

ASPECTE MEDICO-SOCIALE ALE NATALITĂȚII ÎN JUDEȚUL CLUJ ÎN CONTEXTUL TRANZIȚIEI DEMOGRAFICE

Cristina Maria BORZAN¹, Doina Adina TODEA¹, B. PĂLTINEAN², R. REPEDE³,
Liliana ROGOZEĂ⁴

1- U.M.F. "Iuliu Hațieganu", Cluj-Napoca, 2 - Universitatea de Medicină, Targu-Mures., 3 - Comisia de evaluare a persoanelor cu dizabilități, Cluj-Napoca, 4 - Universitatea "Transilvania", Brașov

Rezumat

Studiu observațional, descriptiv, retrospectiv privind totalitatea nașterilor care au avut loc în județul Cluj în anul 2003, pe baza datelor înregistrate în „Certificatul medical constatator ale nașterii cu făt viu a confirmat supranatalitatea masculină și din mediul urban, majoritatea nou-născuților vii au avut naționalitate română, urmași de cei de etnie maghiară și rromă, peste trei sferturi provin din căsătorii legitim constituite. Ponderea prematurității și a greutateii mici la naștere este redusă, majoritatea nașterilor s-au desfășurat în unități sanitare și au fost asistate de medic de specialitate și moașă, nașterile cu feți multipli având o pondere redusă. Studiul confirmă tranziția modelului de fertilitate maximă specifică pe vârste, spre grupa de vârstă 25-34 de ani, în mediul urban, dar au existat și nașteri la mame cu vârste tinere, între 10-14 ani, majoritatea din mediul rural, sau de peste 40 ani.

În mediul urban 69,88% din mame aveau un nivel de instruire mediu și superior, și cu venit propriu, dar în mediul rural predomină cele cu nivel de instruire scăzut. Studiul confirmă scăderea numărului de nou-născuți vii de rang mare (III,IV,V). Deși comportamentul reproductiv al taților pare să fie responsabil, există o pondere de 10,56 % din copiii cuprinși în studiu ai căror tați au vârsta între 15-24 de ani și 8,15% din copii nu au specificate date privind tatăl și peste trei sferturi din tații nou-născuților studiați au venituri proprii constante.

În condițiile tranziției demografice cunoașterea aspectelor medico –sociale ale natalității este element de bază al politicilor de sănătate și sociale.

Cuvinte cheie: medico-social, natalitate, demografie, tranziție demografică

Summary

The present study is an observational, descriptive and retrospective one dealing with the totality of child births within the Cluj District in 2003 analysed from the database of „the medical certificate proof of a live child birth”. This analysis confirmed the male and urban location child birth overate. Most of the live newly-borned were native romanian folowed by hungarian and gipsys ethnic groups. More than 3 in every 4 are borned from legal marriages. The percentage of the prematurely born children and with a small birth weight is down, most of the deliveries were properly located in special health facilities and properly asisted by the gynaecologist and midwife. The proportion of the multiple live child birth at a single delivery is also low. The study is showing with great accuracy, the transition of the maximum specific fertility pattern on age groups, to the 25-34 years age group and towards the urban area, but nevertheless, we have to look also the percentages of live birth rates among the young mothers – between 10 and 14 years old – most of them in some rural areas, or the percentages in the 40 years old and over age group.

Almost 70% (69.88%) from all the mothers had a medium or higher education level and getting their own income, whereas in the rural area most of them had hardly no education. The study confirms the reduction in the number of the high rank live births (III, IV and V). Although we can blame the father reproductive behavior for that, there is 10.56% from all the children in the study with the fathers age in the 15-24 years old age group and also 8.15% of them had no specified fatherhood. More than three quarters from all the fathers of the newly-borned children in the study had personal and constant income.

Within the demographic transition phenomenon, learning the medical and social issues of the natality rates can represent some of the cornerstones of health and social strategies and policies.

