

## CAPITOLUL 2. ELEMENTE DE DEMOGRAFIE

### Obiective pedagogice:

- să definească evenimentele demografice: născutul viu, născutul mort
- să diferențieze tipurile de indicatori utilizați în măsurarea fenomenelor demografice (rată de raport, indicator intensiv de indicator de structură)
- să precizeze datele necesare măsurării natalității, fertilității, fecundității
- să prezinte avantajele și limitele acestor indicatori pentru aprecierea stării de sănătate a populației

**Demografia** este știința care are ca obiect de studiu populațiile umane sub aspectul numărului, repartiției geografice și structurii după diferite caracteristici demografice și socio-economice, analiza evoluției lor și evidențierea legilor de dezvoltare a populației.

**Evenimentul demografic** este unitatea statistică de observare în demografie și se referă la cazul individual statistic (ex.: naștere, deces, căsătorie, divorț, etc.).

**Fenomenul demografic** reprezintă intensitatea apariției evenimentelor demografice într-o populație și într-o perioadă de timp și se măsoară cu ajutorul ratelor (ex.: natalitate, mortalitate, nupțialitate, divorțialitate, etc.).

Ratele cu care operează demografia pot fi calificate în trei grupe:

### 1. Rate brute (crude)

Avantaje:

- sunt ușor de calculat
- au largă utilizare pe plan internațional
- se găsesc în toate anuarele OMS și breviarele statistice

Dezavantaje:

- nivelul fenomenelor pe care le măsoară nu ține cont de diferențele structurale ale populației respective
- nu pot fi interpretate direct
- nu pot fi comparate direct între ele

$$\text{Rata} = \frac{\text{nr. evenimente}}{\text{nr. populație}} \times 1000$$

## 2. Rate specifice

Avantaje:

- au aplicabilitate pe subgrupe de populație omogenă
- sunt utilizate în studiile epidemiologice
- permit compararea subgrupelor din același tip

Dezavantaje:

- la calcularea ratelor specifice se pierde din vedere întregul, totalitatea populației.

nr. evenimente în populația U

Rata specifică = ----- x 1000

pe medii (U/R)                      populația urbană

## 3. Rate standardizate (ajustate)

Avantaje:

- permit înlăturarea aportului unei anumite caracteristici a populației (sex, grupa de vârstă, etc.) asupra nivelului indicatorului (înlătură influența diferențelor structurale)
- asigură calcularea celor mai corecte comparații între populații diferite

Dezavantaje:

- sunt indicatori calculați, artificiali, fictivi.

Fenomenele demografice pot fi studiate sub raportul staticii și al dinamicii.

**Statica populației** studiază numărul, distribuția geografică și structura populației

1. **Numărul populației** poate fi cunoscut prin:

- recensământul populației – înregistrarea globală transversală a întregii populații la un moment dat
- actualizarea recensământului prin date înregistrate la oficiile de stare civilă
- biroul de evidența populației
- anchete demografice care aprofundează elemente de structură și dinamică a populației
- estimarea numărului populației prin interpretarea rezultatelor între două recensăminte.

2. **Densitatea populației** măsoară gradul de împrăștiere a populației în colectivități constituite (orașe, sate) și se calculează raportând numărul de locuitori pe km<sup>2</sup>.

3. **Structura populației** depinde de:

- dezvoltarea economică și de politicile de dezvoltare
- mediul de viață care își pune amprenta asupra modelului de morbiditate și mortalitate precum și asupra structurii serviciilor de sănătate.

Structura populației în funcție de sex (masculin/feminin) evidențiază în primul an de naștere supramortalitate masculină, egalizarea proporțiilor între sexe în jurul vârstei de 40 de ani, iar la grupa iii-a de vârstă se constată din nou o supramortalitate masculină cu supramorbiditate feminină.

Studiul structurii populației în funcție de sexe are importanță pentru cunoașterea riscurilor și a frecvenței bolilor la populația masculină față de cea feminină. Structura populației în funcție de grupele de vârstă este utilă în descrierea tabloului morbidității și mortalității care diferă de la o grupă de vârstă la alta.

Reprezentarea grafică tipică a structurii populației în funcție de vârstă și sex poartă numele de piramida vârstelor, care are aspecte diferite datorită variațiilor raportului natalitate/mortalitate.

Principalele modele de piramidă a vârstelor descrise în literatura de specialitate sunt:

- Piramida cu bază largă – caracterizează populațiile tinere cu natalitate mare, cu indice de reproducere supraunitar (caracteristică țărilor în curs de dezvoltare).
- Piramida sub formă de clopot, cu baza relativ largă, deci natalitate crescută. Ca urmare a îmbunătățirii nivelului de trai crește și durata medie a vieții ducând la creșterea ponderii vârstnicilor în populație. Este un model de piramidă „de tranziție”, și se înregistrează în special în țările rapid industrializate.
- Piramida sub formă de urnă este caracteristică țărilor dezvoltate cu natalitate scăzută și longevitate ridicată, cu proporție mare a vârstnicilor în rândul populației. Se întâlnește în special în țările dezvoltate.
- Piramida vârstelor sub formă de treflă (cu baza mai largă) se întâlnește în unele țări dezvoltate, care în urma aplicării intense a politicilor pronataliste înregistrează indicatori mai crescuți ai natalității.

**Dinamica populației** descrie mișcarea populației și are două componente:

**1. Dinamica mecanică** – se referă la mișcarea generală de factori economici, sociali, politici – mobilitatea socio-profesională (imigrație și emigrație). Mișcarea migratorie a populației rezultă din deplasările geografice ale populației. Poate fi migrație internațională (migrație externă) și migrație internă. Mișcarea internă se referă la schimbările de domiciliu legal sau nu (flotanți). Balanța acestor mișcări migratorii constituie soldul migratoriu sau sporul (diferența între cei plăcați și veniți).

**2. Dinamica naturală** (reproducerea populației)

Reproducerea populației se descrie prin indicatori care măsoară fenomenul de reînnoire permanentă a populației datorită intrării unor generații noi în fiecare an și a ieșirii în medie a unei generații prin deces.

Reproducerea populației prezintă două componente: natalitatea și mortalitatea. În sens restrâns pentru studiul reproducerii populației se mai utilizează indicatorii de fertilitate și nupțialitate.

Acțiunea mișcării migratorii asupra stării de sănătate este în funcție de gradul organizat sau neorganizat de realizare. În primul caz, nu este absolut necesară o implicație negativă asupra fenomenelor mișcării naturale

(fertilitate, mortalitate, nupțialitate) sau asupra dinamicii morbidității, iar în al doilea caz se înregistrează cert o scădere a fertilității și nupțialității însoțită de creșterea ratei divorțialității, a morbidității prin boli infecțioase și parazitare, TBC, boli venerice, boli digestive, respiratorii, a mortalității infantile și generale.

## ***NATALITATEA SI FERTILITATEA***

### **Definitiiile evenimentelor demografice si ale unor notiuni utilizate in studiul fertilitatii.**

**Nascutul viu** - este produsul de conceptie expulzat sau extras complet din corpul mamei, indiferent de durata sarcinii din care acesta provine si care prezinta un semn de viata: respiratie, activitate cardiaca, pulsatii ale cordonului ombilical sau contractia unui muschi voluntar, fie ca placenta a fost eliminata sau nu, iar cordonul ombilicala fost sectionat sau nu. Varsta sarcinii, greutatea fatului sau oricare alt criteriu de viabilitate sunt ignorate in mod deliberat de definitie in scopul evitarii unor variatii interpretative.

