

Str. Dr.A. Leonte, Nr. 1 - 3, 050463 București, ROMANIA  
Tel: \*+4 021 318 36 20, Director: +4 021 318 36 00, +4 021 318 36 02, Fax: +4 021 312 3426

## CENTRUL REGIONAL DE SĂNĂTATE PUBLICĂ CLUJ

### COMPARTIMENTUL SĂNĂTATE COPII ȘI TINERET

**P.N. V. Programul Național de Evaluare și Promovare a Sănătății și Educație pentru Sănătate**

**3. Subprogramul de supraveghere a stării de sănătate a populației**

**Obiectivul 1. Evaluarea stării de sănătate a copiilor și tinerilor**

**ACTIVITATEA 1. d) IDENTIFICAREA, CUANTIFICAREA ȘI MONITORIZAREA  
COMPORTAMENTELOR CU RISC PENTRU SĂNĂTATE LA ELEVI (FUMAT,  
CONSUM DE ALCOOL, DROGURI, COMPORTAMENT ALIMENTAR, SEXUAL,  
ACTIVITATE FIZICĂ, AGRESIVITATE FIZICĂ)**



**SINTEZA NAȚIONALĂ PENTRU ANUL 2016 - REZUMAT**

**RESPONSABIL,**

**Dr. Ileana Maria Mireștean**

## **CUPRINS**

DATE GENERALE .....	3
SCOP .....	3
OBIECTIVE.....	3
BAZA LEGALĂ .....	3
JUSTIFICAREA NECESITĂȚII SINTEZEI .....	4
PREZENTAREA INSTRUMENTULUI DE SUPRAVEGHERE A COMPORTAMENTELOR CU RISC .....	4
DESCRIEREA LOTULUI DE SUBIECȚI .....	4
BAZA DE DATE ȘI PRELUCRĂRI STATISTICE .....	6
CONCLUZII GENERALE .....	6
ROMÂNIA ÎN CONTEXT EUROPEAN .....	10

## DATE GENERALE

**Coordonator sinteză – Dr. Ileana Maria Mireștean**

**Colectiv de lucru :** dr. Cosmina Samoilă, Dr. Sorina Irimie, dr. Petru Sandu, psih. Ioana Beldean, as. Anamaria Rusz.

**Colaboratori :** DSP județene, CRSP teritoriale, Centrul Național de Statistică și Informatică în Sănătate Publică (CNSISP)

## SCOP

- **Eficientizarea** controlului factorilor de risc comportamentali (fumatul, consumul de alcool, consumul de droguri, suicidul, comportamentul agresiv, comportamentul sexual cu risc, comportamentul alimentar cu risc, sedentarismul. Uniunea Europeană consideră că ameliorarea sănătății publice trebuie să încorporeze intersectorialitatea și participarea, variabile esențiale pentru serviciile de promovare a sănătății, în toate strategiile sectoriale de dezvoltare. O asemenea filosofie politică presupune schimbări de mentalitate și adoptarea unor comportamente noi. Impactul unor programe și activități susținute apar în timp, necesitând 10-15 ani pentru a deveni o normă socială.
- **Consolidarea** unui sistem informațional la standardele europene privind sănătatea în relație cu factorii de risc comportamentali și armonizarea sistemului de monitorizare a acestora la standardele europene.
- **Realizarea** unei rețele informaționale la nivel național, la standarde europene, în vederea adaptării strategiei naționale și asigurării comparabilității datelor cu cele ale Uniunii Europene.
- **Organizarea** unui sistem eficient și modern de diseminare a informațiilor legate de starea de sănătate și determinanții ei atât pentru decidenți și specialiști, cât și pentru publicul general.
- **Inițierea** activităților de informare, educare și comunicare având la bază informațiile din sistemul de monitorizare a determinanților sănătății (printre care se situează comportamentele cu risc pentru sănătate).

## OBIECTIVE

### *Obiectiv general*

Evaluarea dimensiunii riscului comportamental la elevii din unitățile de învățământ și inițierea activităților de corectare țintite.

### *Obiective specifice*

Evaluarea celor 6 arii comportamentale cu risc pentru sănătate, definatorii stilului de viață cu risc: fumat, consum de alcool-droguri, comportament sexual cu risc, comportament alimentar cu risc, sedentarism, agresivitate.

