



**PROGRAM NAȚIONAL**  
**"EDUCAȚIA PENTRU SĂNĂTATE**  
**ÎN ȘCOALA ROMÂNEASCĂ"**

*Program derulat sub înaltul patronaj al Domnului Adrian Năstase,  
Prim Ministru al Guvernului României*

**I. IMPORTANȚA GENERALĂ A PROGRAMULUI (ARGUMENT / JUSTIFICARE)**

**1.1. Educația pentru Sănătate – o inițiativă efecace la nivel mondial**

Dreptul la sănătate este unul din drepturile fundamentale ale omului. Conform Organizației Mondiale a Sănătății, sănătatea individului este definită drept „o stare de bine fizică, mentală și socială, și nu doar absența bolii sau infirmității”. Din perspectivă publică, sănătatea constituie, datorită imenselor sale implicații individuale, dar și sociale și demografice, unul dintre elementele cele mai vizate de politicile și strategiile guvernamentale din întreaga lume. În acest sens, în 1977, statele membre ale Organizației Mondiale a Sănătății (inclusiv România), au decis în mod unanim că „țelul social principal al guvernelor și OMS în decadele viitoare să fie realizarea unei stări de sănătate a întregii populații a Globului, care să permită tuturor oamenilor să ducă o viață productivă din punct de vedere economic și social.

Unul dintre marile succese ale secolului trecut, consecință totodată a promovării acestui mod de abordare a problematicii sănătății, a fost creșterea considerabilă a speranței de viață în rândul populației din multe state ale lumii. Factorul determinant al acestei mutații este dezvoltarea programelor preventive și educative de promovare a sănătății, în aceste țări.

Educația pentru sănătate la nivelul școlii reprezintă una dintre principalele căi de promovare a cunoștințelor corecte privind diferite aspecte ale sănătății și totodată de formare a atitudinilor și deprinderilor indispensabile unui comportament responsabil și sănătos. În multe țări educația pentru sănătate este obligatorie în școli, începând din clasa întâi până într-a douăsprezecea, folosindu-se pentru fiecare ciclu de dezvoltare programe și materiale didactice adecvate vârstei.

Există mai multe argumente ce pot fi aduse în favoarea realizării educației pentru sănătate în cadrul unităților de învățământ.:

- în primul rând, unul dintre scopurile în sine ale activității din învățământ este informarea autorizată a copiilor și adolescenților privind diferite domenii ale

culturii și științei, în paralel cu dezvoltarea de abilități practice. În acest sens, educația pentru sănătate, ca parte a științelor medicale, vizează nu numai transmiterea către elevi a unui bagaj informativ corect din punct de vedere științific, cât mai ales crearea unor comportamente individuale sănătoase, a unor atitudini ce corespund idealului educațional.

- Școala este un loc ideal pentru difuzarea acestor cunoștințe în rândul maselor de tineri; nici o altă instituție nu are abilitatea și capacitatea de a cuprinde și de a se adresa, în timp, unui procent atât de ridicat din populație.
- Unul dintre elementele esențiale pentru dezvoltarea impactului dorit este inițierea și realizarea programelor de educație pentru sănătate la vârste cât mai tinere. Conduita preventivă devine astfel un comportament care se edifică în timp în paralel cu dezvoltarea educativă. Asupra unei persoane deja formate, adulte, astfel de activități au întotdeauna un impact mai redus decât acțiunile similare, realizate la vârste mai timpurii.
- Școala reprezintă, în același timp, o instituție cu mare autoritate morală, oferind cadrul educației formale, informale și nonformale, iar materiile de studiu oficiale din școli dobândesc implicit, la nivelul psihologic individual, o importanță mai mare decât subiectele nesuținute de acest for competent. Introducerea „Educației pentru sănătate” ca disciplină în școli reprezintă implicit recunoașterea oficială a importanței acesteia pentru viața individului.
- Proiectele pilot realizate până în prezent în diferite județe ale țării, proiecte conduse atât prin intermediul organizațiilor guvernamentale cât mai ales prin organizații nonguvernamentale, au demonstrat succesul și receptivitatea tinerilor pentru acest tip de inițiative.
- Nu în ultimul rând, impactul semnificativ al acestor activități a fost demonstrat deja în alte state, prin studii și cercetări competente, autorizate. Chiar și în România, unde activitățile educative de acest tip au fost punctuale, studiile efectuate demonstrează acest lucru. De exemplu, Studiul Sănătăți și Reproducerii România 1999 – studiu național de mare amploare și încredere, efectuat cu asistență tehnică internațională - a arătat că „discuțiile cu părinții și orele de educație sexuală din școli par să fi avut un efect notabil asupra cunoștințelor despre utilizarea metodelor contraceptive”, concluzionând că „eforturile de a lărgi activitățile de educație sexuală trebuie continuate”.