**Nascutul mort** - este produsul de conceptie care provine dintr-o sarcina de peste 28 de saptamani si care dupa separarea completa de corpul matern nu manifesta nici un semn de viata. Determinarea duratei sarcinii este adesea dificila. Se prefera drept criteriu o informatie indirecta, cum este greutatea fatului de peste 1000 de grame si o lungime de peste 35 cm.

**Avortul** - este produsul de conceptie care provine dintr-o sarcina cu o durata mai mica de 28 de saptamani si care dupa extragerea completa din corpul matern nu manifesta nici un semn de viata. Din acelasi motiv ca mai sus, se poate utiliza drept criteriu o greutate mai mica de 1000 de grame si o lungime mai mica de 35 cm.

**Produsul de conceptie** - este rezultatul fecundarii unui ovul de catre un spermatozoid, care a parcurs perioada de gestatie si care se soldeaza prin nastere sau avort.

**Nasterea** - este evenimentul expulzarii unui produs de conceptie dupa o perioada a sarcinii mai mare de 28 de saptamani. Numarul nasterilor nu coincide in mod necesar cu numarul nascutilor vii, deoarece exista pe de o parte posibilitatea unor nasteri multiple si pe de alta parte riscul aparitiei nascutilor morti.

**Rangul nasterii** - exprima a cata nastere (vie sau nu) a mamei este cea in cauza.

**Rangul nascutului** - exprima al catelea nascut viu sau mort este nascutul considerat in suita celor pe care i-a nascut mama.

**Intervalul protogenezie** - este durata medie dintre casatorie si nasterea primului copil.

**Intervalele intergenezice** - sunt duratele medii care separa intr-o populatie nasterile de rang succesiv (durata medie intre prima si a doua nastere, a doua si a treia, s.a.m.d.).

**Natalitatea** - reprezinta fenomenul demografic al frecventei nascutilor vii intr-o populatie.

Sub aspect statistic, natalitatea se masoara cu rata bruta de natalitate: aceasta reprezinta raportul (exprimat in promile) intre numarul de nascuti vii si numarul mediu de locuitori ai perioadei considerate.

$$n = \frac{N}{P} \times 1.000$$

in care: n = rata bruta de natalitate

N = numar de nascuti vii

P = numar mediu de locuitori ai perioadei studiate

Desi nu se mentioneaza perioada de timp la care se refera indicatorul acesta este de un an, iar numarul de locuitori este fie numarul mediu anual, fie numarul de locuitori la mijlocul anului calendaristic, deoarece gratie miscarii demografice exista in tot cursul anului variatii ale efectivelor.

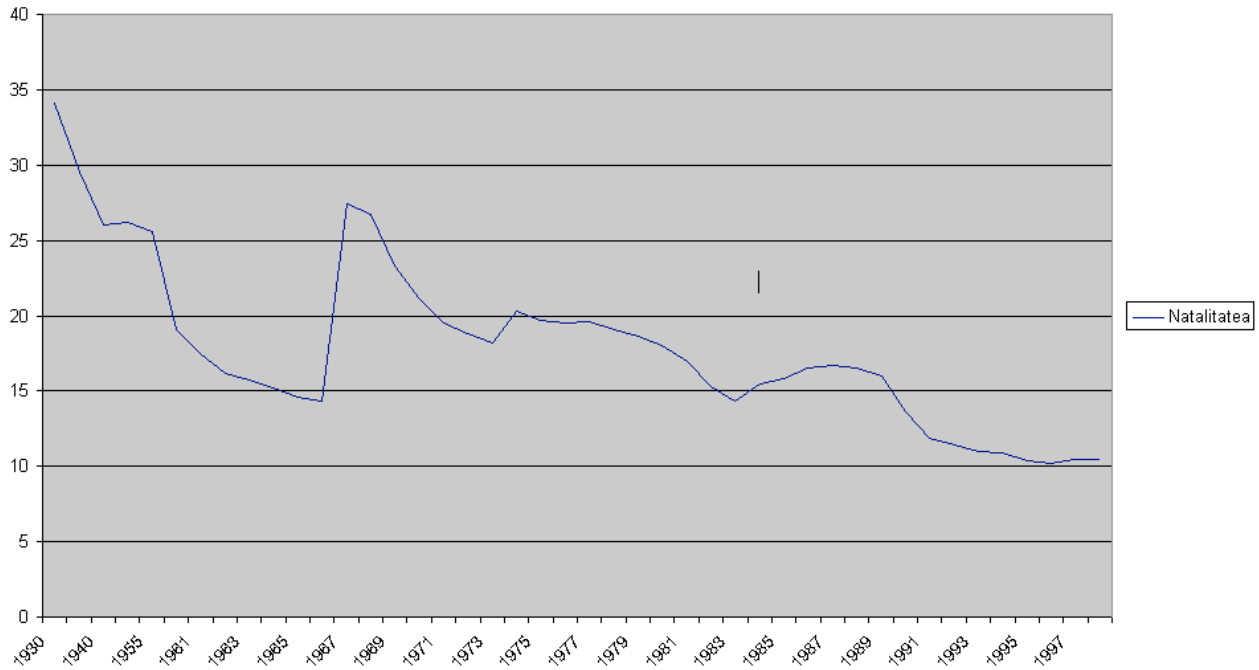
Avantajele indicelui sunt simplitatea calculului si disponibilitatea datelor, in timp ce dezavantajele constau in principal in dependenta fata de structura populatiei. Altfel spus, daca dintr-o populatie efectivul persoanelor de sex feminin de virsta fertila (15-49 ani) difera fata de o alta populatie, indicele brut de natalitate va diferi, chiar daca in ambele situatii se vor naste annual acelasi numar mediu de descendenti. Acest dezavantaj este comun tuturor indicatorilor bruti si se corecteaza prin indici mai elaborati sau prin asa-zisa metoda de standardizare a structurilor.

Studiul evolutiei indicelui brut de natalitate demonstreaza existenta unor nivele deosebit de ridicate (40-50‰) in toate tarile lumii. Aceasta reproducere foarte intensa nu a fost capabila sa genereze si sporirea rapida a numarului populatiei, deoarece au coexistat nivele aproape tot atat de ridicate ale mortalitatii (indicelui brut de mortalitate). Cu incepere din a doua jumatate a secolului al XIX-lea, consecinta a industrializarii, urbanizarii, cresterii nivelului de trai si apoi a altor succese pe taramul ocrotirii sanatatii, mortalitatea a inceput sa coboare in tarile considerate astazi dezvoltate. Abia dupa un oarecare interval a fost antrenata si natalitatea intr-o tendinta descendenta.

Intre cele doua razboaie mondiale ambii indicatori tind sa se stabilizeze si sa evolueze paralel. Dupa cel de-al doilea razboi mondial si pana in prezent indicele de natalitate coboara continuu, ajungand in Europa in jurul valorii de 11.7‰ (1995).

**Dinamica natalitatii in Romania** a urmat acelei tendinta descrise pentru tarile europene avansate, dar cu o intarziere, datorita dezvoltarii economice si industrializarii tardive.

