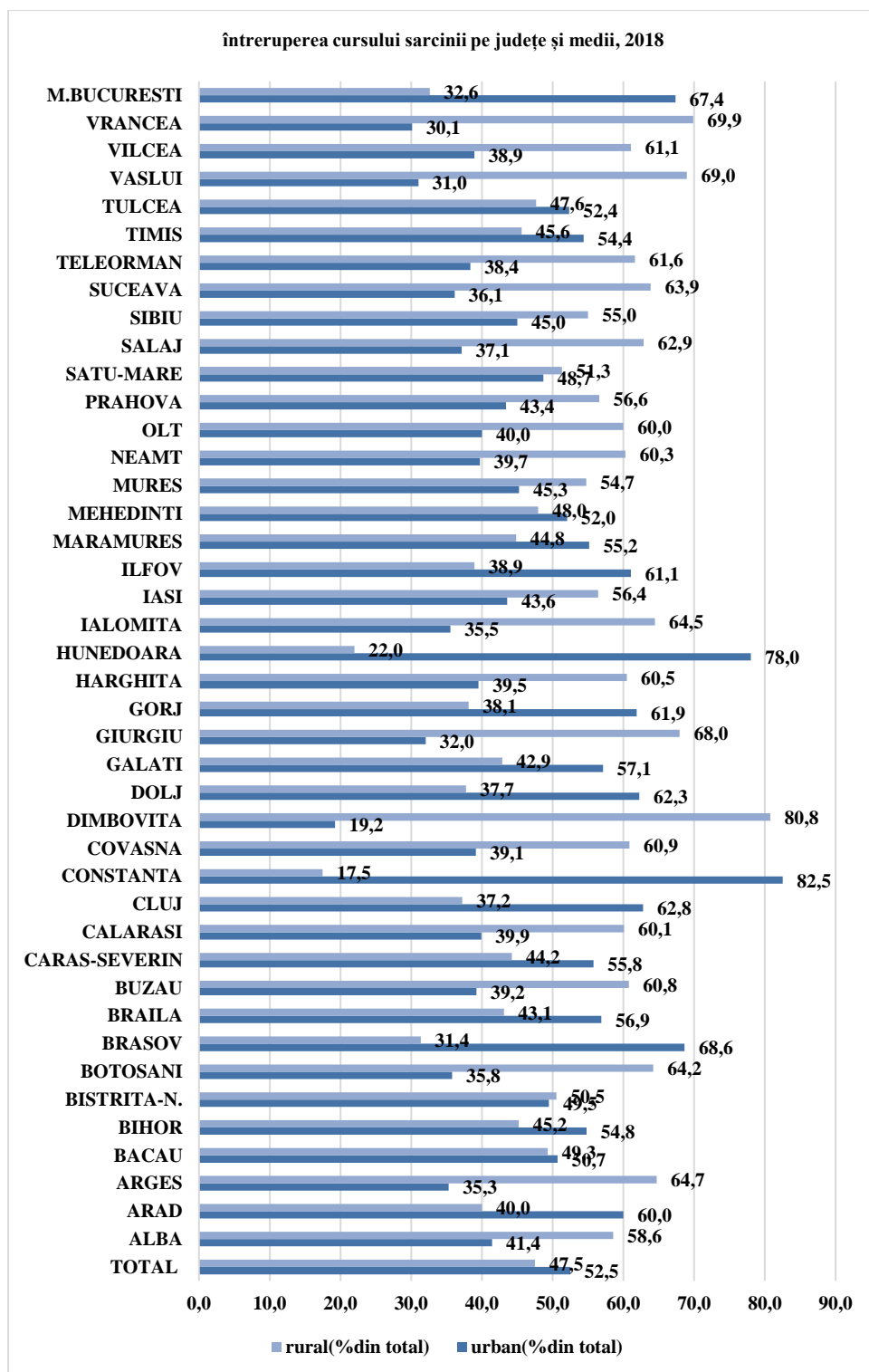
Fig.10. Întreruperi de sarcina pe medii, 2018



Sursa: [INSP-CNSISP, 2019⁶](#)

În anul 2018, în 18 județe au fost efectuate mai multe întreruperi de sarcină pentru populația feminină din mediul urban față de cel rural, cele mai mari diferențe între întreruperile de sarcină pentru mediul urban față de cel rural, au fost înregistrate în Constanța, Hunedoara, Brașov, M. București- unde un mare număr de întreruperi au fost făcute pentru paciente din mediul rural. Județele la care întreruperile de sarcină pentru populația feminină din mediul rural sunt mai numeroase decât pentru cea din urban sunt în număr de 24, cele mai mari diferențe fiind în Dâmbovița, Vrancea, Vaslui și Giurgiu.

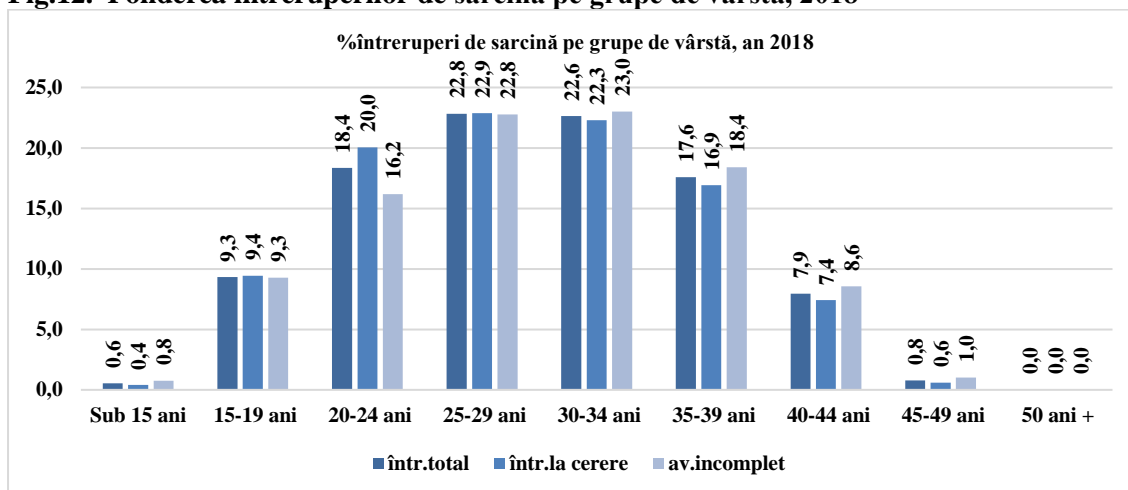
Fig.11. Întreruperea cursului sarcinii pe județe și medii, 2018



Sursa: [INSP-CNSISP, 2019⁶](#)

Pentru grupele de vârstă sub 15 ani, 30-34 ani, 35-39 ani, 40-44 ani și 45-49 ani, ponderile cele mai mari ale avorturilor o au cele incomplete; la celelalte grupe de vârstă predomină avorturile la cerere.

Fig.12. Ponderea întreruperilor de sarcină pe grupe de vârstă, 2018



Sursa: [INSP-CNSISP, 2019⁶](https://www.insp-cnsisp.ro/)

Contracepția și planificarea familială

Prin planificare familială se înțelege capacitatea persoanei sau a cuplului de a anticipa și de a avea numărul dorit de copii, la momentul ales și la intervalele de timp dintre nașteri pe care le hotărăsc singuri.

La nivel European

- Rata prevalenței utilizării contraceptivelor moderne, a crescut ușor de la 55,6% în 2000 la 61,2% în 2015, în mare parte ca urmare a creșterii utilizării în estul și sudul Europei.
- Nevoile nesatisfăcute de planificare a familiei, pe baza celor mai recente date disponibile, variază de la 5% la aproape 23% în statele membre ale Regiunii Europene a OMS. Creșterea ponderii bolilor netransmisibile infleuțează în mod direct alegerile în ceea ce privește sănătatea reproductivă, atât la femei cât și la bărbați. Obezitatea la adolescenți este asociată cu comportament sexual la risc. Unele boli netransmisibile reprezintă contraindicație pentru utilizarea unor metode contraceptive. Diabetul zaharat, bolile cardiovasculare, bolile respiratorii cronice cresc riscul pentru sănătatea mamei cât și a copilului¹⁰.