## BAZA LEGALĂ

### *Cadrul legislativ european*

Cadrul legislativ european: Directiva 2001/37/EC și „**Plan de acțiune european pentru întărirea capacității și serviciilor de sănătate publică - Sănătate 2020**”, prezentat la a 62 –a sesiune a Comitetului regional OMS pentru Europa din septembrie 2012.

### *EPHO 1: Supravegherea sănătății și a stării de bine a populației*

Art. 32 Evaluarea (aceasta necesitând un sistem de colectare a datelor) supravegherea și urmărirea tendinței în timp a prevalenței comportamentului cu risc pentru sănătate etc.

**Legislația națională care transpune aquis-ul comunitar și asigură implementarea**  
Legea Sănătății nr. 95/2006; Ordinul MS nr. 386/2015 cu modificările ulterioare.

### **JUSTIFICAREA NECESITĂȚII SINTEZEI**

În vederea intercomparabilității bazate pe evidențe cuantificabile, sănătatea din țările europene este apreciată pe baza unor indicatori comuni (exemplu indicatorii ECHI pentru copii). Comportamentele cu risc pentru sănătate se încadrează în categoria „Determinanților sănătății”. Din aceste considerente se impune necesitatea existenței unei metodologii unitare la nivel național pentru investigarea acestora. Pe plan european instrumentul utilizat este YRBSS, elaborat de CDC- SUA.

### **PREZENTAREA INSTRUMENTULUI DE SUPRAVEGHERE A COMPORTAMENTELOR CU RISC**

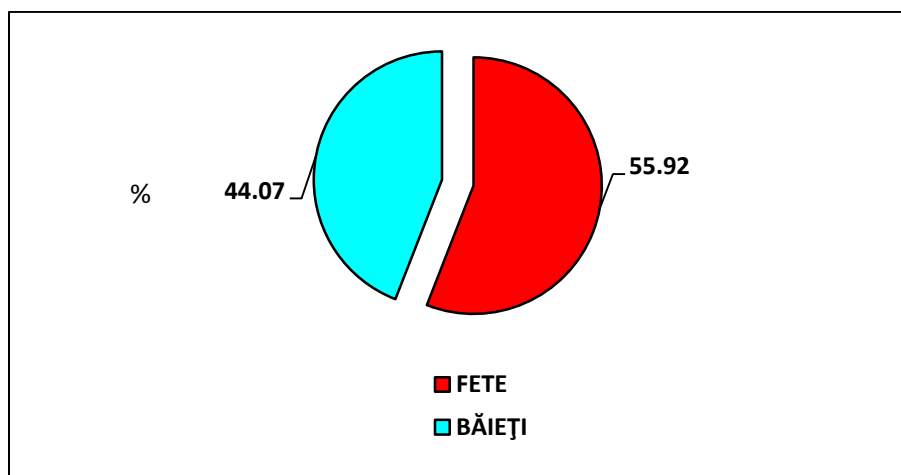
YRBSS - instrumentul utilizat în cercetarea întreprinsă a fost elaborat de CDC (și modificat în 2002) în vederea monitorizării comportamentelor cu risc pentru sănătate la tineri. Acesta a fost adaptat particularităților socio-economice și cultural-educative din țara noastră.

Chestionarul este utilizat în studii populaționale în statele din U.E. și nu numai. Se prezintă sub forma unui chestionar cu 89 de întrebări, autoaplicat, având multiple variante de răspuns. Prima pagină conține informații utile subiectului în vederea autoaplicării și precizează scopul chestionării.

Întrebările sunt grupate pe șase arii de interes: fumatul, consum de alcool-droguri ilicite, agresivitate-autoagresivitate (tentativă de suicid), comportament sexual, comportament alimentar și activitate fizică.