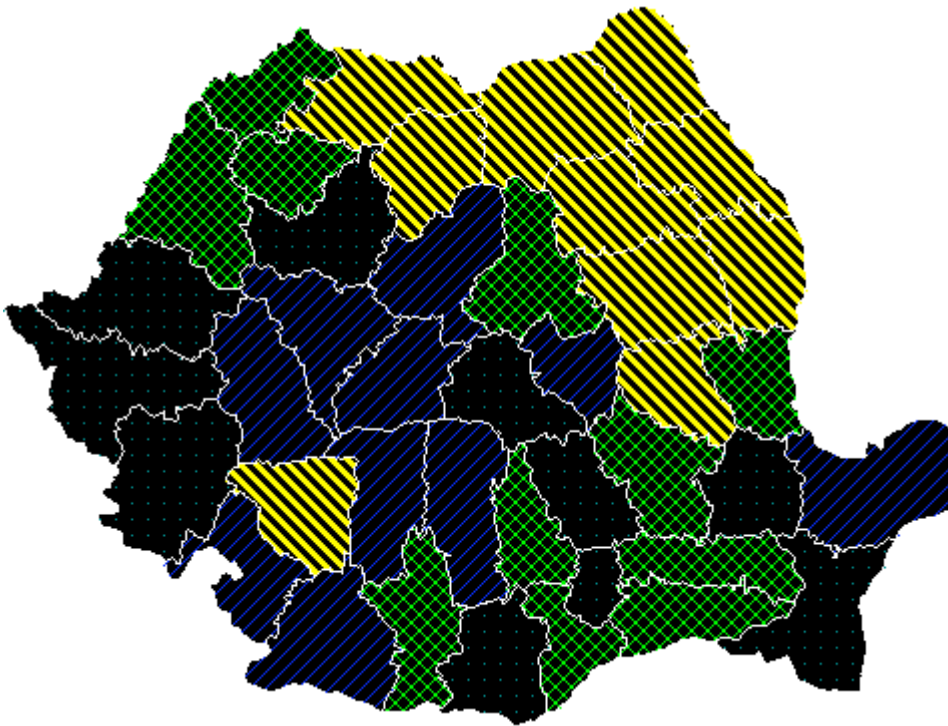
Evolutia natalitatii Romania 1930-1998



Astfel, in 1930 - 1935 nivelele depaseau 30 nascuti vii la 1000 locuitori. In anii din jurul celui de-al doilea razboi mondial ritmul reproducerii scade datorita dezorganizarii familiilor prin stranutari, concentrari, mobilizari, scaderii nuptialitatii si a climatului psihologic de teama si incertitudine. De altfel, nici nu se cunosc valorile exacte ale natalitatii din acea perioada. Dupa terminarea razboiului, reproducerea populatiei este reluata cu o intensitate sporita, natalitatea crescand in 1949 pana la valoarea de 27.6‰. Urmeaza apoi o perioada de descrestere a valorii, intrerupta in unii ani de redresari ale indicelui. Din 1957 insa, in conditiile practicarii libere a intreruperilor chirurgicale ale cursului sarcinii, scaderea natalitatii este mai rapida astfel incat in 1966 se inregistreaza valoarea de 14.3‰. In acel an, prin Decretul 770/1996 se interzice avortul chirurgical. Drept consecinta a acestei masuri coercitive, in 1967 s-a inregistrat o crestere brusca a nivelului fenomenului - 27.4‰. In perioada urmatoare, in conditiile unei politici demografice pronataliste si a mentinerii masurilor legislative amintite anterior, s-a constatat o evolutie a fenomenului asemanatoare cu cea inregistrata in perioada 1957-1966, respectiv o tendinta de scadere continua, dar intr-un ritm ceva mai lent, ajungandu-se in 1983 la valoarea din 1966. Ca urmare a unor noi masuri coercitive, dupa 1983 nivelul fenomenului cunoaste o usoara tendinta de crestere ajungand la valori de 16‰ in 1986, pentru ca in perioada 1986-1989 sa se mentina la valori relativ constante. In 1990, ca urmare a liberalizarii avorturilor si a programului de planning familial initiat de Ministerul Sanatatii, nivelul ratei de natalitate a scazut la 13.6‰ ajungand in 1992 la 11.4‰ si in 2000 la 10.4‰.

Pe medii, natalitatea a fost constant mai ridicata in mediul rural fata de mediul urban pana in anul 1976. Dupa 1976, se inregistreaza in mod constant valori mai crescute pentru indicii de natalitate din mediul urban fata de cei din mediul rural.

In profil teritorial tendinta istorica in Romania este aceea a unei reproduceri mai scazute in judetele din vestul tarii.



Evolutia populatiei depinde de modificarea **fertilitatii**, adica de numarul de copii nascuti vii ce revin la 1000 de femei de varsta fertila (15-49 de ani).

In analiza fertilitatii exista doua modalitati de abordare:

- **transversala:** analiza fertilitatii intr-un an calendaristic;
- **longitudinala:** prospectiv su retrospectiv.

In analiza transversala a fertilitatii se calculeaza urmatoorii indicatori:

- rata generala a fertilitatii

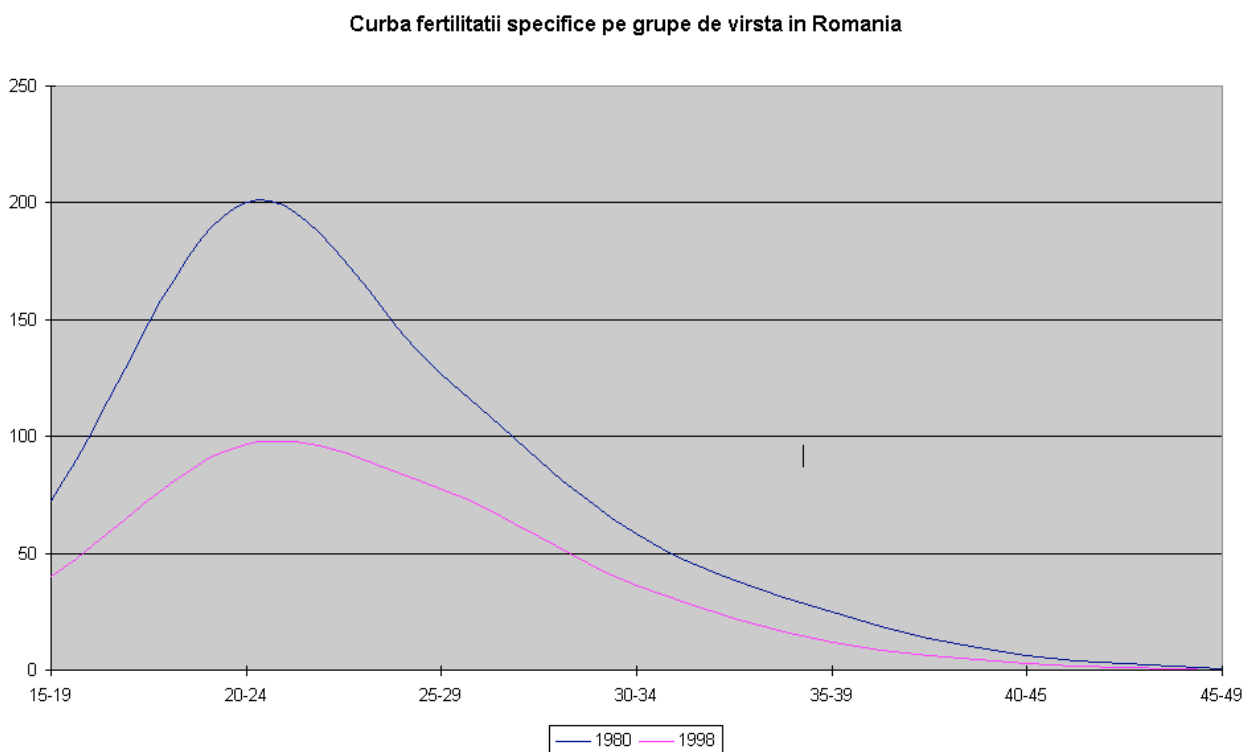
$$fg = \frac{\text{Numarul de copii nascuti vii} \times 1.000}{\text{Numarul de femei in varsta de 15-49 ani}}$$

- rata specifica pe varste a fertilitatii

$$f_x = \frac{\text{Numarul de copii nascuti de femei de varsta } X \times 1.000}{\text{Numarul de femei in varsta de } X \text{ ani}}$$

In raport cu starea civila se pot calcula rate de fertilitate legitima si ilegitala care la randul lor se pot adresa fiecărei grupe de varsta in parte.