Conform *Eurostat*, accesul la metode contraceptive/PF în Europa este redat în figurile de mai jos:

Fig.13. Accesul la metodele contraceptive/PF în țările UE, 2019 (%)



Sursa: <https://www.contraceptioninfo.eu/node/72¹²>,
https://www.contraceptioninfo.eu/sites/contraceptioninfo.eu/files/map_cci-english_english_v9-web.pdf³

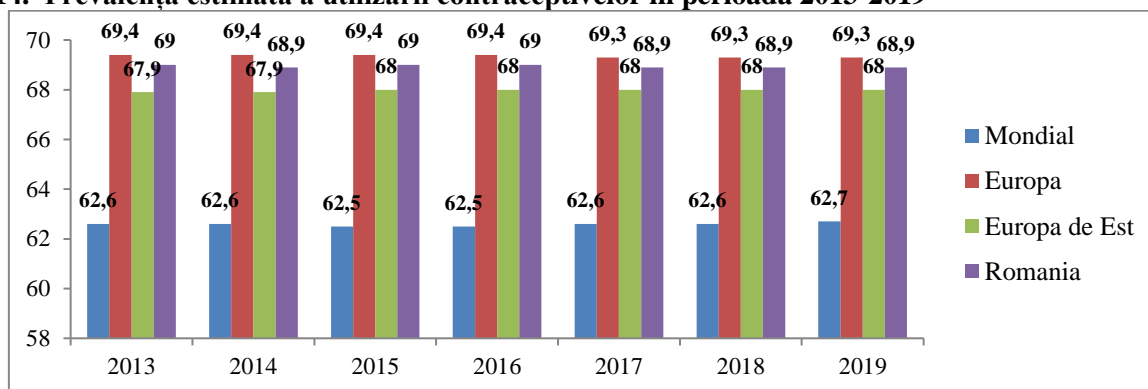
¹² <https://www.contraceptioninfo.eu/node/72>

43% dintre sarcini în Europa sunt nedorite, iar 69% dintre femei utilizează metode contraceptive¹¹.

Conform datelor furnizate de Națiunile Unite, prevalența estimată a utilizării contraceptivelor, accesul la servicii de contracepție/PF și cererea de planificare familială la nivel mondial, european și național sunt redată în tabelele de mai jos.¹⁴

În perioada 2013-2019, prevalența utilizării contraceptivelor în România este aproximativ aceeași cu cea înregistrată la nivel european (69%) și mai crescută față de valorile medii înregistrate în Europa de Est (67-68%). La nivel mondial, utilizarea contraceptivelor se menține la aceleași valori în aceeași perioadă (62,6-62,7%).

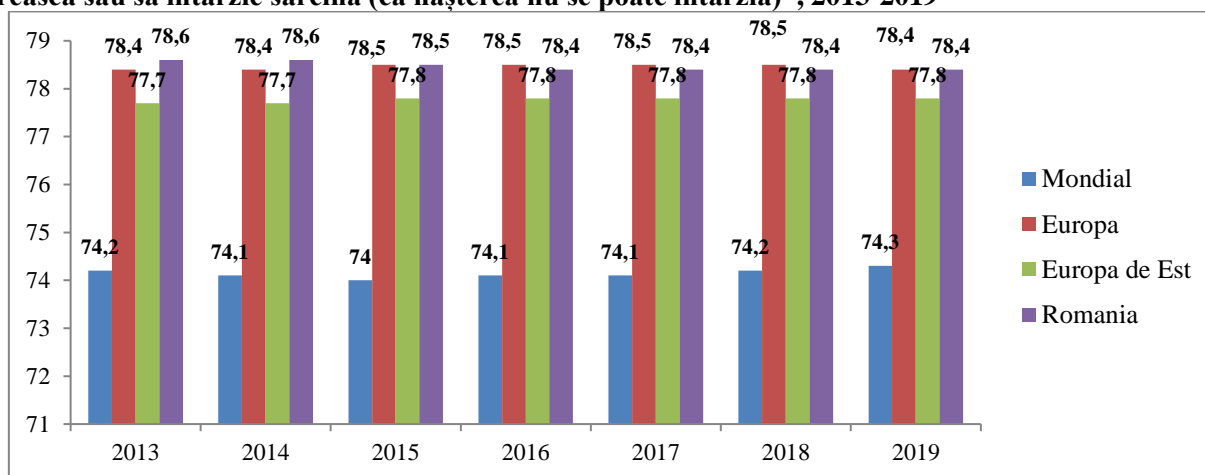
Fig. 14. Prevalența estimată a utilizării contraceptivelor în perioada 2013-2019



Sursa: Națiunile Unite – Departamentul Afacerilor Economice și Sociale, Divizia Populației (http://www.un.org/en/development/desa/population/theme/family-planning/cp_model.shtml¹⁴)

În România, în perioada 2013-2019, cererea pentru serviciile de planificare familială a fost aproximativ egală cu cea înregistrată în Europa (78,4-78,6%). În Europa de Est, procentul de femei cu vârste 15-49 de ani care vor să întârzie o sarcină a fost constant mai mic (74,2-74,3%).

Fig.14. Cererea totală de planificare familială; procentul de femei cu vârste între 15-49 ani care vor să oprească sau să întârzie sarcina (că nașterea nu se poate întârzia)–, 2013-2019



Sursa: Națiunile Unite – Departamentul Afacerilor Economice și Sociale, Divizia Populației (http://www.un.org/en/development/desa/population/theme/family-planning/cp_model.shtml¹⁴)

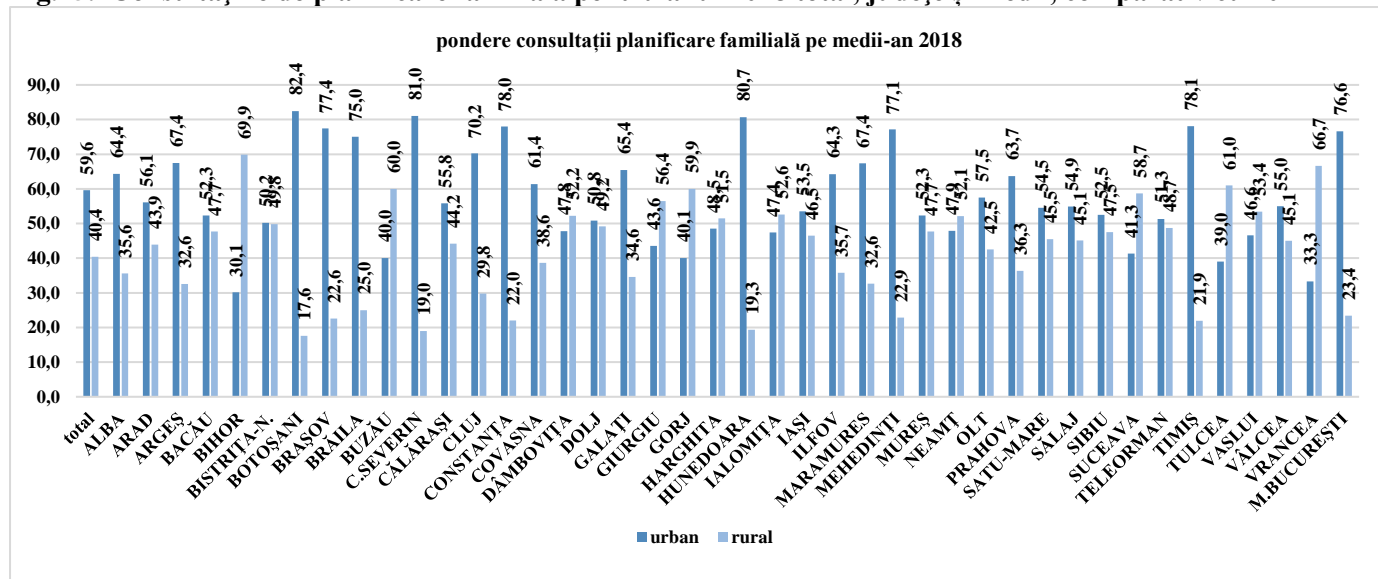
Date statistice în România

¹³ https://www.contraceptioninfo.eu/sites/contraceptioninfo.eu/files/map_cci-english_english_v9-web.pdf

¹⁴ http://www.un.org/en/development/desa/population/theme/family-planning/cp_model.shtml

În România se înregistrează un procent de 69,8% contracepție prin orice metodă (Europa 70%), prin metode moderne 50,5% (Europa 61%), prezervativ 22,6% (Europa 21%), comprimate 16,2% (Europa 20%), IUD 6,3% (Europa 11%)¹⁵.