Key-words: social and medical issues,natality, demographi, demographic transition

Introducere

Tranziția demografică, ca fenomen ce afectează populația Europei dar și pe cea mondială, este în plină desfășurare și în țara noastră. (1, 5, 6) Caracterizată prin procesele de îmbătrânire a populației cu creșterea ponderii vârstnicilor și scăderea natalității și a fertilității, modificarea structurii populației pe grupe de vârstă și sexe, dar și a ponderii populației active, cu modificarea raportului de dependență, are implicații sociale și medicale care trebuie cunoscute și luate în

considerare în planificarea resurselor și serviciilor, pentru elaborarea politicilor sociale și de sănătate, la nivel statal. (3)

Comportamentul demografic al populației este influențat de factori multipli cu determinism social, familial, medical, individual, nivelul de dezvoltare socio economică a statului fiind demn de luat în considerare. (1, 3)

După anii '90 s-a produs o scădere dramatică a natalității și fertilității, care au dus la situația realizării deficitului de populație, în condițiile unei

mortalități generale și specifice cu tendință de creștere.

Tranziția economică prelungită a determinat o perioadă de tranziție în comportamentul demografic al populației prelungită care a avut ca efect menținerea natalității la nivelele scăzute atinse în cei peste 10 ani, doar după anii 2000 înregistrându-se o tendință de redresare și stabilizare a natalității, la valori constant sub cele ale mortalității.

După aceste fluctuații în comportament încep să apară “copii doriți” care iau locul, tot mai mult, celor născuți prin politică demografică pronatalistă sau prin nivel scăzut de educație pentru sănătate și comportament demografic la risc.

Mișcarea naturală a populației este extrem de importantă într-o țară în care mișcarea migratorie se desfășoară, frecvent și predominant, spre emigrarea populației active biologic și social. (2)

Studiile privind aspectele medico-sociale ale natalității se doresc un sprijin pentru decidenți, menit să asigure o planificare adecvată a utilizării resurselor în domeniul social dar și în cel al serviciilor de sănătate, adecvate nevoilor resimțite și exprimate ale populației. Luarea deciziilor pe bază de dovezi poate deveni o realitate dacă aceste studii se efectuează sistematic iar rezultatele lor sunt considerate un feed-back necesar pentru dezvoltarea ulterioară de strategii populaționale și comunitare.

Material și metodă

Am efectuat un studiu observațional, descriptiv, retrospectiv privind totalitatea nașterilor care au avut loc în județul Cluj în anul 2003.

Sursa datelor a fost reprezentată de „Certificatul medical constatator ale nașterii cu făt viu”, document medical și medico-legal eliberat de medicul care a asistat sau a constatat nașterea unui copil viu, ca baza a actului de stare civică (Certificat de naștere) care conferă accesul la drepturi civile într-un teritoriu, prin fenomenul demografic al natalității. Datele privind populația județului Cluj au fost obținute de la Direcția Județeană de Statistică.

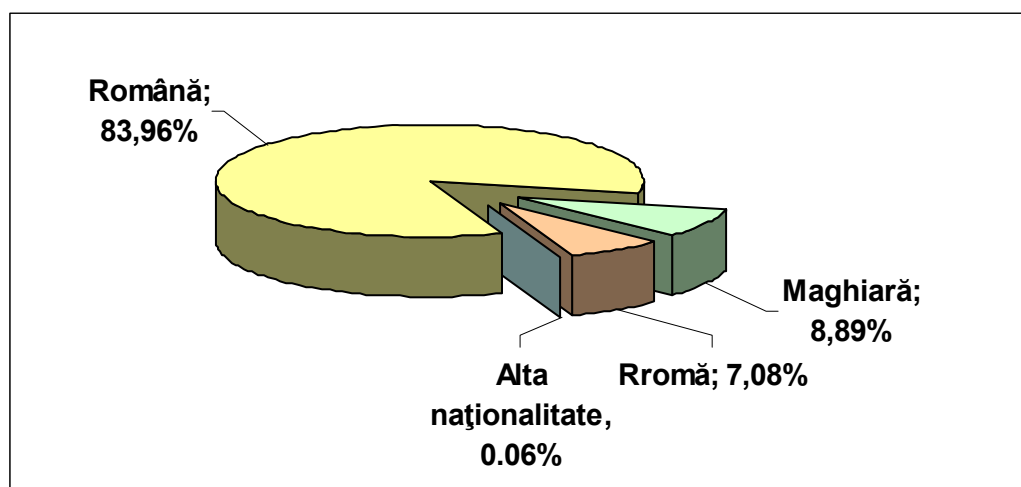
Au fost analizate datele referitoare la statutul socio-economic al părinților, legitimitatea nașterii, nivelul de școlarizare al mamelor, apartenența etnică, ocupația părinților, precum și date medicale privind nou-născuții vii. Datele obținute au fost prelucrate prin metode statistico-matematice. (4)