Variatia potentialului reproductiv cu varsta, ca si masurile de planificare a numarului de descendenti si a perioadei lor de aparitie de catre familie, fac ca indicii de fertilitate specifica sa difere puternic de la o varsta la alta. In figura se remarca nivelul maxim care caracterizeaza varsta de 20-24 ani si descresterea rapida pana la varsta de 45 ani.



Indicii de reproducere permit o apreciere sintetica a fenomenului, spre deosebire de indicii de fertilitate specifica pe varste a caror interpretare cere analiza comparativa a intregii serii de cifre ce caracterizeaza varstele cuprinse intre 15-49 ani.

Intregul comportament reproductiv este sintetizat in numarul mediu de descendenti de sex feminin pe care o femeie ii naste in perioada fertila. Daca in medie o femeie naste mai mult de o fetita inseamna ca generatia a

fost inlocuita de o alta generatie cu un efectiv mai mare, cu alte cuvinte se asista la o reproducere largita. Evident, daca numarul mediu de fetite nascute de o femeie in cursul perioadei fertile este subunitar, generatia fertila este inlocuita de o generatie mai redusa numeric, iar reproducerea este ingustata. Valoarea unitara indica o populatie stationara.

In practica se foloseste cel mai adesea indicele brut de reproducere care reprezinta numarul mediu de fete pe care le-ar naste o generatie de femei care nu ar fi supuse riscului mortalitatii (de la nastere pana la varsta de 50 ani) si care ar avea la fiecare varsta (intre 15 si 49 ani) fertilitatea specifica observata in perioada considerata. Se utilizeaza rate de fertilitate specifica pe varste calculate in anul studiat si nu o inregistrare longitudinala a comportamentului. Cu ajutorul lor se calculeaza numarul de copii pe care l-ar naste in medie o femeie dintr-o generatie ipotetica care ar avea la varsta de 15-19 ani fertilitatea femeilor de aceeaasi varsta din anul calendaristic studiat; intre 20 si 24 ani, fertilitatea femeilor in varsta de 20-24 ani (din anul studiat) s.a.m.d. pana la varsta de 49 de ani. Aplicand proportia de fete la cifra finala, numita si descendenta finala medie, se obtine indicele de reproducere (care se refera numai la efectivul mediu de fete).

Indicele de reproducere neta este bazat pe acelasi principiu de calcul, dar cu luarea in considerare a mortalitatii femeilor intre de 15 si 49 ani. Se apreciaza ca in prezent descendenta medie finala in Romania are valori de 2,2-2,4 copii si ca indicele brut de reproducere are valori cuprinse intre 1,15-1,2.

### ***FACTORII CARE INFLUENTEAZA FERTILITATEA***

#### **A. Factorii demografici:**

- distributia pe sexe;
- structura populatiei, in special a populatiei feminine pe grupe de varsta;
- nuptialitatea si divortialitatea.

#### **B. Factorii medico-biologici:**

- sterilitatea feminina primara si secundara;
- sterilitatea masculina;
- patologia genitila, inclusiv consecintele medicale ale avorturilor;
- igiena sexuala.

#### **C. Factori sociali:**

- prelungirea scolarizarii;
- gradul de angajare a femeilor in activitatile socio-economice;
- apartenenta la o anumita categorie sociala si mobilitatea intre aceste categorii.

#### **D. Migratia populatiei** - ca fenomenul de masa determinat de factorii politici, economici, sociali sau culturali.

#### **E. Factori legislativi:**

- prevederile Codului muncii si Codului familiei;
- sistemul de alocatii pentru copii;
- programe de protectie materno-infantila;
- politica de planificare familiala inclusiv legislatia privind avorturile.

F. **Factorii subiectivi**: pot fi inglobati in notiunea complexa de de planificare familiala (atitudinea constienta a cuplului fata de reproducerea sa).

- atitudinea fata de copii, existenta sau lipsa unei atitudini constiente fata de numarul copiilor doriti si realizati si fata de cresterea copiilor realizati;
- numarul de copii doriti;
- numarul de copii realizati;
- metodele si mijloacele contraceptive;
- motivatiile subiective ale comportamentului demografic.

G. **Factorii locali-traditionali** legati de specificul dezvoltarii istorice a zonei, nivelul cultural, obiceiuri locale, religie.

Toti acesti factori au actionat in general coborand nivelul reproducerii, prin interventia voluntara a cuplurilor asupra conceptiei.

Un efect opus, dar de o importanta mai mica, l-ar juca statusul familial.

Sub acest raport fertilitatea este favorizata daca:

- ◆ casatoriile se produc la varsta maxima de fecunditate a femeii (sau cu putin inainte) - deci varsta la casatorie nu este avansata;
- ◆ proportia de femei casatorite in randul femeilor din contingentul fertil este ridicata, cu alte cuvinte daca intensitatea casatoriilor sau nuptialitatea este mare;
- ◆ familia este stabila, ceea ce in demografie se traduce printr-o frecventa mica a divorturilor (divortialitate mica).

Indicatori indirecti ai reproducerii populatiei:

$$\text{rata de nuptialitate} = \frac{\text{nr. casatorii}}{\text{nr. locuitori}} \times 1.000$$

care exprima intensitatea casatoriilor la 1000 de locuitori pe an.

$$\text{rata de divortialitate} = \frac{\text{nr. divorturi}}{\text{nr. locuitori}} \times 1.000$$

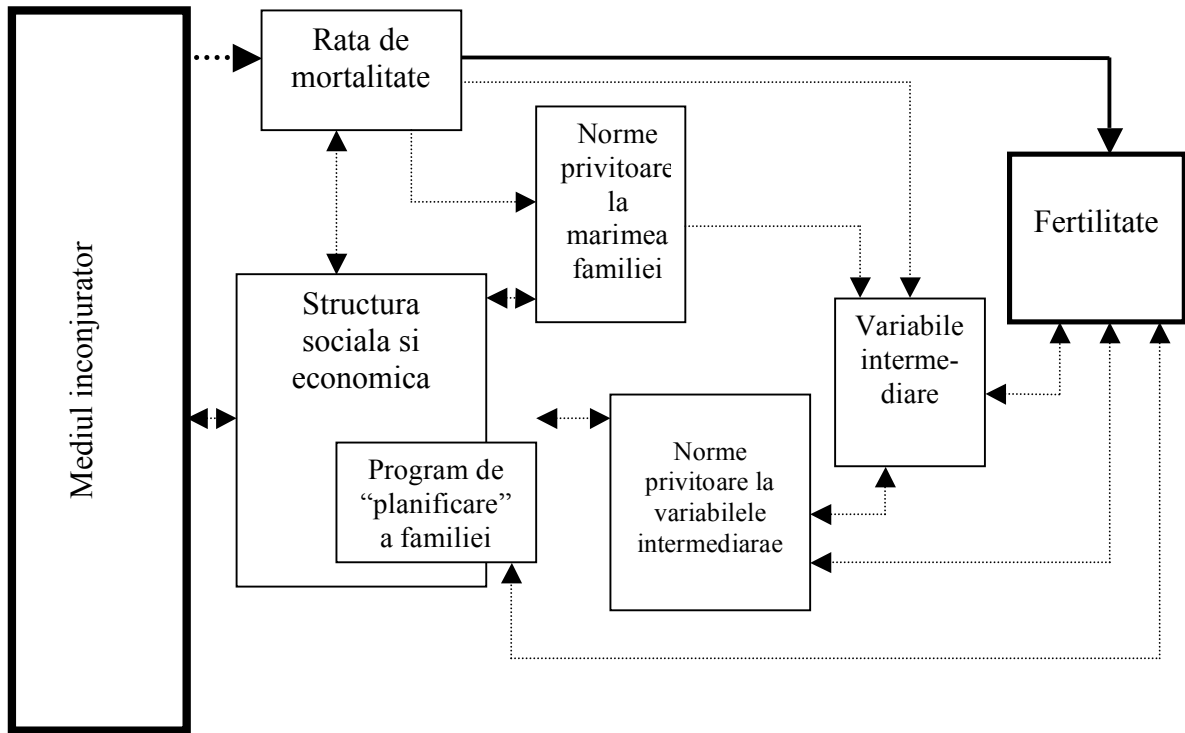
care exprima intensitatea desfacerilor casatoriilor la 1000 de locuitori pe an.