Fig.15. Consultațiile de planificare familială pentru anul 2018 total, județe și medii, comparativ cu 2017



Sursa: [INSP CNSISP](http://insp.cnsisp.ro)⁶

Tabel 9. Cabinete de planificare familială

CABINETE PLANIFICARE FAMILIALĂ		
JUDEȚ	An 2018	An 2017
Total	125	123
Alba	3	3
Arad	3	3
Argeș	6	5
Bacău	4	4
Bihor	3	3
Bistrița-Năsăud	3	3
Botoșani	1	1
Brașov	2	2
Braïla	1	1
Buzău	2	2
C.severin	2	2
Călărași	1	1
Cluj	6	5
Constanța	2	2
Covasna	2	2
Dâmbovița	1	1
Dolj	6	6
Galați	4	4
Giurgiu	2	2
Gorj	4	4
Harghita	2	2
Hunedoara	5	5
Ialomița	3	3
Iași	5	5
Ilfov	1	1
Maramures	4	4
Mehedinți	2	2
Mureș	4	4
Neamț	3	3
Olt	2	2
Prahova	4	4
Satu-mare	1	1

¹⁵ <http://ec.europa.eu/eurostat/web/population-demography-migration-projections/births-fertility-data/database>

Sălaj	2	2
Sibiu	1	1
Suceava	5	5
Teleorman	3	2
Timiș	6	6
Tulcea	1	2
Vaslui	3	3
Vâlcea	3	3
Vrancea	1	1
M.bucurești	6	6

Sursa: [INSP CNSISP⁶](#)

Adolescenții și contracepția/PF

Conform *Eurostat*, în România, în 2017, a fost un număr de 289 avorturi la adolescente sub 15 ani. În 2008 au fost 483 avorturi. Cel mai mare număr de avorturi s-a înregistrat în România în 2013-664 avorturi. Doar în două țări din UE s-au înregistrat valori crescute ale avorturilor la această grupă de vârstă: Germania-280 avorturi, Spania-345 și Marea Britanie (cu cel mai mare număr de avorturi din UE în ultimul deceniu), în 2016-492¹¹.

La grupa de vârstă 15-19 ani, în România, în 2017, a fost un număr de 5.267 avorturi. În 2008 au fost 13.833 avorturi.

În UE s-au înregistrat valori crescute ale avorturilor la această grupă de vârstă: Germania-9.410 avorturi, Spania-7.633, Georgia-5.964, Marea Britanie în 2016-25.761 și Rusia (cu cel mai mare număr de avorturi din UE în ultimul deceniu)-38.617 avorturi în 2014¹¹.

Cele mai multe nașteri ale primilor copii la adolescente au fost înregistrate în România (cu 12,3% din totalul nașterilor primilor copii în 2015) și Bulgaria (11,9%). Acestea au fost urmate de Ungaria (9,0%), Slovacia (8,4%), Letonia (5,5%), Lituania (5,4%), Regatul Unit (5,4%) și Polonia (4,8%). Adolescencele aflate la prima naștere au reprezentat mai puțin de 2% din primele nașteri în Italia (1,2%), Olanda și Slovenia (ambele câte 1,3%), Danemarca și Suedia (ambele câte 1,4%)¹¹.

Boli cu transmitere sexuala

Bolile cu transmitere sexuală în România

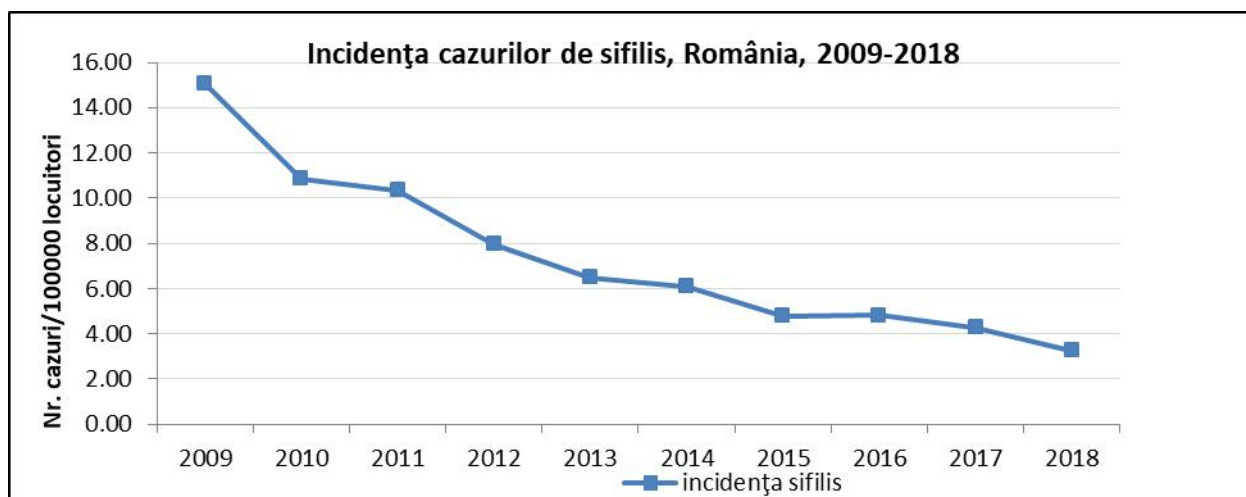
Conform Raportului "Analiza evoluției bolilor transmisibile aflate în supraveghere pentru anul 2018", 2019, INSP, CNSCBT, situația bolilor transmisibile în România¹⁶.

1. Sifilisul

În anul 2018 s-a înregistrat un număr de 639 de cazuri de sifilis, incidența fiind de 3,26 ‰ de 23,8% mai mica față de cea din anul 2017. Cu toate că incidența cazurilor de sifilis este în continuă scădere în ultimii 10 ani, România este încă una din țările cu incidența crescută pentru sifilis în rândul țărilor Uniunii Europene.