Rezultate și discuții

La nivelul județului Cluj în anul 2003 s-au înregistrat 5408 nou născuții vii, 3433 aparținând mediului urban.

Studiul confirmă datele din literatura de specialitate conform cărora există o supranatalitate masculină, ponderea nou-născuților vii de sex masculin fiind de 52,35%.

Analizând distribuția nou-născuților vii în funcție de apartenența etnică a mamei constatăm că majoritatea (83,97%) sunt de naționalitate română, o pondere de 8,89% o dețin cei de naționalitate maghiară, 7,08% din totalul lor aparțin etniei rrome, iar o pondere de 0,06% aparțin altor etnii decât cele menționate mai sus. (grafic 1)



Grafic 1. Ponderea nou născuților în funcție de apartenența etnică, în anul 2003 în județul Cluj

Această distribuție reflectă structura etnică a populației române și maghiare a județului iar ponderea ridicată a nou-născuților de etnie rromă poate fi datorată intensității fenomenului natalității în rândul acesteia.

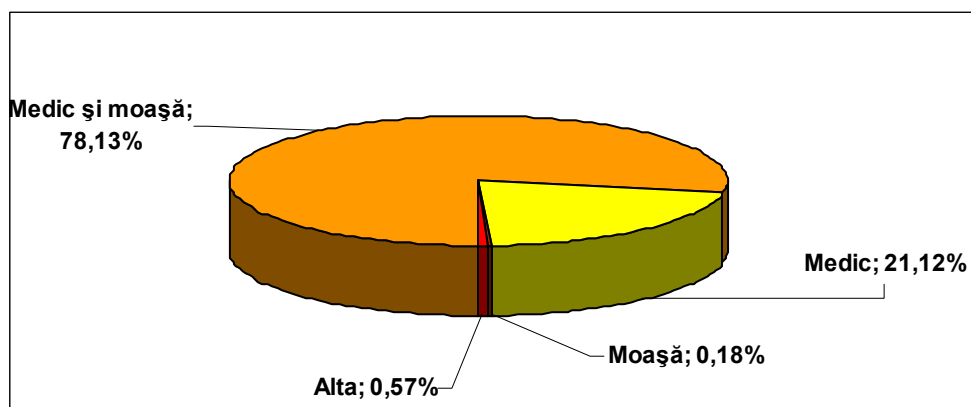
Studiul a relevat că peste trei sferturi din nou-născuți (78,57%) provin din căsătorii legitime constituite.

În modelul demografic actual al țării noastre componenta legitima a natalității realizează, încă, ponderea cea mai mare. Deși în tranziție, caracterizată de creșterea numărului de uniuni consensuale în defavoarea nupțialității, modelul păstrează, în mare parte, componenta ridicată a fertilității legitime care aparține mentalităților și cenzurii ancestrale caracteristice poporului nostru, dar mai poate fi luată în discuție și neasumarea responsabilității pentru nașterea și creșterea unui copil, ca mamă singură, în condițiile unei tranziții economice prelungite și a instabilității locurilor de muncă.

Vârsta gestațională reprezintă un factor important în dezvoltarea intrauterină a viitorului nou născut. Nașterea prematură este un factor de risc pentru mortalitatea infantilă. În lotul studiat ponderea nou născuților vii cu vârsta gestațională cuprinsă între 24-35 săptămâni este mică, (4,21%). iar cei cu greutate mică la naștere (sub 2500 gr.) dețin o pondere de 9,65% .