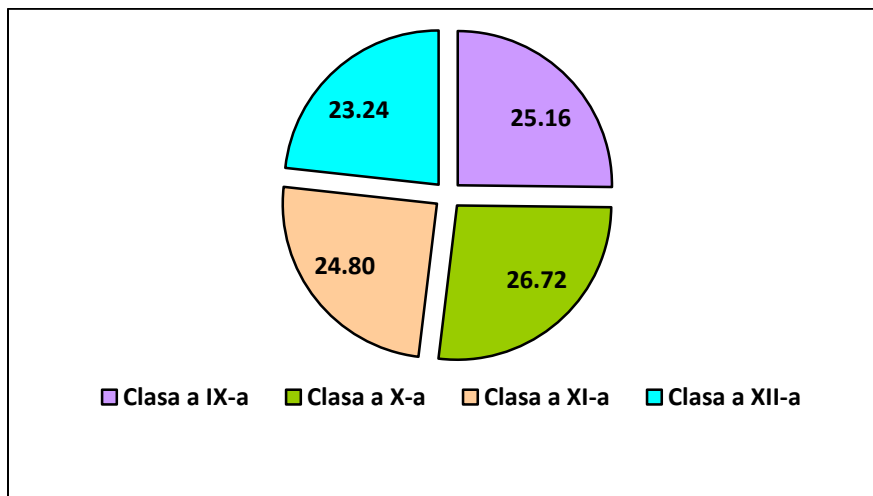
### **DESCRIEREA LOTULUI DE SUBIECȚI**

Investigațiile s-au efectuat pe un lot de 7550 elevi din ciclul liceal, din județele României. Distribuția subiecților pe sexe a fost următoarea: 55,92% fete (4222) și 44,07% băieți (3328) (Fig. 1).



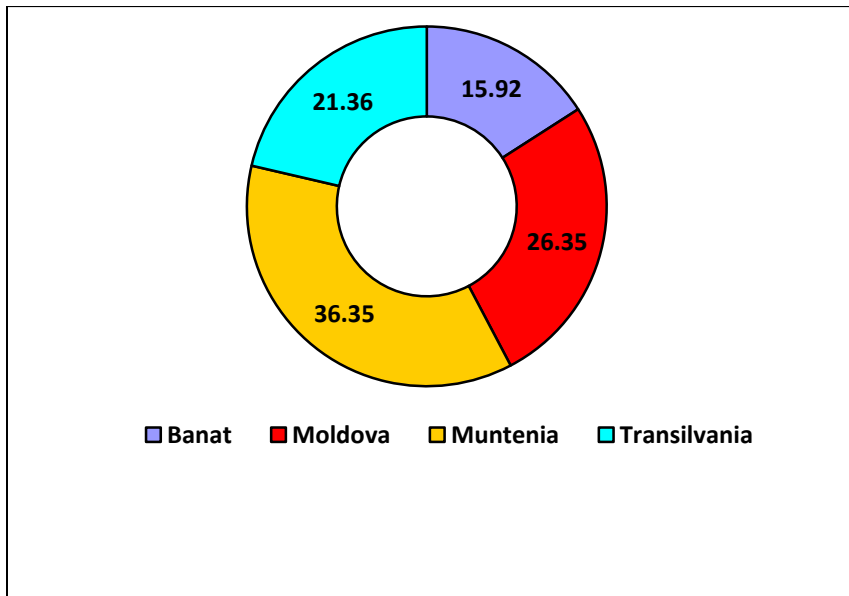
**Fig. 1 Distribuția procentuală a subiecților în raport cu sexul (N=7550)**

Distribuția pe nivele de școlarizare a fost următoarea: 1900 elevi (25,16%) în clasa a IX-a, 2018 elevi (26,72%) în clasa a X-a, 1877 elevi (24,80%) în clasa a XI-a și 1755 elevi (23,24%) în clasa a XII-a (Fig. 2).



**Fig. 2 Distribuția procentuală a subiecților în raport cu nivelul de școlarizare (N=7550)**

Distribuția pe zone geografice a fost următoarea: Banat 1202 subiecți (15,92%), Moldova 1990 subiecți (26,35%), Muntenia 2745 subiecți (36,35%) și Transilvania 1613 subiecți (21,36%) (Fig. 3).