- ◆ varsta medie la prima casatorie. Dupa date aproximative ea este de 24,2 ani la femei si 27,1 la barbati.
- ◆ intervalul protogenezic (durata medie care separa casatoria de nasterea primului nascut viu). Dupa unele sondaje facute in diferite zone ale tarii rezulta ca el se situeaza in jurul valorii de 22-23 luni, prezentand insa mari variatii in raport cu mediul, cu ocupatia, cu nivelul de instruire si cu alte caracteristici ale femeii;
- ◆ intervalele intergenezice (durata medie care separa nasterea primului nascut viu de cel de-al doilea, a celui de-al doilea de cel de-al treilea, etc.). Intre nasterea primului copil si a celui de-al doilea trece de obicei o perioada mai indelungata decat intervalul protogenezic. La noi aceasta perioada este cuprinsa cam intre 3 si 3 ani si jumătate. Aproape la fel de lungi sunt perioadele intergenezice dintre al doilea si al treilea precum si dintre al treilea si al patrulea nascut viu;

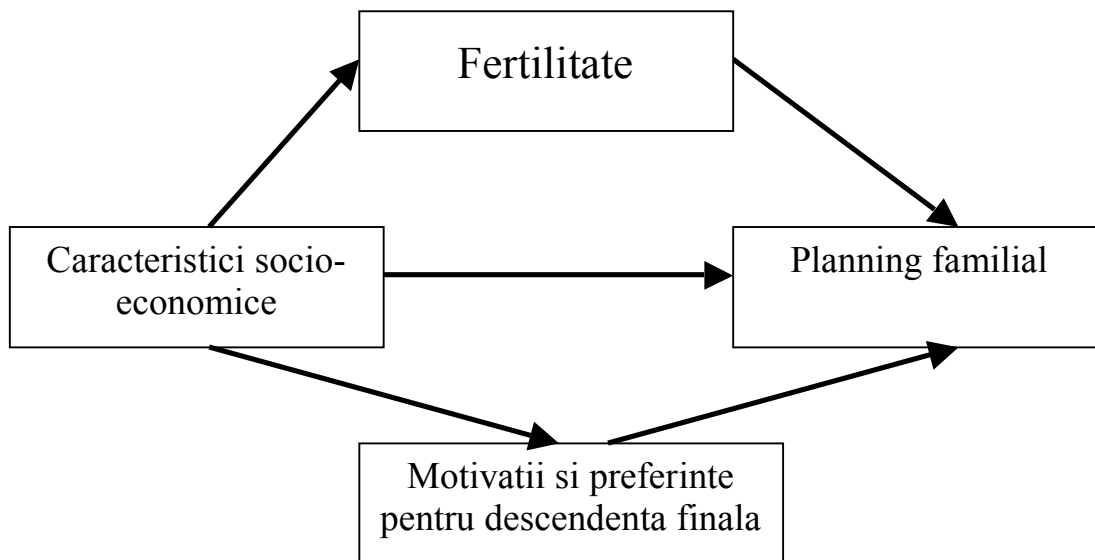
$$\text{rata de fecunditate} = \frac{\text{nr. sarcini}}{\text{nr. femei 15-49 ani}} \times 1.000$$

Acest indicator informeaza asupra potentialului de reproducere a masei de femei in varsta fertila, aratand cate sarcini apar in cursul unui an la 1000 femei intre 15-49 ani. Datele privind numarul total al sarcinilor rezulta din insumarea nascutilor vii cu nascutii morti si cu avorturile.

Schema factorilor ce afectează fertilitatea (R. Freedman)



Modelul general al fertilitatii (Publicat de ONU in 1996)



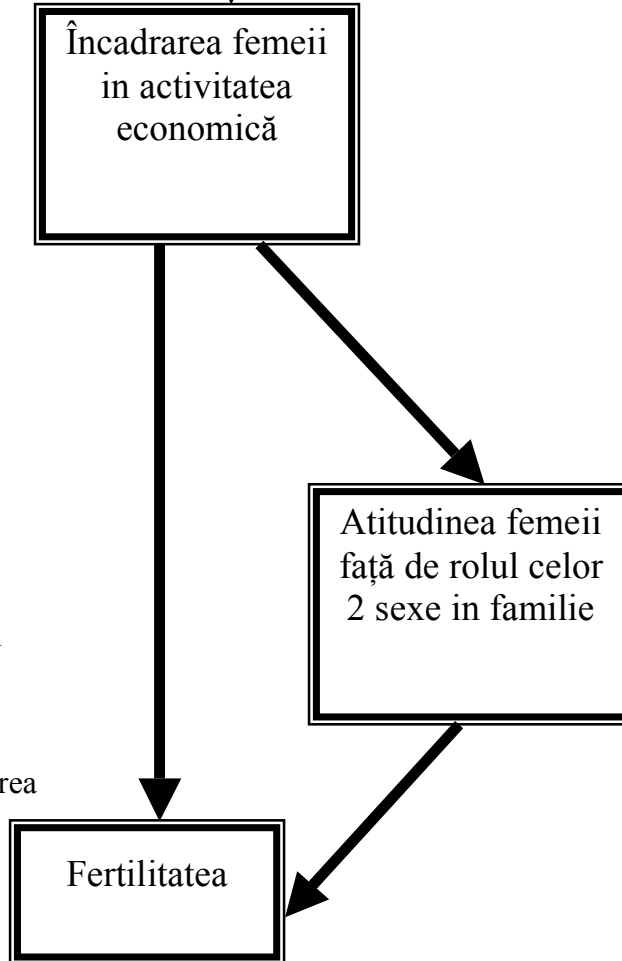
## Model micro-economic

Variabile exogene



- a) Variabilele de venit
  - venitul familiei
  - nr. de camere
  - nr. ani școlarizare ai femeii
  - nr. ani școlarizare ai soțului
  - statutul socio-ec. al femeii
- b) Variabile predeterminate
  - încadrarea femeii înainte de căsătorie
  - nr. copii in timpul căsătoriei
- c) Variabile demografice
  - vârsta
  - durata căsătoriei
  - rezidenta urban/rural
- d) Variabile legate de familia soției
  - nr. copii in familia soției
  - școlarizarea mamei/ tatălui soției
  - încadrarea mamei soției
  - statutul familiei sotiei
- e) Variabile legate de soț
  - atitudinea soțului fata de încadrarea soției in activitate
  - originea soțului
  - nr. copii in familia soțului