Majoritatea nașterilor (99,20%) s-au desfășurat în unități sanitare, dar au existat și nașteri la domiciliu sau în alte locuri. În literatura de specialitate (1, 3, 4) nașterea la domiciliu sau în alte locuri decât unitățile sanitare specializate în acordarea asistenței calificate la naștere este considerată factor de risc pentru mortalitatea infantilă și/sau maternă.

Reglementările legislative prevăd că asistența medicală la naștere trebuie să fie acordată de cadre specializate, medic obstetrician-ginecolog și moașă, pentru minimizarea riscului obstetrical. Peste trei sferturi, (78,13%) din nașterile înregistrate la nivelul județului Cluj în anul 2003 au fost asistate atât de medic cât și de moașă. (grafic 2)

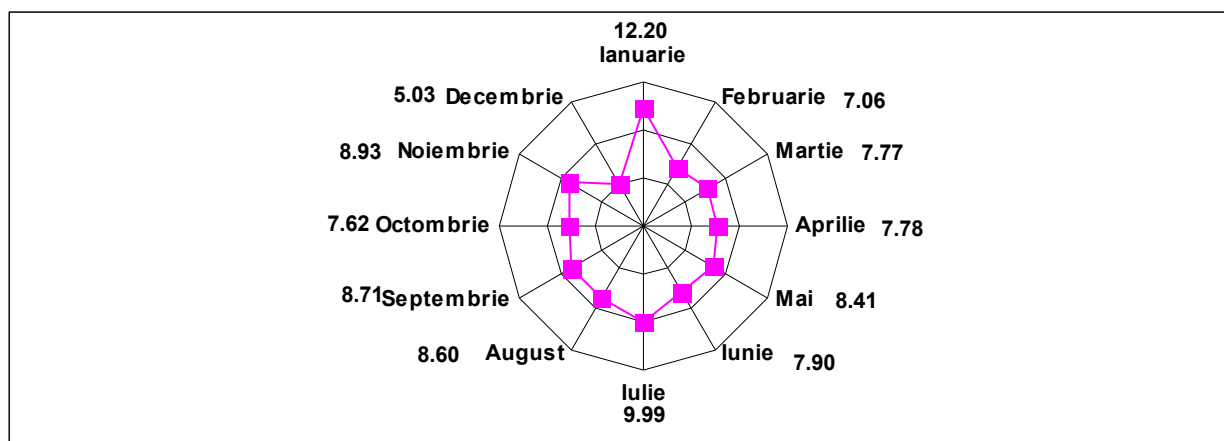


Grafic 2. Ponderea nou născuților în funcție de asistența la naștere, în anul 2003 în județul Cluj

Situația nivelului de cultură și de educație pentru sănătate în județul luat în studiu este printre cele mai bune din țară, nivelul socio-economic al populației permite accesul la servicii de obstetrică calificate, asistența primară a stării de sănătate este asigurată de cadre medicale calificate, acoperirea teritorială cu personal medical este bună, condiții în care existența unei ponderi ridicate de nașteri asistate doar de medic, doar de moașe sau având altă asistență la naștere se poate explica prin situația

în care solicitarea tardivă a serviciilor de sănătate, deci adresabilitatea tardivă a populației, duce la imposibilitatea acordării intervențiilor în timp util, multe din aceste nașteri fiind asistate de personalul serviciilor de ambulanță, solicitat în ultimul moment, de obicei, în expulzie.