## **1.2. EDUCAȚIA PENTRU SĂNĂTATE ÎN ROMÂNIA – INTERVENȚIE NECESARĂ**

### **1.2.1. Problemele generale de sănătate în România – principalele cauze de mortalitate și importanța factorilor de risc.**

În România, conform datelor oferite de Institutul Național de Statistică și Centru de Calcul, Statistică sanitară și Documentare Medicală, principalele cauze de deces sunt reprezentate de boli ale paratului cardio-vascular (733,06 decese/100.000 locuitori), tumori (186,86 decese/100.000 locuitori), boli ale aparatului digestiv (69,25 decese/100.000 locuitori) și boli ale aparatului respirator (66,4 decese/100.000 locuitori) – date valabile pentru semestrul I, 2001.

Majoritatea acestor tipuri de afecțiuni se corelează cu anumiți factori de risc comportamentali la nivelul populației. Astfel, de exemplu, afecțiunile cardiovasculare pot

fi induse la vârste mai tinere sau agravate considerabil de fumat, regim alimentar bogat în grăsimi, sedentarism, obezitate. Anumite boli maligne recunosc importanți factori de risc asociați, de exemplu fumatul în cazul cancerului bronho-pulmonar sau relațiile sexuale neprotejate cu un număr mai mare de parteneri sexuali în cazul cancerului de col uterin.

Mai mult decât atât, în cazul multor afecțiuni, depistarea precoce a acestora poate însemna o enormă diferență la nivel prognostic. În acest sens amintim, pentru exemplificare, controlul regulat al sânilor pentru depistarea precoce a leziunilor mamare, testul Babeș-Papanicolau realizat în cadrul examenelor genitale de rutină pentru depistarea cancerului de col uterin în faze incipiente, sau măsurarea regulată a tensiunii pentru depistarea acesteia în stadii cât mai precoce, înainte de organicizarea și complicarea sa.

Simpla prezență sau nu a acestor factori de risc poate realiza diferențe individuale și statistice mai mult decât semnificative. De exemplu, Organizația Mondială a Sănătății estima în 1999 că numai fumatul singur, neasociat cu alți factori de risc, este responsabil pentru aproximativ 62 de milioane de decese la nivel mondial, între anii 1950 și 2000, determinând, la sfârșitul secolului XX, 4 milioane de decese anual. Luând în considerare rata în creștere a fumatului, aceeași organizație estima că în primii 25 de ani ai secolului XXI, fumatul va ucide aproximativ 150 milioane de oameni, jumătate dintre aceștia având vârste cuprinse între 35-69 de ani, cu o pierdere medie de 20-25 de ani de viață. Un fenomen alarmant a devenit consumul de substanțe toxice (tutun, alcool, droguri) în rândul populației din țara noastră, iar un număr semnificativ din acești consumatori îl reprezintă elevii/tinerii, fenomen care a generat și alte aspecte cu implicații educaționale cum ar fi: absenteismul și abandonul școlar și delincvența juvenilă.

Conștientizarea de către populație a tuturor aspectelor preventive și a importanței comportamentului propriu în declanșarea sau nu a anumitor afecțiuni este reflectată, la nivelul statisticilor sanitare naționale de importanți ani de viață în plus / cap de locuitor.

Așa cum arătam ceva mai devreme, experiența și accesul programelor preventive de educare a populației din alte țări, reprezintă unul dintre factorii cheie al prelungirii speranței de viață cu 10-15 ani, la nivelul statelor respective.

*În rândul tinerilor de vârstă 10 - 24 de ani*, principalele cauze de mortalitate sunt reprezentate de accidente de automobil, alte leziuni traumatice și otrăvuri, inclusiv sinuciderea (668 decese din totalul de 1.509 înregistrate la nivel național în primul semestru al anului 2001).

Unul dintre factorii de risc asociați comportamentelor violente și riscante este reprezentat de consumul de alcool (DJ Hanson și RC Engs 1992), iar episoadele de consum abuziv de alcool s-a dovedit a fi strâns corelate cu răni grave, cauzate mai ales de accidente de mașină.