Fig.16. Incidența cazurilor de sifilis, România, 2009-2018

¹⁶ <https://www.cnsbct.ro/index.php/rapoarte-anuale/1302-analiza-bolilor-transmisibile-aflate-in-supraveghere-raport-pentru-anul-2018/file>

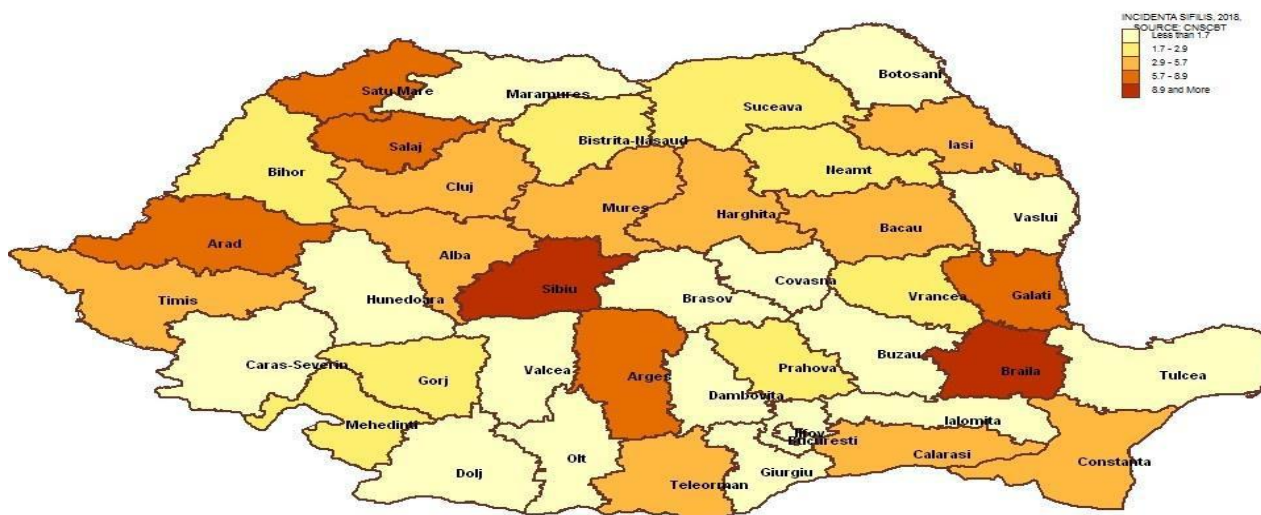


Sursa: <https://www.cnsct.ro/index.php/rapoarte-anuale/1302-analiza-bolilor-transmisibile-aflate-in-supraveghere-raport-pentru-anul-2018/file>¹⁶

Incidența cazurilor de sifilis, România, 2009-2018

Incidențe crescute au fost înregistrate în județele Sibiu 12,8%000, Brăila 10,8%000, Arad 8,8%000, Argeș 7,5%000, Sălaj 7,0%000 în restul județelor valoarea fiind sub 7,0%000. În județul Covasna a fost înregistrată cea mai mică incidență (0,5%000) . În județele Ilfov, Giurgiu și Olt nu au fost înregistrat niciun caz de sifilis.

Fig. 17. Incidența cazurilor de sifilis, România, 2009-2018



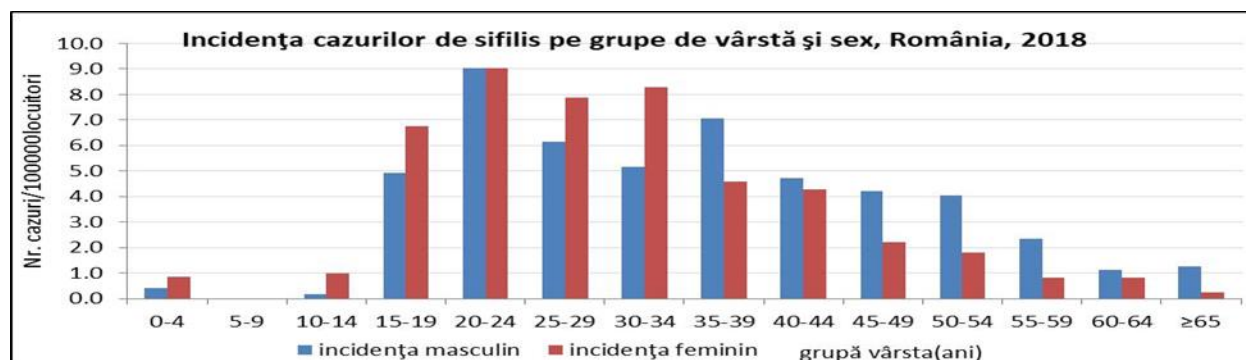
Sursa: <https://www.cnsct.ro/index.php/rapoarte-anuale/1302-analiza-bolilor-transmisibile-aflate-in-supraveghere-raport-pentru-anul-2018/file>¹⁶

Raportul cazurilor de sifilis între cele două sexe masculin:feminin este de 1,1:1.

În rândul persoanelor de sex masculin s-au înregistrat 341 cazuri de sifilis, iar incidențe crescute au fost înregistrate la grupele de vârstă: 20-24 ani=9,0%000, 35-39 ani=7,1%000 și 25-29 ani=6,1%000.

În rândul persoanelor de sex feminin s-au înregistrat 298 cazuri de sifilis, iar incidențe crescute au fost înregistrate la grupele de vârstă: 20-24 ani=9,0%000, 30-34 ani=8,3%000, și grupa de vârstă 25-29 ani=7,9%000.

Fig.18. Incidența cazurilor de sifilis pe grupe de vârstă și sex, România, 2018



Sursa: <https://www.cnsct.ro/index.php/rapoarte-anuale/1302-analiza-bolilor-transmisibile-aflate-in-supraveghere-raport-pentru-anul-2018/file>¹⁶

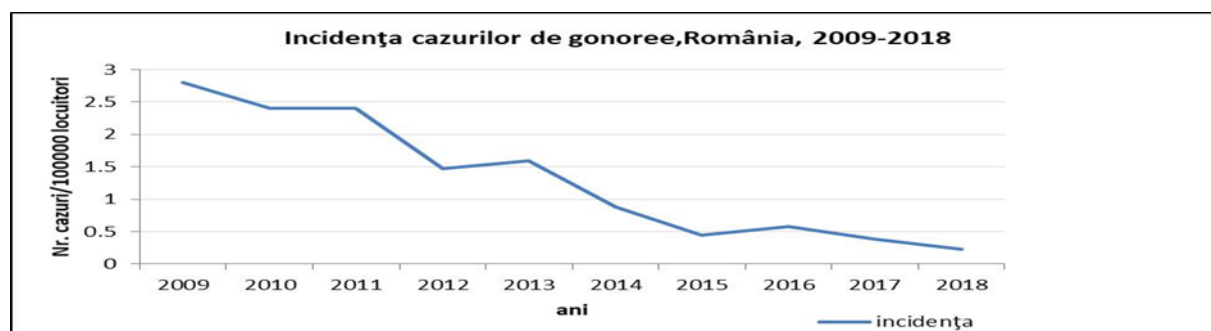
S-au înregistrat 5 cazuri de sifilis congenital.

În anul 2018, au fost înregistrate 5 cazuri de sifilis congenital, raportate în județele: Alba, Arad, Bistrița-Năsăud, Caraș-Severin și Sibiu.

2. Gonoreea

În anul 2018, la nivel național, au fost raportate 46 cazuri de gonoree, cu o incidență de 0,23 cazuri%, în scădere față de 2017, cu 41%.

Fig.19. Incidența cazurilor de gonoree, România, 2009-2018

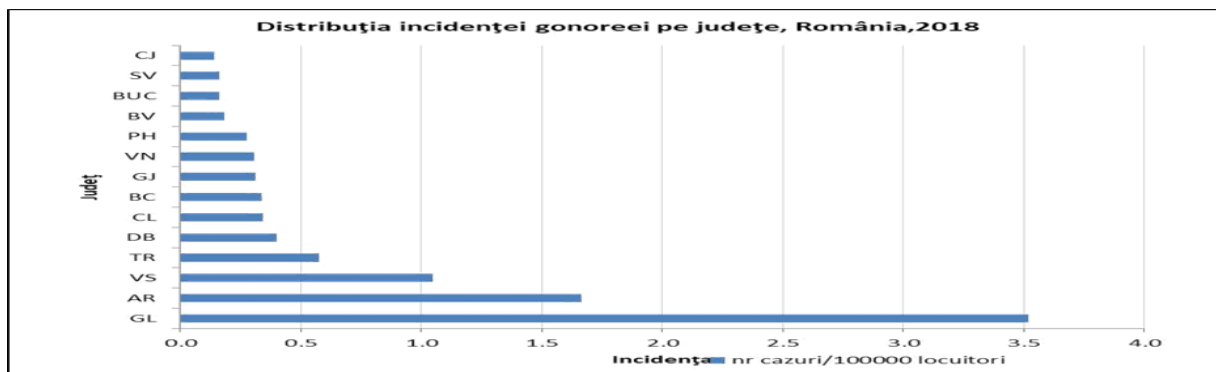


Sursa: <https://www.cnsct.ro/index.php/rapoarte-anuale/1302-analiza-bolilor-transmisibile-aflate-in-supraveghere-raport-pentru-anul-2018/file>¹⁶

Dintre cele 41 de județe și municipiul București, în 28 județe nu s-a raportat niciun caz.