Distribuția anuală a nașterilor, reprezentată în diagrama polară, a relevat ponderea cea mai ridicată a acestora în ultimele opt luni ale anului (65,18%). (grafic 3)



Grafic 3. Ponderea nou născuților în funcție de luna de naștere, în anul 2003 în județul Cluj

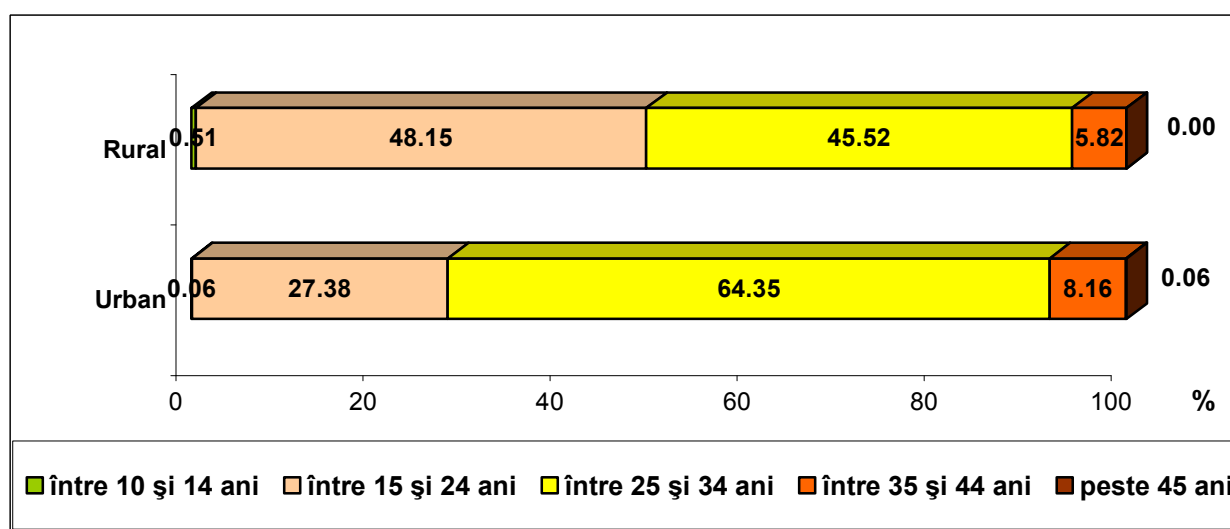
Analiza distribuției anuale a nașterilor este utilă unităților sanitare pentru planificarea resurselor materiale și umane adecvată nevoilor resimțite de asistență medicală și adresabilității populației.

Studiul a evidențiat frecvența sarcinilor multiple în pondere de 1,79%.

În literatura de specialitate (1, 2, 3, 4) se consideră că vârstele extreme ale mamei (sub 15, 15-19 ani și 40 de ani și peste) încadrează sarcina în categoria „cu risc”, necesitând o supraveghere medicală activă prenatală cu o altă ritmicitate decât sarcina fiziologică. În cazul în care mama este prea tânără ea nu este pregătită psihic să-și asume responsabilitatea pe care o necesită creșterea, îngrijirea și educarea unui copil. Pe de altă parte, mama tânără este nevoită să abandoneze școala, lucru care pe viitor poartă să-i influențeze integrarea socială și o pune în imposibilitatea satisfacerii

nevoilor de întreținere a unui copil. Protecția acestor categorii de mame și a nou-născuților intră și în atribuțiile statului prin Direcțiile Generale de Protecție a minorului aflat în dificultate.

Analiza distribuției nou-născuților vii în funcție de vârsta mamei la naștere și mediul de proveniență al acestora, relevă diferențe în cadrul acelorași grupe de vârstă în funcție de mediu. În mediul urban ponderea nașterilor este deținută de grupa de vârstă 25-34 de ani, confirmând tranziția modelului de fertilitate specifică pe grupe de vârstă caracteristică țării, iar în mediul rural grupa 15-24 de ani deține o pondere de 48,15%, urmată de grupa 25-34 de ani. De remarcat prezența copiilor proveniți din mame cu vârsta cuprinsă între 10-14 ani, dar și a celor aparținând mamelor cu vârsta 45 și peste, în ambele medii. (grafic 4)