Variabile exogene



## MASURAREA FERTILITATII

### INDICATORI

1. **Rata bruta a natalitatii**

$$RBN = \frac{N}{P} \times 1.000 \approx 16 - 17 \text{‰}$$

2. **Rata generala a fertilitatii**

$$RGF = \frac{N}{{}_{15}P_{15}^f} \times 1.000 \approx 65 - 70 \text{‰}$$

3. **Rata specifica a fertilitatii**

$$RS_{pF} = \frac{{}_xN_x}{{}_xP_x^f} \times 1.000$$

4. **Descendenta la 1000 de femei**

$$D = \sum_{x=15}^{49} \frac{{}_xN_x}{{}_xP_x^f} \times 1.000 \approx 2200 - 2400$$

5. **Rata totala a fertilitatii**

(suma nasterilor reduse)

(descendenta medie finala)

$$\bar{D} = \frac{D}{1.000} \approx 2,2 - 2,4$$

6. **Indicele brut de reproducere**

$$R \approx 0,5 \times \bar{D} \approx 1,15 - 1,20$$

7. **Indicele net de reproducere**

$$R_0 \approx 0,5 \times \sum_{x=15}^{49} S_x f_x$$

8. **Calendarul fertilitatii**

(varsta medie la nastere)

$$a = \frac{\sum_{x=15}^{49} x_i n_i}{\sum_{x=15}^{49} n_i} \approx 25,5 - 25,7$$

## 9. Rata fecunditatii

$$RF_c = \frac{S}{{}_{49}P_{15}^f} \times 1.000$$

## ***FACTORI CARE INFLUENTEAZA NATALITATEA***

### ***Cauze medicale***

Afectiunile endocrine, ginecologice, cauzele sterilitatii masculine si feminine si cauzele avortului spontan reprezinta factori ce trebuie luati in seama si care necesita diagnosticarea, instituirea tratamentului si preventia lor. Rolul lor in fluctuatiile natalitatii este insa mai putin important, avand in vedere ca variatiile lor sunt mici si frecventa lor tinde sa scada datorita progreselor inregistrate in tratamentul lor.

De altfel, trebuie precizat faptul ca exista o scadere fiziologica a fecunditatii odata cu cresterea varstei.

### ***Cauze fiziologice***

In aceasta grupa de cauze intra implicatiile malthusiene cu privire la semnificatia copilului. Alta data, la tara, copilul reprezenta o sursa de imbogatire: el ajuta la munca campului, el continua munca tatalui sau. La oras, copilul era, intr-o oarecare masura, o piedica pentru libertatea parintilor si o sursa de cheltuieli. Rezulta ca influenta civilizatiei industriale sio a urbanizarii coincide cu reducerea numarului de copii doriti; astfel, descendenta medie finala trece de la 2.7 copii pe femeie in comunele rurale la 1.6 copii pe femeie la Paris.

### ***Rolul nuptialitatii, al uniunilor consensuale juvenile si al divortialitatii***

Numarul casatoriilor scde de la an la an (143.593 in 1998 fata de 174.593 in 1992 fata de 312.000 in 1982).

Indicele de nuptialitate are cea mai mica valoare inregistrata dupa 1944: 5.5 casatorii la 1000 locuitori in 1983 (7.9 casatorii in 1991 si 6.5 in 1998 la 1000 locuitori).

In acelasi timp creste numarul uniunilor consensuale, mai ales cele juvenile.

Aceasta scadere a nuptialitatii este atribuita mai multor factori: modificarea raporturilor intre sexe, dificultati economice pentru cuplurile tinere, rolul legislatiilor sociale, fiscale, juridice, care permit obtinerea mai multor avantaje in situatia de concubinaj decat dupa casatorie.

Scaderea nuptialitatii nu influenteaza totusi decat intr-o mica masura natalitatea: se observa, de fapt, o crestere considerabila a numarului de copii nascuti in afara casatoriei (de doua ori mai mare in 1982 fata de 1976): acesti copii reprezentau in 1982, 14.2% din numarul total de nascuti.

Numarul divorturilor creste insa fara ca numarul persoanelor care se recasatoresc sa creasca in aceeasi proportie. Rata de divortialitate este in jur de 25 la 100 casatorii, dar rolul divortului nu pare sa fie determinat in scaderea natalitatii.

Varsta medie la prima casatorie este de 23,3 ani pentru barbati si 23,2 ani pentru femei; ea a scazut pana in 1974 dupa care inregistreaza un usor recul. S-a dorit sa se atribuie un rol acestei varste, gandind ca o varsta la casatorie mai mica va fi insotita de un numar mai mare de copii. In parte este adevarat, in masura in care, frecventa sterilitatii creste cu varsta (daca numai 3-5% din cupluri sunt total sterile cand femeia se casatoreste in jur de 20 de ani, ponderea sterilitatii creste odata cu varsta femeii, inregistrand valori de aproximativ 20% din cupluri cand femeia se casatoreste in jur de 35 de ani). Trebuie luate in considerare si posibilitatile de contraceptie si de avort. Astfel, in 1960, inainte de introducerea tehnicilor moderne de contraceptie, descendenta finala pentru o femeie era estimata la 3,69 copii pentru casatoria inainte de 20 ani, 2,81 copii pentru casatoria intre 25 si 29 de ani. Este dificil de spus daca femeile care se casatoresc mai devremeau mai multi copii datorita precocitatii casatoriei lor, sau datorita unor motive personale care le-au facut sa aiba mai multi copii.

### ***Influenta mediului socio-cltural***

Diferenta de fertilitate intre zonele rurale si zonele puternic industrializate isi poate gasi explicatia in diferenta de nivel socio-cultural. Astfel, studiul nivelului fertilitatii cuplurilor dupa nivelul de instructie al femeii evidentiaza urmatorul fenomen: declinul fertilitatii pe masura ce nivelul de instructie creste este urmat de o crestere a fertilitatii, cea mai scazuta valoare observandu-se la categoria medie: totodata, fertilitatea femeilor fara studii o depaseste semnificativ pe cea a femeilor cu studii.

In paralel, studiul evolutiei descendentei finale la generatiile nascute intre 1982 si 1929 este interesant; daca, in general, se observa o crestere (de la 2,29 la 2,62), evolutia este diferita dupa categoria socio-culturala: grupele mai favorizate d.p.d.v. al nivelului socio-cultural au un comportament - cresterea apoi scaderea descendentei finale - precursor al comportamentului altor categorii.

### ***Rolul mijloacelor pentru limitarea nasterilor***

Aceste mijloace sunt avortul si contraceptia.

### ***Măsurarea mortalității***

Măsurarea riscului de deces este posibilă prin declararea obligatorie a decesului și raportarea lui prin intermediul „buletinului de deces” la oficiile de stare civilă. Acest fenomen demografic se poate studia sub două aspecte: transversal și longitudinal.

Abordarea transversală – interesează mortalitatea într-o perioadă dată de timp (în general un an). Măsurarea mortalității realizată astfel este un procent.

Abordarea longitudinală – urmărește mortalitatea de-a lungul vieții unui grup de indivizi născuți în același an, în timpul unei perioade (cohortă) și se poate descrie cu ajutorul funcțiilor tabelor de mortalitate.