Incidența pe județe pentru gonoree, la populația generală este prezentată în graficul de mai jos:

Fig. 20. Distribuția incidenței gonoreei pe județe, România, 2018



Sursa: <https://www.cnscbt.ro/index.php/rapoarte-anuale/1302-analiza-bolilor-transmisibile-aflate-in-supraveghere-raport-pentru-anul-2018/file>¹⁶

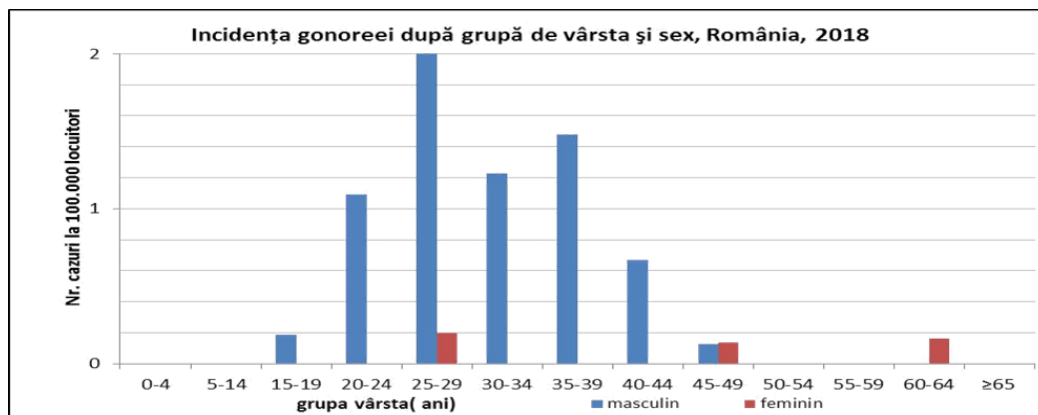
Din punct de vedere al repartiției pe sexe, în rândul populației de sex masculin au fost raportate 43 cazuri de gonoree-cu cele mai multe cazuri înregistrate în mediul urban (27 cazuri de gonoree).

Tabel 10. Distribuția cazurilor de gonoree pe mediu și sex, România, 2018

Sex	Mediul		Total
	urban	rural	
masculin	27	16	43
feminin	3	0	3
Total	30	16	46

Sursa: <https://www.cnscbt.ro/index.php/rapoarte-anuale/1302-analiza-bolilor-transmisibile-aflate-in-supraveghere-raport-pentru-anul-2018/file>¹⁶

Fig.21. Incidența gonoreei după grupă de vârstă și sex, România, 2018



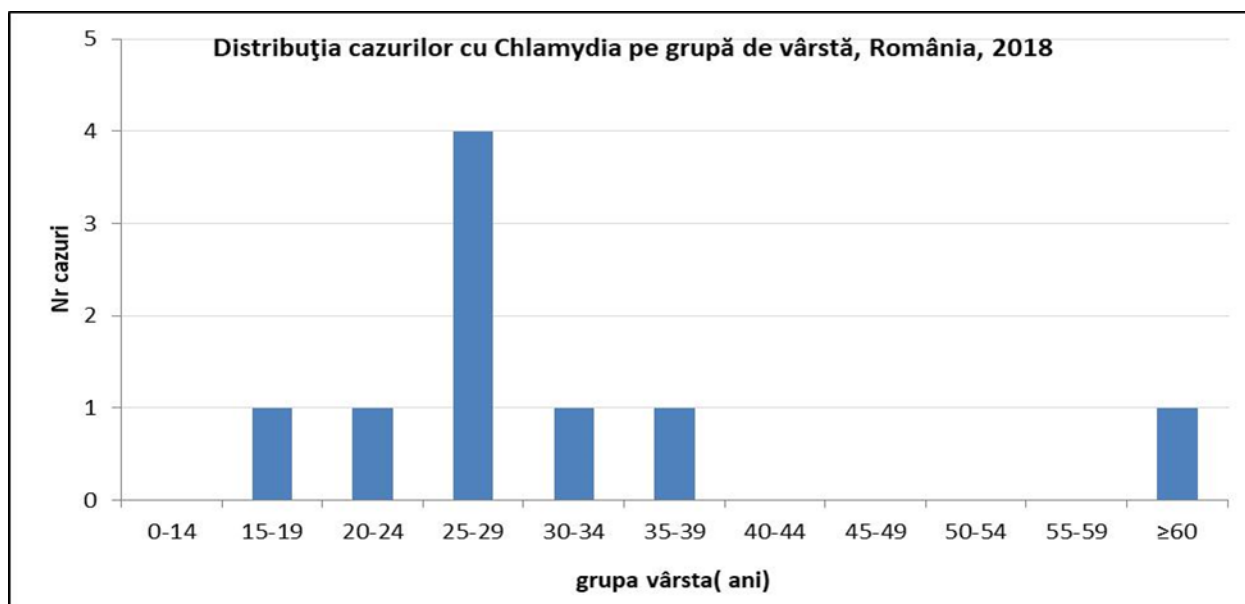
Cele mai multe cazuri de gonoree la persoanele de sex masculin au fost înregistrate la grupa de vârstă de 25-29 ani-11 de cazuri, iar la persoanele de sex feminin cazurile au fost înregistrate la grupele de vârstă de 25-29 ani, 45-49 ani respectiv 60-64 ani- cu câte un caz.

3. Infecția genitală cu *Chlamydia*

În cursul anului 2018, la nivel național au fost declarate 9 de cazuri de infecție genitală cu *Chlamydia trachomatis*, incidența fiind de 0,015‰000. Din cele 9 de cazuri, 7 cazuri s-au înregistrat la persoane de sex masculin și numai 2 cazuri în rândul persoanelor de sex feminin, 7 cazuri fiind diagnosticate pasiv și 2 activ în urma controlului periodic. Cazurile de infecție cu *Chlamydia* au fost raportate în 3 județe: Arad- 7 cazuri și Argeș, respectiv Brașov cu câte un caz.

Vârsta cazurilor este între 17 și 60 de ani, cu cel mai mare număr de cazuri înregistrat la grupele de vârstă de 25-29 ani.

Fig. 22. Distribuția cazurilor cu *Chlamydia* pe grupă de vârstă, România, 2018



Sursa: <https://www.cnsct.ro/index.php/rapoarte-anuale/1302-analiza-bolilor-transmisibile-aflata-in-supraveghere-raport-pentru-anul-2018/file>¹⁶

HIV/SIDA ÎN EUROPA

În această regiune există aproximativ 2,4 milioane de persoane care trăiesc cu HIV¹⁷.

Regiunea Europeană a OMS este singura din întreaga lume în care numărul cazurilor noi de infecții cu HIV are o evoluție ascendentă¹⁸.