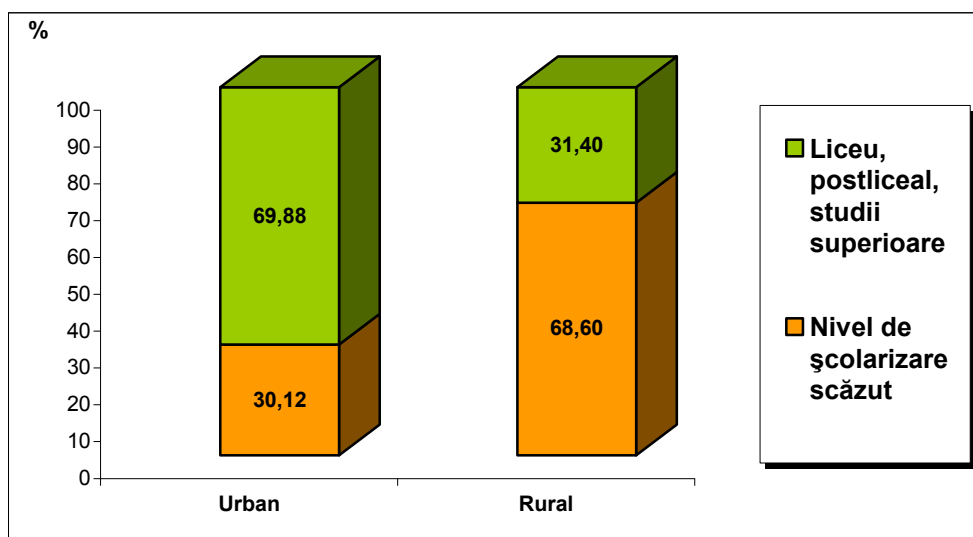
Grafic 4. Ponderea nou născuților în funcție de mediul de proveniență și vârsta mamei la naștere, în anul 2003 în județul Cluj

Modelul de fertilitate specifică pe grupe de vârstă este în schimbare și în țara noastră, urmând tendițele înregistrate în Europa de trecere a valorilor maxime spre grupa 25-34 de ani, datorită schimbărilor înregistrate în statutul socio-economic al femeii, cu prelungirea duratei de școlarizare și implicarea în activități socio-economice.

Nivelul de instruire al mamei poate fi considerat un factor important de protecție sau de risc pentru sănătatea copilului dar și pentru mortalitatea infantilă. Datele din literatura de specialitate (1, 2, 3, 4) consideră nivelul scăzut de școlarizare al mamei drept factor de risc pentru mortalitatea infantilă și a primei copilării.

În studiul nostru peste jumătate din mame, (55,83%), pe total județ, au un nivel de instruire mediu și superior. Totuși, este de remarcat ponderea ridicată, 44,18%, a mamei cu nivel de instruire scăzut – școală primară neterminată, învățământ primar și gimnazial.

Diferențele apar și mai pregnant la analiza pe medii de proveniență a mamei. În urban o pondere de 69,88% o dețin mamele cu nivel de instruire liceal și superior, pe când în mediul rural doar 31,40% din mame au studii liceale, postliceale sau studii superioare. (grafic 5)