Indicele brut de mortalitate (rata brută) este raportul dintre numărul anual de decese și efectivul populației existente la mijlocul anului. Această rată reflectă condițiile de mortalitate în momentul observat și este ușor de calculat dar este strâns legată de structura pe grupe de vârstă a populației și nu se pretează la realizarea de comparații între populații.

Rata de mortalitate pe grupe de vârstă este rata brută de mortalitate pentru un interval de vârstă dat. Alte rate specifice de mortalitate curent folosite sunt: mortalitatea specifică pe sexe, pe profesii.

## ***MORTALITATEA***

### ***Obiective educationale:***

- **masurarea mortalitatii cu indicatori obisnuiti**
- **descrierea si analiza comparativa a mortalitatii**
- **identificarea principalelor caracteristici ale mortalitatii si a posibilitatilor de control**

Mortalitatea reprezinta componenta negativa a miscarii naturale, fiind fenomenul demografic al deceselor intr-o populatie data si intr-o perioada data de timp (de obicei un an).

Evenimentul demografic al acestui fenomen este decesul.

Decesul este evenimentul disparitiei definitive a oricarui semn de viata in orice moment dupa inregistrarea starii de nascut viu.

Importanta studiului mortalitatii rezulta din faptul ca:

- mortalitatea reprezinta un fenomen demografic cu implicatii in cresterea numerica a populatiei si in structura pe grupe de virsta a populatiei, in realizarea unui echilibru in structura populatiei pe grupe de virsta;

- mortalitatea reprezinta unul din indicatorii demografici utilizati in masurarea starii de sanatate a populatiei;
- permite identificarea problemelor de sanatate si stabilirea prioritatilor in actiunile de sanatate;
- permite stabilirea de obiective in cadrul programelor de sanatate;
- serveste in procesul de planificare sanitara a resurselor;
- permite evaluarea eficacitatii activitatii sistemului de servicii sanitare.

Mortalitatea este un fenomen puternic dependent de dezvoltarea economico-sociala si de caracteristicile unei societati. Dezvoltarea economico-sociala a determinat scaderea mortalitatii si cresterea longevitatii si a calitatii vietii.

In general, separarea conceptului de dezvoltare socio-economica de conceptul de sanatate este periculoasa pentru ca reduce suportul necesar actiunilor de sanatate. Daca se analizeaza mortalitatea strict biologic, nu se poate sustine la nivelul comunitatilor necesitatea dezvoltarii socio-economice ca baza (suport) pentru ameliorarea starii de sanatate apreciata prin cresterea longevitatii.

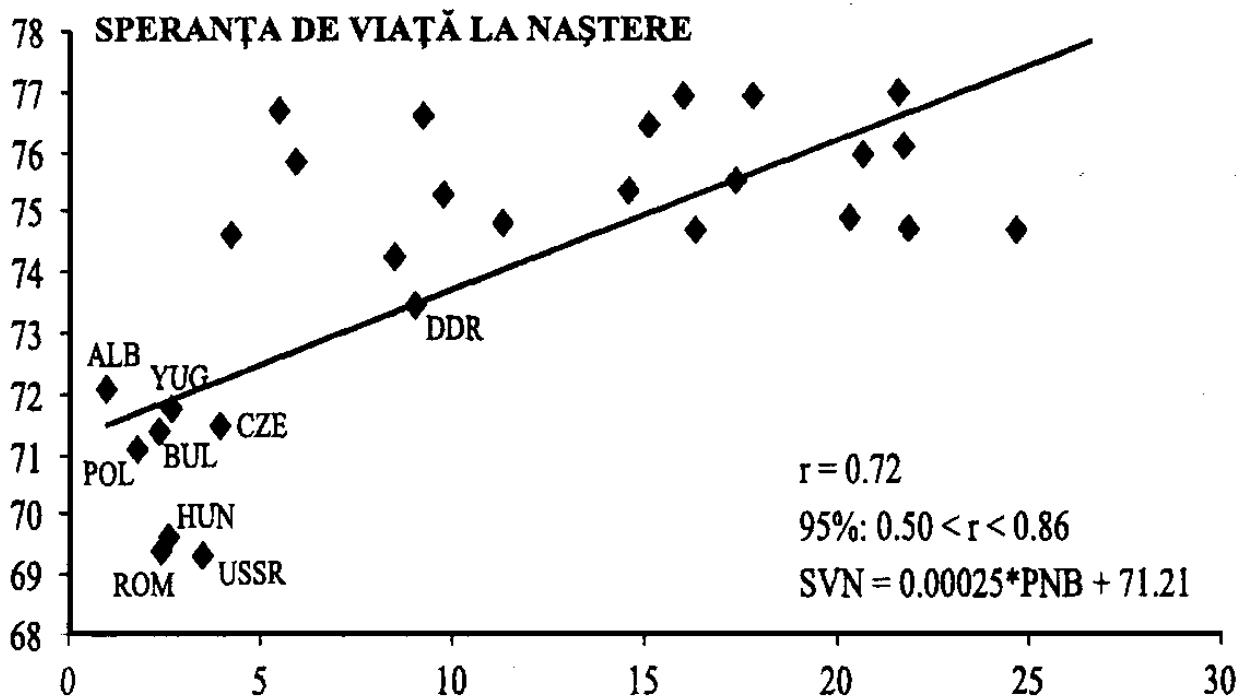
In ultimul timp s-au inregistrat efecte paradoxale ale dezvoltarii socio-economice asupra sanatatii.

In general, in lume s-a inregistrat un declin al mortalitatii ca urmare a actiunilor complexe vizind sanatatea si dezvoltarea economica.

La inceput declinul s-a manifestat in tarile in curs de dezvoltare; in aceste tari dupa ce initial mortalitatea generala a scazut, s-a inregistrat o stagnare in evolutia fenomenului insotita chiar si de o scadere a duratei medii a vietii. Aceeasi situatie s-a inregistrat si in Romania.

In tarile dezvoltate s-a consemnat o deteriorare a cistigului in ani potentiali de viata, fenomen imputat imbatrinirii populatiei. Aceasta situatie explica de ce programele de sanatate din aceste tari vizeaza, pentru virstnici, nu scaderea mortalitatii, ci scaderea invaliditatii, adica ameliorarea calitatii anilor de viata.

Relatia dintre dezvoltarea economico-sociala si starea de sanatate poate fi sintetizata prin corelatia care exista intre venitul national brut pe cap de locuitor si durata medie a viatii ca indicator sintetic al mortalitatii si al starii de sanatate. Aceasta corelatie este de tip direct: cresterea veniturului national brut pe cap de locuitor este insotita de o crestere a duratei medii a vietii.