**Fig.3 Distribuția procentuală a lotului pe zone geografice (N=7550)**

Județele incluse în fiecare zonă geografică luată în studiu, au fost:

- pentru Banat: Arad, Caraș - Severin, Hunedoara, Timiș,
- pentru Moldova: Bacău, Galați, Iași, Neamț, Suceava, Vrancea, Botoșani,

- pentru Muntenia: Argeș, Brăila, Buzău, Călărași, Constanța, Dâmbovița, Dolj, Giurgiu, Gorj, Ilfov, Mehedinți, Olt, Prahova, Teleorman, Tulcea, Vâlcea și municipiul București
  - pentru Transilvania: Alba, Bihor, Bistrița – Năsăud, Cluj, Covasna, Harghita, Maramureș, Mureș, Sălaj, Sibiu, Satu-Mare, Brașov
- Distribuția județelor corespunde arondării teritoriale proprii Centrelor Regionale de Sănătate Publică din țară, și anume:
- Coordonarea în teritoriu a sintezei a revenit:
- CRSP Timișoara pentru județele din Banat
  - CRSP Iași județele din Moldova
  - CRSP București pentru județele din Muntenia
  - CRSP Cluj pentru județele din Transilvania.
- Colaborări cu **CNSISP** ( Centrul Național pentru Statistică și Informatică în Sănătate Publică).

## **BAZA DE DATE ȘI PRELUCRĂRI STATISTICE**

Prelucrările statistice au fost realizate de **CNSISP** ( Centrul Național pentru Statistică și Informatică în Sănătate Publică).

În studiul întreprins datele au fost organizate conform modelului relațional. Baza de date conține informații referitoare la cele 6 arii diferite de comportamente cu risc, iar datele au fost grupate în mulțimi specifice fiecărei arii independente de comportament.

Prelucrările statistice se efectuează în mod independent pentru fiecare arie de comportament cu risc. Se calculează distribuțiile de frecvență ale diferitelor variante de răspuns și intervalele de confidență pentru fiecare întrebare din grupajul de întrebări ce caracterizează aria de comportament cu risc abordată, în raport cu: sexul subiecților, nivelul de școlarizare. Inițial se calculează distribuțiile de frecvență la nivel național și apoi în mod independent pentru cele patru regiuni geografice: Banat, Moldova, Muntenia, Transilvania.

În următoarea etapă se descrie evoluția frecvențelor înregistrate la băieți și fete, evoluția frecvențelor în raport cu nivelul de școlarizarea sau de la o regiune geografică la alta.

## **CONCLUZII GENERALE**

1. Deși în anul 2016 procentul elevilor care fumează se situează sub valorile înregistrate în 2010, scăderea este minimă. Acest fapt sugerează necesitatea intensificării profilaxiei primare precum și a diversificării mijloacelor și a metodelor de combatere a fumatului la elevi.
2. 4 din 100 elevi din ciclul liceal din România au consumat alcool în mod frecvent (de 20-30 ori) în luna ce a precedat aplicarea chestionarul. Din perspectiva sănătății publice, consumul aproape zilnic de alcool pune problema dependenței.
3. Ierarhizarea celor patru zone geografice în raport cu frecvența liceenilor care consumă în mod frecvent alcool, a situat în prim plan Moldova, celelalte 3 regiuni fiind sub nivelul național.