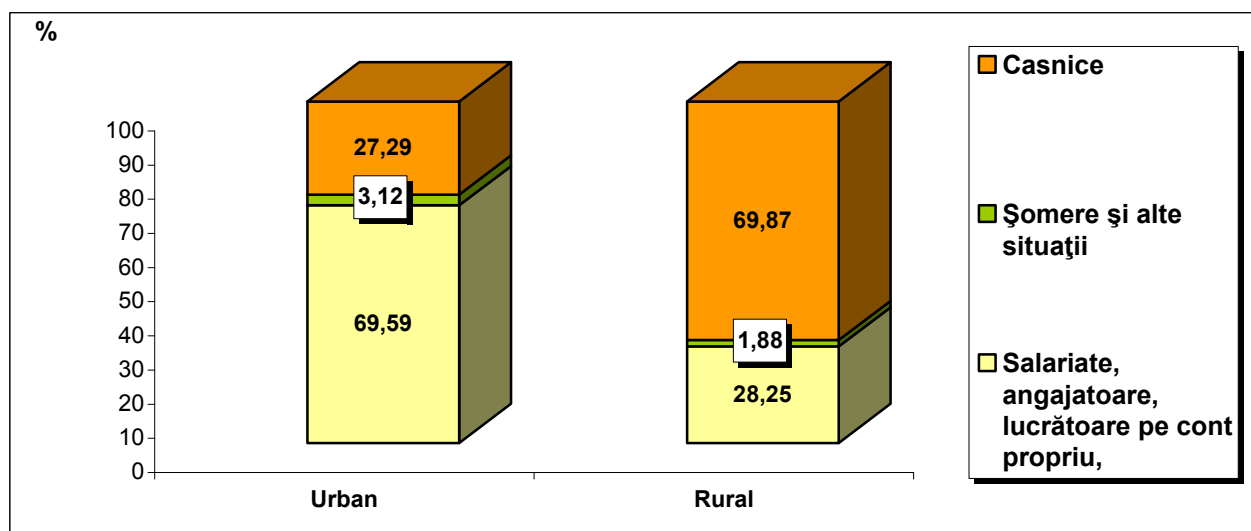


Grafic 5. Ponderea nou născuților în funcție de mediul de proveniență și nivelul de instruire al mamei, în anul 2003 în județul Cluj

La mamele cu nivel redus de școlarizare gradul de educație pentru sănătate este scăzut, ceea ce face ca nevoia de implicare în acest tip de servicii din partea personalului medical, pe toată perioada de sarcină și lăuzie, dar și în cea de nou-născut, sugar mic și prima copilărie, să fie mai resimțită și să necesite programe individuale adaptate acestui nivel educațional.

Analizând statutul ocupațional al mamei în funcție de mediul de proveniență constatăm că în mediul urban o pondere de 69,59% o dețin mamele salariate, angajatoare și lucrătoare pe cont propriu în domeniu neagricol și agricol și pensionare, față de o pondere de 28,25% pe care o dețin mamele din mediul rural cu același statut ocupațional. Perioada de concediu de maternitate este reglementată legal și reprezintă o modalitate de protecție socială pentru a oferi un venit propriu

mamelor care au lucrat anterior nașterii sau au plătite asigurările sociale de sănătate. O politică de protecție socială adecvată poate avea ca efect creșterea natalității, siguranța financiară a mamei și copilului poate reprezenta o formă de stimulare a natalității, asociat cu servicii sociale adecvate, destinate acestei categorii populaționale, care să permită mamei integrarea în viața socio-economică. Față de o pondere de 27,29% a mamei casnice din urban, în rural întâlnim o pondere a acestora de 69,87%. Nivelul scăzut de instruire al mamei din mediul rural, lipsa venitului propriu, combinate cu tradiția din mediul rural, unde rolul femeii este de a răspunde de casă și de a îngriji copiii, duce la dependența acesteia, din punct de vedere financiar, de soți sau alte rude și, implicit, la imposibilitatea satisfacerii, prin venituri proprii, a nevoilor copilului și, adesea, a celor personale. (grafic 6)



Grafic 6. Ponderea nou născuților în funcție de mediul de proveniență și statutul ocupațional al mamei, în anul 2003 în județul Cluj

Tendențele înregistrate în Europa de scădere a numărului de copii în cadrul familiei, utilizarea mijloacelor de planificare familială și tranziția demografică sunt regăsite și în studiul nostru. Peste jumătate (56,56%) din mame au în îngrijire 1 copil și 29,60% au 2 copii. Numărul de copii doriți și a celor realizați de o familie depinde de variații factori. (1, 3) În ultimii ani asistăm la o schimbare a volumului familiei tradiționale prin scăderea numărului de nou-născuți de rang mare (III,IV,V...), aceste situații fiind întâlnite mai frecvent la familii cu o anumită apartenență religioasă. Aceasta poate fi o situație reactivă a populației ca replică la anii de politică pronatalistă forțată dar și o modificare responsabilă a comportamentului demografic al populației.

Vârsta tatălui reprezintă un factor important care poate influența atât natalitatea cât și sănătatea viitorului copil.