O altă problemă de sănătate deosebit de importantă pentru această categorie populațională este reprezentată de aria sănătății reproducerii. România are una dintre cele mai înalte rate ale moralității materne din Europa, o mare pondere în cazul acesteia fiind reprezentată de decesele maternale cauzate de avorturi. Trebuie subliniată, în acest context, importanța sarcinilor neintenționate, total prevenibile de altfel prin folosirea metodelor de contracepție modernă. Aceste sarcini, mai ales în cazul tinerilor până la 18 ani, se soldează, de obicei, prin avort; unele dintre ele se finalizează însă prin naștere (sarcina, datorită vârstei scăzute, prezintă risc obstetrical crescut), copilul rezultat având statistic un risc social (inclusiv risc de abandon), mai ridicat.

România are o rată mare în creștere a cazurilor de infecții cu transmitere sexuală, a căror incidență maximă este înregistrată în rândul populației tinere. Conform datelor oferite de Ministerul Sănătății, incidența sifilisului în rândul populației s-a dublat în 2000 față de 1989. În ultimii patru ani, numărul adulților infectați cu HIV s-a triplat, dar atât specialiștii români cât și ce străini consideră că numărul real de persoane adulte seropozitive/bolnave de SIDA poate fi de 5-10 ori mai mare decât cel înregistrat.

Următoarele date, selectate din studiile existente, pot ajuta la înțelegerea necesității realizării unui program la nivel național de educație pentru sănătate:

- Cercetarea Sănătății Reprodusei din România – 1999 a arătat că vârsta mediană a primului contact sexual a scăzut de la 20,5 ani în 1993 la 19,5 ani în 1999. În 1999, 56,3% dintre femeile sub 20 ani și 80,5 dintre bărbații de aceeași vârstă își începuseră viața sexuală; 34% dintre femeile active sexual și 86% dintre bărbații activi sexual au raportat că au avut relații sexuale cu mai mult de un partener. Majoritatea bărbaților tineri (62%) au declarat că au avut relații sexuale cu mai mult de patru parteneri, iar 27% au raportat mai mult de zece parteneri.
- Deși în 1999, aproape toate femeile (99%) cunoșteau existența a minim o metodă modernă de contracepție, există o diferență mai mult decât semnificativă între cunoașterea acestor metode și cunoașterea modului cum se utilizează, respectiv folosirea lor. Deși aproape toți respondenții știau de existența prezervativului, doar 78% dintre femei cunoșteau și modul în care se folosește: diferența este încă și mai evidentă în cazul altor metode contraceptive, precum pilulele sau dispozitivul intrauterin (DIU); deși 92% - 935 dintre femei auziseră de existența acestor metode, doar aproximativ jumătate dintre ele au declarat că și cunosc modul în care se folosesc.
- În 1998, 75% dintre femei și 69% dintre bărbați considerau riscul lor de a se infecta cu HIV drept foarte scăzut sau inexistent. În ceea ce privește alte infecții cu transmitere sexuală, chiar adolescenții care erau conștienți de existența acestora considerau că aceste afecțiuni sunt extrem de ușor curabile, motiv pentru care nu trebuie să reprezinte un motiv de îngrijorare.
- În 1998, 90% dintre femeile tinere și respectiv 93% dintre bărbații tineri erau de acord că folosirea prezervativului protejează contra infecției HIV/SIDA. Studiul din 1999 a arătat însă că numai 21,5% dintre femei și 38,5% dintre bărbați au folosit prezervativul la momentul primului lor contact sexual. La momentul ultimului contact sexual 18,9% dintre tinere, 33,9% dintre tinerii bărbați au declarat că au folosit această metodă de protecție.
- În România, una din 3 femei de vârstă 15 - 44 de ani și mai mult de jumătate dintre bărbați sunt fumători activi (SSRR-1999). Comparând cu date similare oferite de alte studii anterioare, s-a observat clar tendința de creștere a incidenței acestui comportament. Proporția fumătorilor activi a crescut mai ales în rândul tinerilor adulți, cel mai rapid la grupa de vârstă 18-19 ani (de la 10% în 1993 la 27% în 1999).
- În România, se estimează (SSRR-1999) că aproape o femeie din patru și trei bărbați din patru consumă alcool zilnic sau aproape zilnic. 2% dintre femei și 51% dintre bărbați au declarat, în cadrul unui studiu, că în perioada ultimilor trei luni

Înainte de a fi intervievați a consumat cel puțin o dată mai mult de 5 băuturi alcoolice. S-a constatat, totodată, creșterea substanțială a consumului de alcool la tinerii adulți, în special la tinerele femei.