4. Cuantificarea gradientului de risc regional promovează intervențiile profilactice diferențiate, în concordanță cu nivelul de risc
5. Există pe plan național o tendință de creștere a frecvenței consumului ocazional de alcool de la clasa a IX-a la clasa a XII-a, aspect întâlnit și în anii precedenți.
6. Deși consumatorii de alcool sunt în mod preponderent băieți, consumul s-a înregistrat și la fete.
7. Elevii au consumat alcool și în incinta unităților de învățământ.
8. Consumul frecvent de alcool la școală a fost observat la clasele terminale și în mod predominant la sexul masculin.
9. Tendința consumului frecvent de alcool la elevi este ușor ascendentă.
10. Consumul ocazional de alcool la adolescenți se rezumă frecvent la experiment. Numărul elevilor experimenter de alcool crește cu înaintarea în vârstă.
11. Mai mult de 3 din 10 elevi (34,25%) au consumat alcool în mod experimental în ultimele 30 de zile, precedente aplicării chestionarului.
12. Intervențiile profilactice trebuie să aibă ca scop principal de a limita consumul doar la nivel de experiment.
13. În România drogul cel mai frecvent utilizat de către liceeni a fost marijuana.
14. 4 din 100 liceeni au consumat marijuana în mod experimental (o dată sau de două ori în viață).
15. Consumul experimental al altor droguri (heroina, cocaina, metamfetamine, ecstasy) a fost mai redus decât consumul de marijuana (frecvențe în general subunitare).
16. Consumul experimental de droguri (1-2 ori pe parcursul vieții) crește spre clasele terminale.
17. Prevalența consumului frecvent de droguri de tipuri diferite a fost în general subunitară pe plan național, asemenea anului 2014. Cea mai ridicată valoare a frecvenței s-a înregistrat în cazul marijuanei. Pentru celelalte droguri respectiv heroina, cocaina, metamfetamine, ecstasy consumul frecvent a fost mai redus.
18. Au fost înregistrate cazuri de consum de droguri în școală.
19. Față de anul precedent frecvența consumului experimental a crescut ceea ce sugerează necesitatea axării activităților profilactice predominante pe profilaxia primordială.
20. Consumul frecvent de droguri a crescut. Faptul că tendința consumului de droguri este ascendentă impune diversificarea metodelor de profilaxie și combatere dublate de măsuri coercitiv-legislative drastice.
21. Oferta drogurilor în perimetrul școlar a crescut alarmant, mai mult de unu din zece liceeni au confirmat că li s-au oferit sau vândut droguri la școală.
22. A crescut frecvența utilizatorilor de droguri injectabile cu 0,25 % față de anul 2014.
23. Aproape 2 din zece elevi au consumat substanțe etnobotanice, în mod frecvent.
24. Față de anul 2014, frecvența liceenilor sexual activi a scăzut cu 10,27%.
25. Frecvența liceenilor sexual activi crește de la un nivel de școlarizare la altul, triplându-se de la clasa a IX-a la clasa a XII-a.
26. Dintre liceenii sexual activi doar o pătrime au folosit metode contraceptive. Regiunea geografică în care s-a înregistrat cea mai ridicată frecvență a liceenilor care au raportat utilizarea de metode contraceptive a fost Moldova.
27. Dintre liceenii care au utilizat metode contraceptive, 23,18% au folosit prezervativul ca metodă contraceptivă.
28. Au utilizat metode contraceptive în mod special elevii din clasele terminale de liceu, numărul celor care au utilizat aceste metode s-a triplat de la clasa a IX-a la clasa a XII-a.

29. Cele mai multe sarcini nedorite s-au înregistrat la fetele din clasele a XII-a. Frecvența acestora a fost cu 3% mai scăzută față de anul 2014.
30. Aproape o pătrime dintre liceenii sexual activi au întreținut raporturi sexuale cu 1-2 parteneri.
31. Există un număr destul de ridicat de liceeni, în special băieți, care au întreținut relații sexuale cu mai mult de 3 parteneri. Frecvența acestora a crescut de patru ori de la clasa a IX-a la clasa a XII-a.
32. Evoluția frecvenței liceenilor care au început viața sexuală la 15 ani și peste a fost descendentă în intervalul 2010-2016.
33. Față de anul 2014 a scăzut frecvența elevilor diagnosticați cu BTS, cu 7,74%.
34. A scăzut ușor frecvența liceenilor care au consumat alcool sau droguri înaintea raporturilor sexuale cu 0,74%, față de anul 2014.
35. Frecvența elevilor care au comis acte de agresivitate fizică a scăzut cu 5,90% față de anul 2014.
36. Mai mult de 4 din 100 elevi s-au bătut în incinta școlii.
37. Cinci din 100 elevi au purtat arme diverse de apărare sau atac.
38. Aproximativ doi din 100 elevi au purtat arme de apărare sau atac la școală.
39. Frecvența agresivității fizice scade spre clasele terminale la ambele sexe.
40. Agresivitatea fizică a fost înregistrată atât la fete cât și la băieți, iar raportul fete/ băieți a fost de aproape 1/3.
41. Tendința frecvenței adolescenților cu comportament agresiv, în perioada 2005 - 2016 este ascendentă.
42. Determinismul plurifactorial al agresivității impune intervenția unor echipe multidisciplinare.
43. Sunt necesare programe universale de prevenire a violenței în școli prin informarea elevilor și a stafului școlii cu privire la fenomenul violenței în școală, prin discutarea schimbărilor pe care tinerii le consideră necesare pentru contracararea acestor comportamente și prin sprijinirea tinerilor pentru dobândirea abilităților de rezolvare pașnică a disputelor.
44. Programele pentru familie vizi dezvoltarea abilităților familiei și a relațiilor de familie, oferirea suportului necesar învățării comunicării, soluționării problemelor, dezvoltarea abilităților de management al comportamentului și de monitorizare a acestuia.
45. Abordarea ținută în mod intensiv asupra familiei, abordare care să ofere servicii terapeutice tinerilor cu înalt risc cronic de delincvență și familiilor acestora; abordarea să fie la nivel de individ, la nivelul familiei, școlii și a factorilor comunitari.
46. Politici comunitare ce întăresc securitatea și afectează atât factorii de risc cât și cei de protecție mai ales la tineri.
47. Educația cât mai timpurie în copilărie și îngrijirea, în mod special asigurarea unui suport de înaltă calitate copiilor defavorizați, pentru a-i ajuta să-și construiască un puternic fundament pentru a învăța în viitor și pentru a se dezvolta sănătos.
48. În România aproape 8 din 100 liceeni au avut ideeații suicidale.
49. Ideeația suicidală s-a înregistrat în mod preponderent la fete.
50. Frecvența ideeației suicidale scade spre clasele liceale terminale la fete.
51. Pe plan național aproape 6 elevi din 100 și-au făcut un plan de sinucidere; iar dintre aceștia 5,95% au avut tentative de suicid.
52. La nivel național, dintre liceeni care au avut tentative de suicide 2,50% au necesitat îngrijiri medicale. Față de anul 2014, numărul acestora a scăzut cu 0,44%
53. Tentativele de suicid care au necesitat îngrijiri medicale au fost înregistrate mai frecvent la băieții din clasa a XII-a și la fetele din clasele a IX-a.