Un tată prea tânăr – 15-24 ani – nu poate fi cap de familie, deoarece nu este realizat profesional, nu are un statut ocupațional care să-i poată asigura lui și familiei un nivel de trai decent și încă nu este capabil să-și asume responsabilitatea pe care o necesită o familie și mai ales creșterea unui copil.

Studiul nostru confirmă un comportament reproductiv responsabil al taților, 81,05% au vârste cuprinse între 25-54 ani, cu ponderea maximă (63,05%) la grupa de vârstă 25-34 de ani, dar este de remarcat o pondere însemnată, adică 10,56%, a taților tineri și foarte tineri – 15-24 ani – iar o pondere de 8,15% din cazuri nu au specificat acest aspect. Aceste situații pot fi date de nelegitimitatea copilului sau tată nedeclarat, necunoscut.

Statutul ocupațional al taților este un aspect important în viața familiei, mai ales în cazul în care mama nu are venit propriu.

Pe medii reunite 74,76% din tații copiilor nou-născuți sunt salariați, o pondere de 4,21 o dețin tații angajatori și lucrători pe cont propriu în domeniu neagricol și agricol, 0,92% din ei sunt șomeri, 1,41% pensionari, 11,52% se încadrează în alte situații decât cele menționate, iar în 8,15% din cazuri nu există date privind tatăl copilului.

Analiza pe medii de proveniență relevă faptul că 85,17% din tații din mediul urban au venituri proprii constante și peste jumătate, (69,32%) din tații proveniți din rural sunt cu același statut.

Concluzii

1. Studiul nostru confirmă supranatalitatea masculină și din mediul urban.
2. Majoritatea nou-născuților vii din studiul nostru sunt de naționalitate română, urmași de cei de etnie maghiară și rromă, peste trei sferturi din nou născuții vii înregistrați în anul 2003 la nivelul județului Cluj provin din căsătorii legitim constituite.
3. Ponderea prematurității și a greutateii mici la naștere este mică și majoritatea nașterilor s-au desfășurat în unități sanitare și au fost asistate de medic de specialitate și moașă.
4. Nașterile cu feți multipli au deținut o pondere redusă.
5. Studiul confirmă tranziția modelului de fertilitate maximă specifică pe vârste, spre grupa de vârstă 25-34 de ani, în mediul urban.
6. De remarcat prezența nașterilor la mame cu vârste tinere – 10-14 ani, majoritatea

- din mediul rural și prezența nașterilor la mame de peste 40 ani.
7. În mediul urban peste două treimi din mame au un nivel de instruire mediu și superior, și au venit propriu dar în mediul rural predomină cele cu nivel de instruire scăzut.
 8. Studiul confirmă săderea numărului de nou-născuți vii de rang mare (III,IV,V).
 9. Deși comportamentul reproductiv al taților pare să fie responsabil, există o pondere de 10,56 % din copiii cuprinși în studiu ai căror tați au vârsta între 15-24 de ani și 8,15% din copii nu au specificate date privind tatăl.
 10. Peste trei sferturi din tații nou născuților studiați au venituri proprii constante.
 11. În condițiile tranziției demografice cunoașterea aspectelor medico –sociale ale natalității este element de bază al politicilor de sănătate și sociale.

Bibliografie

1. Borzan C., Mocean F. – *Sănătate Publică*, Ed. Medicală Universitară „Iuliu Hațieganu”, Cluj-Napoca, 2002, pag. 83-94
2. Coroi V. - *Manual de Medicină socială*, Ed. Didactică și pedagogică, București 1980, pag. 173-201
3. Enăchescu D., Marcu G. - *Sănătate publică și management sanitar*, Ed. All, București 1997, pag. 97-105; 91-96
4. Mureșan P. - *Manual de metode matematice în analiza stării de sănătate*, Ed. Medicală, București 1989, pag. 160-210
5. Trebici V. - *Populația Terrei*, Ed. științifică București 1991
6. x x x – Health People 2010, *Understanding and Improving Health*, U.S. A., Department of Health and Human Services, Washington D.C., nov. 2000