Mortalitatea prin HIV/SIDA în UE și România în perioada 2011-2016, este redată în tabelele de mai jos:

Tabel 11. Mortalitatea prin HIV/SIDA pe grupe de vârstă și gen, UE, 2011-2016

Ani	Total	Masc.	Fem.	Rata standardizată de mortalitate	Mortalitate sub 65 ani	Mortalitate 65 ani și peste
2011	4176	3193	983	0,8	0,89	0,43

¹⁷ <http://www.euro.who.int/en/health-topics/communicable-diseases/hiv/aids/hiv/aids>

¹⁸ <https://ecdc.europa.eu/en/news-events/1-2-people-living-hiv-europe-diagnosed-late-ecdc-and-who-urge-improvement-testing>

2012	4111	3149	961	0,79	0,86	0,5
2013	3884	2981	902	0,74	0,79	0,53
2014	3603	2734	869	0,68	0,74	0,46
2015	3412	2635	777	0,65	0,69	0,5
2016	2919	2243	676	0,55	0,58	0,46

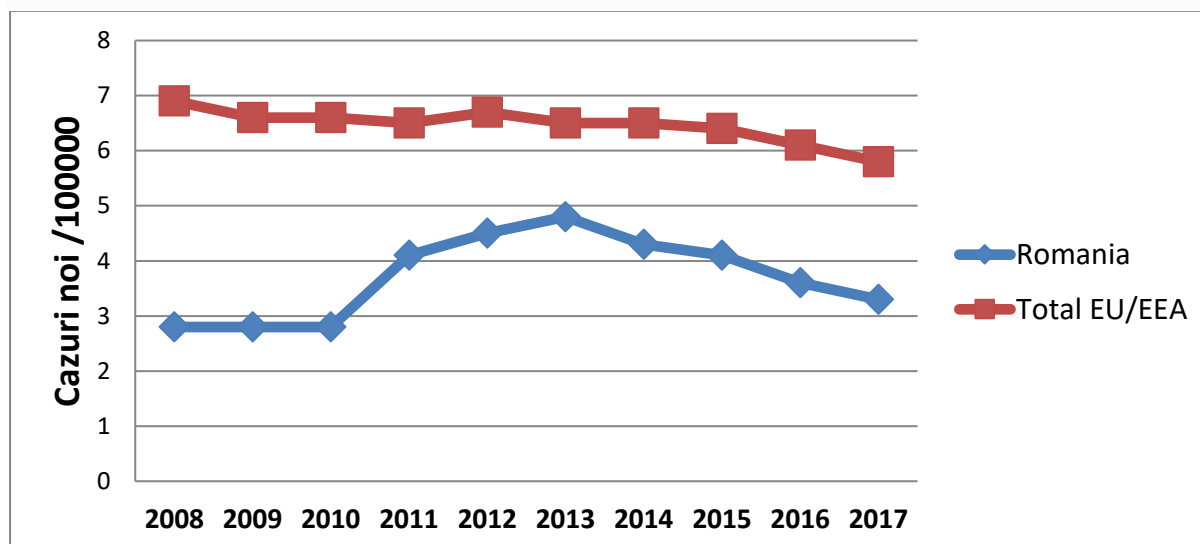
Sursa: Eurostat, Last update: 16-08-2019, <https://ec.europa.eu/eurostat>¹⁹

Tabel 12. Mortalitatea prin HIV/SIDA pe grupe de vârstă și gen, România, 2011-2016

Ani	Total	Masc.	Fem.	Rata standardiza- tă de mortalitate	Mortalita-te sub 65 ani	Mortalita-te 65 ani și peste
2011	193	112	81	0,9	1,09	0,12
2012	175	114	61	0,83	1,02	0,06
2013	170	110	60	0,81	0,98	0,09
2014	206	140	66	0,97	1,17	0,14
2015	189	133	56	0,9	1,09	0,14
2016	220	148	72	1,05	1,27	0,15

Sursa: Eurostat, Last update: 16-08-2019, <https://ec.europa.eu/eurostat>¹⁹

Fig. 23. Cazuri noi/100.000 de HIV diagnosticate în România vs. UE/SEE, 2008-2017

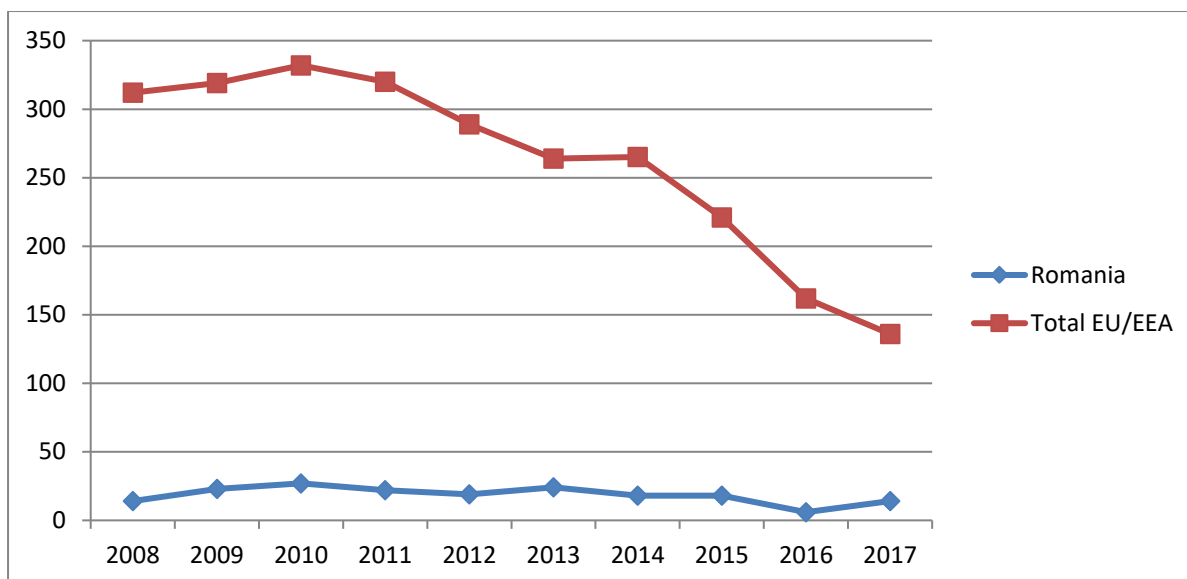


Sursa: <https://www.ecdc.europa.eu/sites/portal/files/documents/hiv-aids-surveillance-europe-2018.pdf>²⁰

Fig.24. Număr cazuri noi de HIV diagnosticate la persoanele infectate prin transmiterea de la mamă la copil, în România vs. UE / SEE, 2008-2017

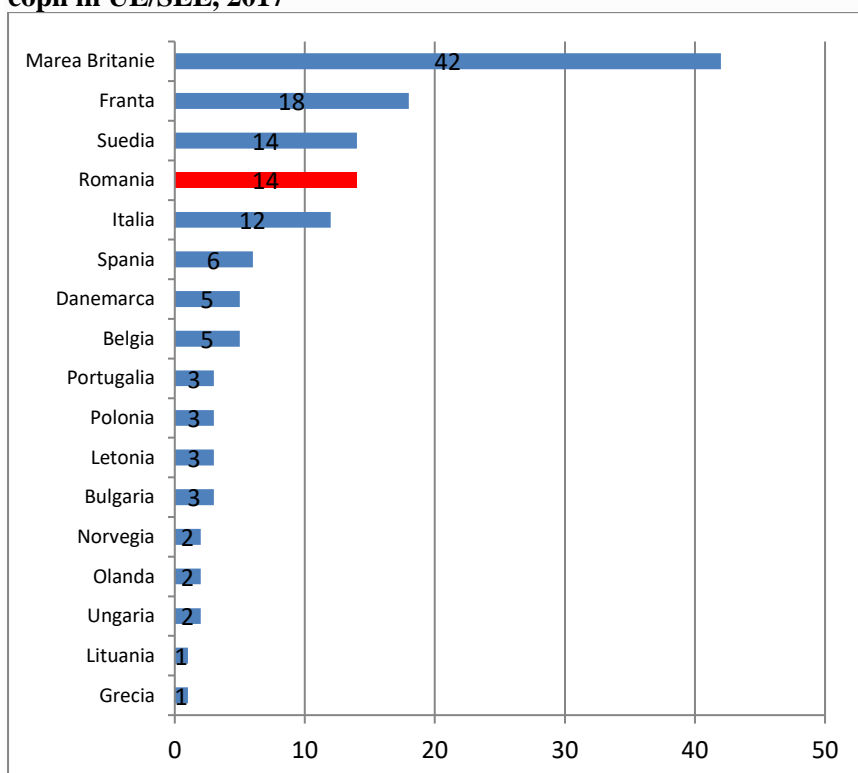
¹⁹ <https://ec.europa.eu/eurostat>

²⁰ <https://www.ecdc.europa.eu/sites/portal/files/documents/hiv-aids-surveillance-europe-2018.pdf>



Sursa: <https://www.ecdc.europa.eu/sites/portal/files/documents/hiv-aids-surveillance-europe-2018.pdf>²⁰

Fig.25. Număr cazuri noi de HIV diagnosticate la persoanele infectate prin transmiterea de la mamă la copil în UE/SEE, 2017



Sursa: <https://www.ecdc.europa.eu/sites/portal/files/documents/hiv-aids-surveillance-europe-2018.pdf>²⁰

HIV/SIDA în ROMÂNIA

Conform Compartimentului pentru Monitorizarea și Evaluarea Infecției HIV/SIDA–INBI “Prof.Dr.M.Balș”, în România, la 30 septembrie 2019, existau 16.190 persoane infectate cu HIV²¹.