54. Tendința frecvenței liceenilor cu tentativă de suicid care au necesitat îngrijiri medicale este ușor ascendentă în perioada 2005 – 2016.
55. Tentativa de suicid incumbă factori și situații predispozante în dezamorsarea cărora se impune o conlucrare familie - instituții educative, religioase. Este necesară diagnosticarea precoce și tratarea corectă a tulburărilor psihice cu debut la vârste tinere. Se impune reconsiderarea manierei de prezentare în media, a cazurilor de suicid și perfecționarea identificării subiecților cu risc crescut.
56. În România aproape 2 din 10 elevi din ciclul liceal nu participă la orele de educație fizică. Dintre cele 4 zone geografice situația cea mai precară s-a înregistrat în Muntenia și Banat.
57. Mai mult de jumătate dintre liceeni efectuează 1-2 ore de educație fizică pe săptămână, dar recunosc că activitatea fizică desfășurată în cadrul orelor de educație fizică nu poate fi calificată întotdeauna ca fiind activitate viguroasă.
58. Raportul pe sexe (fete / băieți) al elevilor ce efectuează 2-3 ore de educație fizică la școală a fost de aproximativ 1 /1,1 pentru elevii din clasa a IX-a și 1/1,5 la clasa a XII-a, pe plan național. În literatura de specialitate, se citează un raport fete / băieți de 1/2.
59. Mai mult de 2 din 10 liceeni participă 4-7 zile/săptămână la activități sportive în adiția orelor de educație fizică din programa școlară.
60. Studiul a condus la concluzia că proporția liceenilor care depun o activitate fizică viguroasă este redusă și scade spre clasele terminale. Faptul se corelează cu observația că, pe măsura înaintării în vârstă, adolescenții adoptă în proporție tot mai mare un stil de viață sedentar.
61. Frecvența elevilor care nu efectuează educația fizică s-a menținut în limita de 18%.
62. S-a înregistrat o creștere de 1,68% a numărului de elevi ce efectuează 1-2 ore de educație fizică pe săptămână.
63. A scăzut frecvența elevilor care efectuează 2-3 ore de sport pe săptămână la toate nivelele de instruire și la ambele sexe, cu excepția clasei a XII-a.
64. Ca o concluzie generală se poate spune că activitatea fizică la școală s-a redus atât cantitativ cât și afirmativ-calitativ, sedentarismul luând locul stilului de viață activ.
65. Deși sedentarismul este un fenomen observabil (doar în ultimii ani), se pare că măsurile întreprinse în ceea ce privește profilaxia primordială sunt fie inadecvate, fie insuficiente.
66. Asocierea ponderii ascendente a supraponderalilor sau obezilor cu reducerea activității fizice conturează tabloul de risc ce explică frecvența în creștere a evenimentelor cardiovasculare majore la populația tânără.
67. Pe plan național screeningul alimentației a relevat menținerea deficitului major al consumului de lapte.
68. Frecvența consumatorilor de lapte a scăzut cu 1,28% față de valoarea înregistrată în 2014.
69. Doar 6 din 10 elevi au consumat lactate în conformitate cu recomandările „Piramidei ghid”.
70. Cei mai mulți consumatori de lactate s-au înregistrat în Banat și cei mai puțini în Moldova.
71. Nu s-a înregistrat un gradient al consumului de lactate în raport cu nivelul de școlarizare.
72. În ce privește consumul legumelor proaspete frecvența consumatorilor a scăzut față de anul 2014 cu 1,17%, 8 din 10 elevi au consumat legume proaspete zilnic în săptămâna ce a precedat interviul.
73. Consumul produselor fast-food a scăzut cu 1,66% față de anul 2014.
74. Frecvența consumatorilor de fructe s-a redus față de anul 2014 cu 2,45%.
75. Se impune intensificarea activității de promovare a unei alimentații sănătoase pe multiple căi de comunicare și la diferite nivele (familie, școală, comunitate).