- Atitudinile și comportamentele părinților față de controalele medicale reprezintă factorii determinanți ai efectuării screening-ului de rutină, incluzând screening-ul pentru cancerul de col uterin și sân. În S.U. A. și în țările din Vestul Europei se recomandă ca femeile de vârstă fertilă să își facă un examen ginecologic de rutină în fiecare an. SSRR – 1999 demonstrează că în România, mai mult de jumătate dintre femeile de vârstă reproductivă, cu experiență sexuală, au fost la un control ginecologic de rutină în ultimii trei ani. Doar 19% dintre femei au raportat totodată că și-ar fi efectuat vreodată un test de screening pentru cancerul de col uterin. Totodată, numai 39% dintre femeile 15 - 44 de ani practică auto-palparea sânilor, ca modalitate de screening a cancerului mamar, și mai puțin de una din patru femei practică lunar această manevră.
- În ceea ce privește comportamentul alimentar, datele existente sunt foarte puține. Autoritățile sanitare estimează însă că peste 50% din populația României este supraponderală, în special datorită comportamentului alimentar nesănătos și a lipsei de activitate fizică. Obezitatea reprezintă, la rândul său, un important factor de risc pentru afecțiuni ale aparatelor cardiovascular și locomotor.

## **II. SCOP ȘI OBIECTIVE**

Scopul acestui program este introducerea „Educației pentru Sănătate” în toate unitățile de învățământ, ca disciplină opțională (oferită integrală) și/sau ca ore integrate în alte materii, cât și ca activitate extrașcolară, în vederea formării de atitudini responsabile în rândul elevilor față de propria sănătate cât și a celor din jur.

**Obiectivele acestui program sunt următoarele:**

- a. promovarea sănătății și a stării de bine a elevilor
- b. dezvoltarea personală a elevilor
- c. prevenție

prin:

1. Elaborarea unor programe de „Educație pentru Sănătate”, pe cicluri de dezvoltare, adresată elevilor de vârstă 7-18/20 ani.
2. Realizarea de manuale, ghiduri pentru profesori și elevi, broșuri, pliante, casete audio, video, CD-uri etc.
3. Instruirea cadrelor didactice pentru realizarea orelor de educație pentru sănătate în școli (profesori de diferite specialități: biologie, ecologie, socio-umane, ed. fizică etc.), precum și recunoașterea cursurilor de către sistemul de învățământ.
4. Introducerea oficială a „Educației pentru Sănătate” ca disciplină opțională, începând cu anul școlar 2003/2004.

5. Identificarea de parteneri și fonduri adiționale celor existente în bugetul Ministerului Educației și Cercetării, pentru implementarea acestui proiect în condiții optime.

Principalele teme abordate în cadrul programului „Educației pentru Sănătate în Școala Românească” sunt:

- Noțiuni elementare de anatomie și fiziologie, etapele creșterii și dezvoltării organismului.
- Igiena personală (mâini și unghii, dinți, nas și gură, păr, îmbrăcăminte).
- Activitate fizică și odihnă.
- Sănătatea mediului (locuința, poluarea etc.)
- Sănătatea mentală (apartenența la un grup, politețe și regulile sale, roluri sociale, relații interpersonale, stresul etc. ).
- Sănătatea alimentară (clasificarea alimentelor, piramida unei alimentații echilibrate, protecția consumatorului etc.).
- Sănătatea reproducerii (cilul menstrual, metode de contracepție, infecții transmisibile pe cale sexuală).
- Bioetică.
- Consumul și abuzul de substanțe toxice – drogurile, alcoolul, tutunul precum și consecințele ce derivă din acestea cum ar fi: absenteism și abandon școlar, delincvență juvenilă (comportamente cu risc).
- Accidente, violență, abuz fizic (inclusiv reguli de acordare a primului ajutor), violența în familie.