Tabel 13. Situația infecției HIV/SIDA în România, 30 septembrie 2019

²¹ <http://www.cnlas.ro/images/doc/01122019.pdf>

DATE GENERALE	3 septembrie 2019
TOTAL HIV/SIDA (cumulativ 1985-2018) din care:	24.582
TOTAL SIDA (CUMULATIV 1985 - 2018)	16.513
TOTAL HIV (CUMULATIV 1992 - 2018)	8.069
PIERDUTI DIN EVIDENȚĂ HIV/SIDA COPII + ADULȚI	754
TOTAL DECESE SIDA (1985 - 2018)	7.361
NUMĂR PACIENȚI HIV/SIDA ÎN VIAȚĂ, DIN CARE	16.190
0-14 ANI	189
15 – 19 ANI	135
≥ 20 ANI	15.866
CAZURI HIV/SIDA NOI DEPISTATE ÎN ANUL 2018	506
CAZURI NOI HIV NOTIFICATE	288
CAZURI NOI SIDA NOTIFICATE	218
DECESE înregistrate în anul 2018 prin fișele de confirmare a cazului HIV/SIDA	120

Sursa: <http://www.cnlas.ro/images/doc/01122019.pdf>²¹

La 30 septembrie 2019 au fost înregistrate 6 cazuri de HIV/SIDA la copii sub 1 an (3 la băieți și 3 la fete). Cel mai mare număr de cazuri, 6.036, a fost înregistrat la grupa de vârstă 30 –34 ani (3.498 cazuri la bărbați și 2.626 la femei). (Tabel 14)

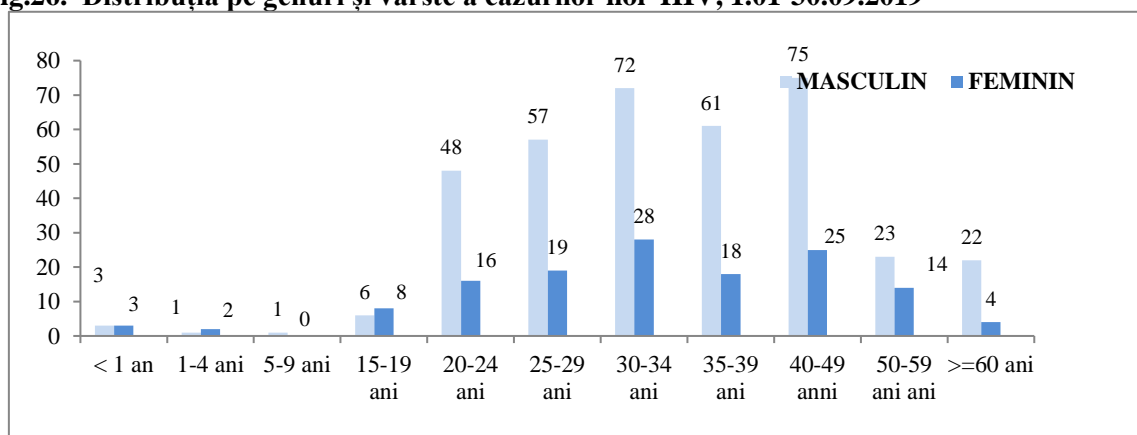
Tabel 14. Distribuția cazurilor HIV/SIDA pe grupe de vârstă și gen, 30 septembrie 2019 (total cumulativ 1985-2019)

GRUPA DE VÂRSTĂ	SEX		TOTAL
	BĂRBAȚI	FEMEI	
	HIV/SIDA	HIV/SIDA	HIV/SIDA
< 1 AN	3	3	6
1-4 ANI	12	21	33
5-9 ANI	39	38	77
10-12 ANI	25	28	53
13-14 ANI	10	10	20
15-19 ANI	53	82	135
20-24 ANI	276	202	478
25-29 ANI	1285	892	2177
30-34 ANI	3498	2626	6124
35-39 ANI	1180	503	1683
40-49 ANI	1792	984	2776
50-59 ANI	928	634	1562
60 ANI ȘI PESTE	692	374	1066
TOTAL	9793	6397	16190

Sursa: <http://www.cnlas.ro/images/doc/01122019.pdf>²¹

În perioada 2.10-30.09.2019, cel mai mare număr de cazuri noi de infecție HIV la bărbați a fost înregistrat la grupele de vârstă 40-49 ani (75), 30–34 ani (72) și 35-39 ani (61). La femei, cel mai mare număr de de noi infecții au fost înregistrate la grupele de vârstă 30-34 ani (28), 40-49 ani (25) și 50-59 ani (23).

Fig.26. Distribuția pe genuri și vârste a cazurilor noi HIV, 1.01-30.09.2019



Sursa: Compartimentul pentru Monitorizarea și Evaluarea Infecției HIV/SIDA în România – INBI “Prof.Dr.M.Balș; <http://www.cnlas.ro/images/doc/01122019.pdf>²¹

În perioada 2007–2019, din punct de vedere a modalității de transmitere, ponderea infecției a crescut în rândul consumatorilor de droguri injectabile (de la 1,5% în 2007 la 11% la 30 septembrie 2019) și a homosexualilor (de la 4% la 2007 la 23% la 30 septembrie 2019), calea materno-fetală de la 1,9% la 2%. La heterosexuali, ponderea infecției a scăzut de la 77,91% în 2007 la 62,13% și prin cale heterosexuale (de la 77,9% la 62%) și necunoscută (de la 14,5% la 2%).

Testările HIV la gravide, pe grupe de vârstă, în perioada 1.01-30.09.2019 au evidențiat predominanța grupei de vârstă 30-34 ani.

Tabel 15. Testări HIV la gravide, pe grupe de vârstă, în perioada 1.01-30.09.2019

GRUPA DE VÂRSTĂ	TESTE NEGATIVE	TESTE POZITIVE	TOTAL	% POZITIVE
12-14 ANI	233	0	233	0.00
15-19 ANI	4402	0	4402	0.00
20-24 ANI	8080	4	8084	0.05
25-29 ANI	10193	7	10200	0.07
30-34 ANI	8891	15	8906	0.17
35-39 ANI	4354	0	4354	0.00
> 40 ANI	1451	0	1451	0.00
VÂRSTA NEPRECIZATĂ	829	0	829	0.00
TOTAL	38433	26	38459	0.07

Sursa: <http://www.cnlas.ro/images/doc/01122019.pdf>¹

Impactul psihologic al sarcinii

1. Sarcina este o perioadă de schimbare psihologică semnificativă. Prin urmare, femeile gravide (și partenerii) ar putea fi vulnerabile la dezvoltarea bolilor de sănătate mintală perinatală.

2. Labilitatea / fluctuațiile emoționale (între sentimentele pozitive și cele negative) sunt frecvente pe toată durata sarcinii. Multe femei însărcinate au sentimente mai puțin negative în timpul celui de-al doilea trimestru (comparativ cu primul și al treilea).