## ROMÂNIA ÎN CONTEXT EUROPEAN

\* A SNAPSHOT OF THE HEALTH OF YOUNG PEOPLE IN EUROPA. REPORT  
EUROPEAN COMMISSION OF YOUTH HEALTH. Bruxelles, 9-10 iulie 2009

\*\* HBS Report 2013-2014 WHO Regional Office for Europe

- În țările Europene\* în anul 2009 rata fumatului curent la tinerii de 15 ani a fost de 9 %. România avea la acel moment o prevalență de aproximativ 16%. În anul 2016 prevalența la același grup de vârstă a fost de 16,16%.
- În țările UE\*\* consumul ocazional de alcool a fost de 13% la tinerii de 15 ani (în anul 2013), în România anului 2016 fiind de 20%. În anul 2016 consumul ocazional de alcool a fost de 31,42%.
- În Europa\* prevalența agresivității la adolescenți de la 15 ani (într-un interval de 12 luni) a fost de aproximativ 42% în anul 2009. În anul 2016 în România, prevalența agresivității la același segment de vârstă a fost de 11,91% la fete și 30,03% la băieți, plasându-se astfel sub media Europeană.
- Rata suicidului în 27 țări din UE\* a fost de 8 la 100.000 persoane de 15-29 ani, în anul 2005. În România în anul 2016 rata tentativei de suicid la liceeni a fost de 5,96 la 100.000 subiecți.
- Consumul de canabis la tinerii de 15 ani a fost de 15% în țările UE\*\* în anul 2013. În același an în România rata consumului era de 8%, în anul 2016 scăzând până la 4,05%.
- Consumul de cocaină în anul 2008 în țările UE\* a fost de 4,5 % la populația de 15-24 ani. În România în anul 2016 consumul auto-raportat la adolescenți cu vârsta între 15 -18 ani a fost de 0,81%.
- Consumul de ecstasy a fost de 5,5% în țările UE\* la populația de 15-34 ani, în anul 2008, iar în România 0,5 %. În anul 2016 în România consumul este de 0,60%.
- Amfetaminele erau consumate în medie de 5,1 % persoane de 15-34 ani în țările UE\* în anul 2008. În același an prevalența consumului în România era de 0,5 %. În anul 2016 în România a crescut cu 0,25% prevalența utilizatorilor de droguri injectabile în rândul elevilor, față de anii precedenți.
- Există o nouă categorie de consumatori de substanțe cu potențial adictiv, respectiv de substanțe etnobotanice, cu o prevalență a consumului de 1,27% în anul 2016, cu 0,38% mai redusă față de anul 2014.
- În țările UE\* în anul 2009 prevalența elevilor de 15 ani, care au avut raporturi sexuale, a fost de 26 %. În acel an în România prevalența acestora era în jur de 31 %, cu 5 % mai ridicată decât media Europeană. În anul 2016 ponderea liceenilor sexual activi a ajuns la 13,63%.
- În țările UE\* în anul 2009 prevalența elevilor sexual activi care folosesc prezervativul ca metodă contraceptivă, a fost de 78 %. În România în aceeași perioadă ponderea a fost de 70%. În anul 2016 prevalența utilizărilor de prezervative, ca metodă contraceptivă, a fost de 23,18% la nivel de țară și de 9,5% la elevii de clasa a IX-a.
- În anul 2007\* conform Raportului OMS realizat pentru 28 țări din UE, prevalența sarcinilor nedorite la elevele de 15-19 ani a avut valoarea cea mai redusă în Elveția 7 %0, iar cea mai ridicată în Bulgaria aproximativ 59%0. România s-a situat în urma Bulgariei, cu o valoare de 58%0 (5,8%). În anul 2016 prevalența saecinilor nedorite la elevele din ciclul liceal a fost de 5,39% la clasa a XII-a și 0,81% la clasa a IX-a.