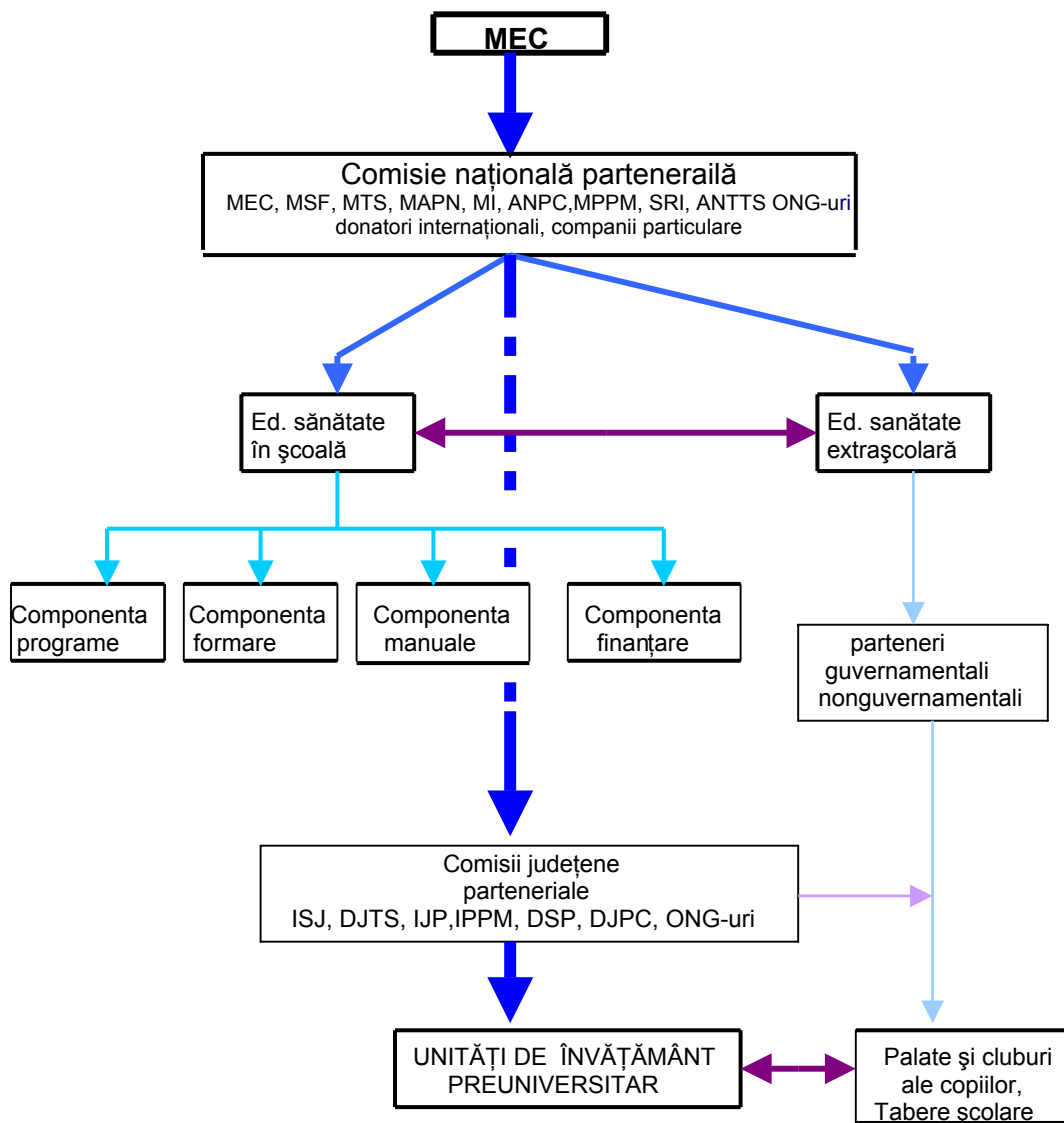
Aceste teme vor fi abordate gradual, în concordanță cu ciclurile de dezvoltare fizică și psihică ale elevilor.

Programul Național de educație pentru Sănătate are mai multe componente:

- componenta programe (pe cicluri de dezvoltare);  
elaborarea de programe școlare – MEC, MSF, alți parteneri - comisia partenerială – termen august 2003
- componenta formare profesori;  
MEC, MSF, etc. – termen august 2003 ( prima etapă), august 2005 ( a doua etapă);
- componenta mijloace didactice (manuale, ghiduri pentru profesori și elevi, CD – uri, casete video și audio, pliante, broșuri, planșe etc.) ;  
MEC, MSF, alți parteneri - termen iunie 2003 (prima etapă) – iunie 2005 ( a doua etapă).
- componenta financiară.  
MEC, MSF, alte instituții guvernamentale, ONG-uri, donatori internaționali, companii private – perioada ( ianuarie 2002 – august 2005)

Programul se caracterizează prin flexibilitate, el permițând adaptarea permanentă a conținuturilor la problemele și cerințele societății.

Până la implementarea programului se are în vedere dezvoltarea acțiunilor de educație pentru sănătate în cadrul activităților extracurriculare și extrașcolare ( dirigenție și consiliere școlară etc.).



**"Educă-te pentru  
sănătate!"**

**"Sănătate prin  
educație!"**