3. Sunt frecvente emoțiile negative ușoare și temporare (cum ar fi starea de spirit scăzută, frica / anxietatea, ambivalența, conflictul și regresia). Prin urmare, femeile însărcinate ar trebui să fie liniștite.

Cu toate acestea, dacă simptomele sunt persistente, severe (în special cu un impact semnificativ asupra calității vieții), atunci trebuie făcută o evaluare suplimentară pentru a exclude o boală psihiatrică.

Este important să ne amintim că sarcina NU este protectoare împotriva stărilor de sănătate mintală.

4. O schimbare importantă este activarea reorganizării interne și externe. Aceasta include procese psihologice importante, precum funcționarea reflectantă (parentală și prenatală), reprezentarea mintală maternă, relațiile de obiecte și atașamentul prenatal.

5. Constelația maternă este un grup de griji / temeri pe care le are o mamă în timpul tranziției la părinți. Acestea ar putea face tranziția stresantă.

6. O bună rezistență mentală, rețeaua de sprijin social, relația de cuplu și experiența din copilărie ar putea asigura o tranziție lină și plăcută la părinți.

7. Sarcina și anii parentalității timpurii sunt, de asemenea, perioadele pentru transmiterea intergenerațională a atașamentului și a valorilor familiei.

8. Nu treb'ue subestimată influența factorilor sodio-culturali asupra tranziției la rolul de părinți. Părinții ar putea fi foarte vulnerabili la judecata și criticile din partea societății și să dezvolte un sentiment de eșec²².

Impactul psihologic al avortului

Efectele psihologice ale avortului sunt de natură deosebit de complexă și este nevoie ca acestea să fie conștientizate și luate în considerare în momentul producerii deciziei. Asemenea cazurilor de pierdere a unei persoane dragi, avortul aduce cu sine toate trăirile produse de doliu. De la stări de agresivitate acute, până la zile de lacrimi și într-un final acceptare, avortul are nevoie de timp, pentru a se vindeca.

Temeri pentru viitor În special pentru femeile care doresc cu ardoare copii, avortul este o lovitură puternică și greoaie care hrănește temerile și întrebările neîncetate cu privire la ce s-ar putea întâmpla cu următoarea sarcină, sau dacă aceasta va mai putea exista.

Sentimentul de vinovăție. Studiile afirmă faptul că vinovăția se împarte în două mari categorii – pe de-o parte vina asumată ca urmare a sentimentului de eșec, evoluat din avorturile spontane și pe de altă parte vina întreruperii efective de sarcină, indiferent de motiv. Unul dintre motivele pentru care efectele psihologice ale avortului trebuie tratate cu aceeași seriozitate, constă în faptul că trauma nevindecată poate fi transmisă către următorul copil. Este important pentru o femeie să aibă sprijin pentru a-și putea asuma avortul și pentru a putea depăși această experiență dureroasă, astfel încât să creeze o relație sănătoasă cu viitorul copil.

Sunt multiple motivele pentru care o femeie decide să meargă până la capăt cu procedura de întrerupere a sarcinii.

Dacă motivul este unul medical, putem vorbi de suferința mare, de sentimentul de pierdere, de doliu, de neputință, furie, durere, deznădejde, teama în legătură cu viitorul, vinovăție, depresie, dezamăgire.

Dacă, de exemplu, sarcina care se dorește a fi întreruptă este rezultatul unui viol, atunci este o reacție de apărare, o încercare de a opri răul trăit, și aici vorbim de avort terapeutic.

Dacă sarcina este o greșeală, eventual rezultatul vreunei aventuri de-o noapte, se alătură și rușinea. Dacă vine într-un moment nepotrivit, poate că partenerii sunt prea tineri, chiar adolescenți; în plus, apare și multa frică, nesiguranță, sau concepții greșite în raport cu formarea unui cuplu.

Asta, și în contextul în care avortul este condamnat și folosit ca mesaj înfricoșător cu scop de prevenție a sarcinii. De asemenea, sunt destule situațiile în care partenerul nu acceptă sarcina și amenință partenera cu ieșirea din relație – firesc, apare frica, furie, vinovăție, îngheț emoțional.

Avortul este o experiență traumatizantă, cu efecte pe termen lung.

Avortul mai poate fi privit ca o agresiune asupra persoanei femeii (intervenția chirurgicală), o agresiune la adresa altei persoane (fătul), o agresiune asupra bărbatului (ca parte a procesului de concepție), o agresiune asupra cuplului.

Este o rană emoțională, de care psihicul are nevoie să se protejeze, punând în funcțiune diverse mecanisme: negarea experienței, comportamente compensatorii, evitare, control excesiv etc.

Consecințele păstrării unui copil nedorit

Femeia este cea care poate transmite trauma copilului ei, în cazul în care îl naște, dar nu este dorit. Tipul de apropiere față de micuț, atitudinea, incapacitatea de a stabili atașament securizant, respingerea, toate duc la tulburări cu consecințe pe termen lung²².

Date cu rezultate relevante din studiile naționale, europene și internaționale.

1. **Studiul sănătății reproducerii, Romania 2016. Raport sintetic.** Institutul Național pentru sănătatea mamei și copilului, 2019.

Raportul prezintă rezultatele celui de-al cincilea studiu privind sănătatea reproducerii la femeile de vârstă fertilă, din România. Scopul acestui studiu a fost evaluarea sănătății reproducerii la femeile de vârstă ferti lă din România, a serviciilor de sănătate pentru mamă și copil, a barierelor existente în accesarea acestor servicii, la nivel primar, secundar și terțiar. De asemenea, identificarea unor atitudini ale femeilor față de sănătatea reproducerii sau cea de violență domestică asupra femeilor.

2. **National, regional, and global trends in infertility: a systematic analysis of 277 health surveys**

Tendințe naționale, regionale și globale ale infertilității: o analiză sistematică a 277 de studii medicale

Au fost analizate datele sondajelor demografice și reproductive ale gospodăriilor pentru a dezvălui tipare și tendințe globale în infertilitate. Indiferent de creșterea populației și de scăderea la nivel mondial a numărului preferat de copii, au fost descoperite puține dovezi de schimbări ale infertilității pe parcursul a două decenii, în afară de regiunile Africii Subsahariene și Asia de Sud^{22,23}.

3. **New WHO evidence on mistreatment of women during childbirth, 2019**

Noi dovezi OMS privind maltratarea femeilor în timpul sarcinii, 2019

Studiul s-a bazat pe rezultatele unei analize sistematice cu metode mixte efectuate în 2015, care a dezvoltat o tipologie a ceea ce constituie maltratarea femeilor în timpul nașterii, pe baza a 65 de studii efectuate în 34 de țări. Revizuirea a identificat abuzurile fizice și verbale, stigmatizarea și discriminarea, neîndeplinirea standardelor profesionale de îngrijire, raportul slab între femei și furnizori și condițiile și

²² <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/infertility/277surveys/en/>

²³ <https://journals.plos.org/plosmedicine/article?id=10.1371/journal.pmed.1001356>

constrângerile sistemului de sănătate ca manifestări primare ale femeilor în timpul nașterii în unitățile de sănătate²⁴.

4. *Research with Pregnant Women: New Insights on Legal Decision-Making*

Cercetări cu privire la femei însărcinate: perspective noi asupra luării deciziilor legale; Deși femeile însărcinate au nevoie de prescripție medicală pentru tratamentul unor afecțiuni grave, ele sunt deseori excluse sau subreprezentate în cercetările clinice efectuate privind efectele medicației administrate în cursul sarcinii. În lipsa unor dovezi specifice [clinice pentru informarea deciziei terapeutice](#) expune în mod obișnuit femeile însărcinate, și urmașii lor, la riscuri de morbiditate și mortalitate²⁵.

²⁴ <https://www.who.int/reproductivehealth/mistreatment-of-women-during-childbirth/en/>

²⁵ <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5533594/>