- Consumul zilnic de fructe în statele UE\* la tinerii de 15 ani a fost de 31 % în anul 2009. În același an în România frecvența consumatorilor de fructe a fost de 34,5 %. În anul 2016 consumul de fructe la elevii de clasa a IX-a a fost de 90,37%.
- În țările UE\* 12,3% elevi efectuează 2 ore de activitate fizică moderată pe săptămână (în anul 2009). În România în anul 2016 prevalența acestora era de 54,44% la nivel de țară.
- Conform raportului OMS 2009\*, în Europa aproximativ 24 % tineri de 15-19 ani. Petrec  $\geq 4$  ore în fața televizorului. În România în anul 2016 prevalența acestora a fost de 12,69%.

**IDENTIFICAREA, CUANTIFICAREA ȘI MONITORIZAREA COMPORTAMENTELOR CU RISC PENTRU SĂNĂTATE LA ELEVI (FUMAT, CONSUM DE ALCOOL, DROGURI, COMPORTAMENT ALIMENTAR, SEXUAL, ACTIVITATE FIZICĂ, AGRESIVITATE FIZICĂ)**

- SINTEZĂ 2016 –

**TABLOU DE RISC COMPORTAMENTAL  
FACT SHEET**

În România evaluarea comportamentelor cu risc pentru sănătate la elevi s-a realizat utilizând chestionarul YRBSS elaborat de CDC și adaptat particularităților naționale. Au fost investigate șase arii comportamentale: 1. fumatul, 2. consumul de alcool și droguri ilicite 3. comportamentul sexual, 4.comportamentul agresiv și comportamentul suicidar, 5. activitatea fizică, 6. comportamentul alimentar.

Eșantionul a fost de 7953 elevi din clasele IX, X, XI și XII.

<b>PREVALENȚĂ 2016</b>	<b>PREVALENȚE MODIFICATE FAȚĂ DE ANUL 2014</b>
Tendința prevalenței fumatului curent este descendentă	A scăzut de la 34,74% în anul 2005 la 25,61% în 2014
Tendința prevalenței consumului de alcool este ușor ascendentă	A crescut de la 3,87 % în anul 2014 la 4,03 % în 2016
Consum de marijuana experimental 1,58 % Utilizatori de droguri injectabile 2,01 % Consum de etnobotanice 1,27 %	A scăzut frecvența consumatorilor de droguri injectabile cu 0,25 % A scăzut consumul de etnobotanice cu 0,38%
Elevi sexual activi 32,66 % Elevi sexual activi care au utilizat metode contraceptive 24,95 % Elevi sexual activi care au utilizat prezervativul 23,18% Sarcini nedorite la fetele de clasa a XII-a 5,39% BTS 2,37 % Consum de alcool, droguri înaintea raportului sexual 7,42 %	A scăzut frecvanța elevilor sexual activi cu 9,27% A scăzut frecvanța elevilor sexual activi care utilizează prezervativul cu 0,7%  A scăzut frecventa BTS cu 4,4% A scăzut consumul de alcool, droguri înaintea raporturilor sexuale cu 0,64%
Prevalența elevilor agresivi 17,23%	Tendința prevalenței comportamentului agresiv -ascendentă în perioada 2005-2016
Prevalența elevilor care nu participă la ora de educație fizică 18,03 %	Prevalența elevilor care nu participă la orele de educație fizică s-a menținut constantă (18,04% în anul 2014).
Prevalența consumatorilor de lactate 60,67 %	Prevalența consumatorilor de lactate a scăzut cu 1,28 % față de anul 2014
Prevalența consumatorilor de fructe 89,53 %	Prevalența consumatorilor de fructe a scăzut cu 2,43 % față de anul 2014