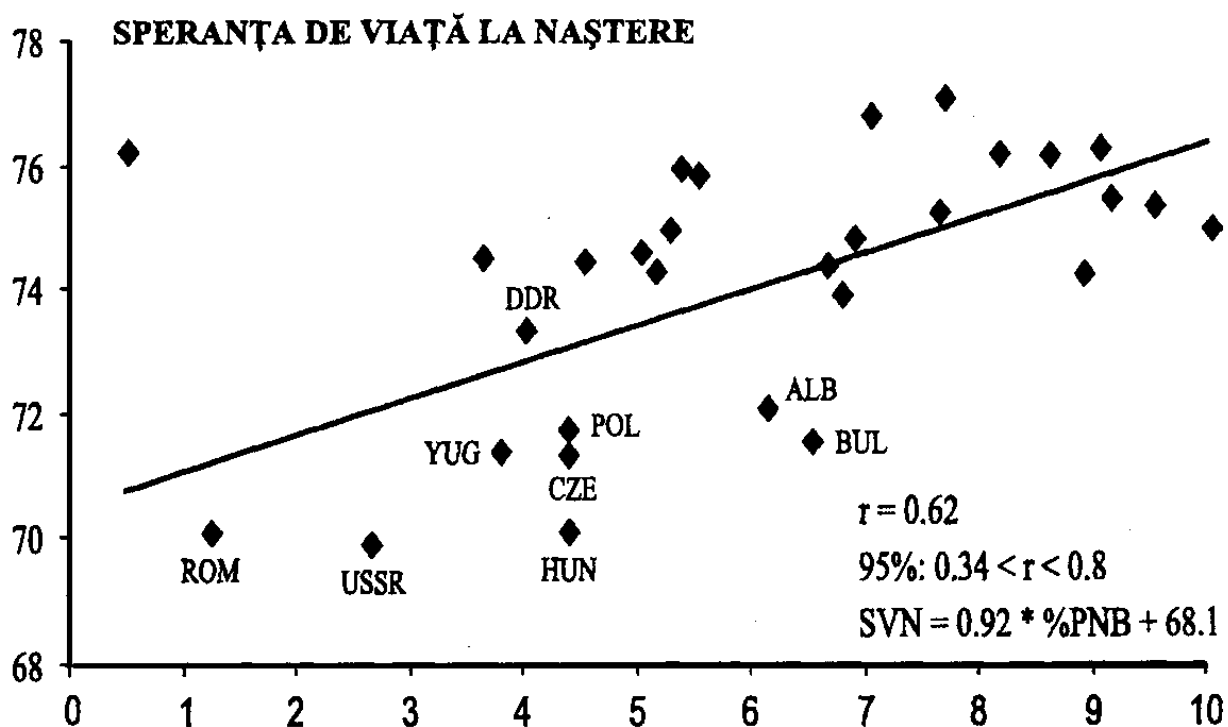


Se observa ca tarile din estul si centrul Europei sunt caracterizate printr-un venit national brut scazut si o speranta de viata la nastere scazuta.

Exista si exceptii in care evolutiile celor doi indicatori sunt discordante: de exemplu in China, Cuba, Shri-Lanka, cu venit national brut pe cap de locuitor scazut, au o durata medie a vietii mare pentru venitul pe care-l au, in timp ce in tarile Occidentului Apropiat, mai ales cele producatoare de petrol, speranta de viata la nastere e mica, desi venitul national brut pe locuitor este unul din cele mai mari.

O corelatie de tip direct exista si intre procentul alocat pentru sanatate din venitul national si speranta de viata la nastere.

Daca produsul national brut creste, iar procentul alocat pentru sanatate ramane constant, in valoare absoluta fondul pentru sanatate creste.



Deci, între mortalitatea generală exprimată prin durata medie a vieții și dezvoltarea economico-socială există o relație, în sensul că prin creșterea veniturii naționale brut se înregistrează o creștere a speranței de viață la naștere, dar și procentul alocat pentru sănătate din venitul național brut prezintă importanță.

**Factorii care influențează mortalitatea exprimată prin speranța de viață la naștere sunt:**

- factorii economici;
- distribuția veniturii naționale;
- alți factori;
- structura pe grupe de vârstă a populației;
- factori ce țin de calitatea mediului;
- stocul de cunoștințe și tehnologii.

Experiența mondială arată că impactul cel mai mare asupra societății o are educația, bugetul alocat pentru alimentație, bugetul alocat pentru asistența primară, bugetul alocat pentru mediul ambiant.

**Factorii care au limitat scăderea mortalității pe plan mondial.**

1. Strategii de dezvoltare care nu au avut în vedere sănătatea.
2. Ponderea redusă acordată ocrotirii sănătății în structura bugetului, prin necorelarea sa cu interesele sănătății, cu nevoile stării de sănătate și creșterea calității asistenței medicale.

3. Structuri neadecvate ale sistemului de sanatate, cu dezvoltarea dezechilibrata a ingrijirilor de specialitate si spitalicesti fata de cele primare si extraspitalicesti neadaptate nevoilor si particularitatilor nationale si locale, o folosire nerationala a resurselor. Au fost preluate modele din tarile dezvoltate si translatate in tarile in curs de dezvoltare.
4. Tehnologii de sanatate neadecvate problemelor specifice.

In ultimii 10 ani s-a observat:

- o scadere a mortalitatii prin boli cardiovasculare, scadere care nu a fost anticipata;
- o scadere a mortalitatii infantile sub nivelul asteptat in tarile dezvoltate (niveluri sub 8‰);
- cresterea riscului de deces la barbati datorita unui stil de viata specific;
- inechitati in distributia mortalitatii pe zone geografice sau pe categorii socio-profesionale.

### ***MASURAREA, DESCRIEREA SI ANALIZA MORTALITATII***

#### **Sursele de informatii**

- ◆ inregistrarile totale si continui ale deceselor la serviciul de stare civila de pe langa primarii, pe baza certificatului medical constatator al mortii, completat de medicul care a constatat decesul;
- ◆ informatii privind numarul populatiei si structura populatiei in functie de o serie de variabile (sex, varsta, mediu de rezidenta, etc.).

#### **Metode de analiza**

In analiza mortalitatii exista doua modalitati de abordare:

- *transversala*: analiza mortalitatii intr-un an calendaristic sau o perioada anumita de timp;
- *longitudinala*: prospectiv sau retrospectiv, in care analiza mortalitatii este o analiza de cohorta sau generatie.

Analiza transversala a mortalitatii, desi este mai putin exacta deoarece sunt luate in studiu decese aparținând mai multor generatii, fiecare generatie având factori de risc si de protectie diferiti de alta generatie, fiind simpla, este cea mai comuna.

#### ***Indicatori utilizati in masurarea mortalitatii***

1. Rata de mortalitate generala (indicele brut de mortalitate) care masoara frecventa deceselor la 1000 de locuitori.
2. Ratele specifice de mortalitate (pe sexe, pe grupe de varsta, medii de rezidenta, cauze medicale de deces), care masoara frecventa deceselor in subpopulatii.
3. Mortalitatea proportionala (letalitatea), care reprezinta ponderea deceselor de o anumita categorie din totalul deceselor.

4. Rata standardizata a mortalitatii.
5. Raportul standardizat de mortalitate (RSM).
6. Functiile biometrice din tabelele de mortalitate.

Formulele primelor trei grupe de indicatori sunt prezentate in [anexa I-1](#).

### ***Rata standardizata a mortalitatii.***

Standardizarea mortalitatii reprezinta modalitatea de eliminare a influentei pe care o exercita structura diferita pe grupe de varsta a populatiei asupra mortalitatii. Ea permite compararea corecta a nivelurilor mortalitatii inregistrate in doua sau mai multe populatii diferite din punct de vedere structural.

Exista doua procedee clasice:

1. Metoda directa (metoda populatiei standard).

Se alege o populatie de referinta, populatia standard, cu o anumita structura pe grupe de varsta. Acestei populatii i se aplica mortalitatiile specifice pe grupe de varsta reale din fiecare zona pe care o comparam obtinandu-se astfel ratele standardizate ale mortalitatii pentru zonele respective, rate care exprima frecventa asteptata a deceselor in ipoteza in care fiecare zona ar avea aceeasi structura pe grupe de varsta, respectiv structura populatiei de referinta.

2. Metoda indirecta (metoda mortalitatii standard).

Se alege un model de mortalitate specifica pe grupe de varsta drept model de referinta, standard. Acest model se aplica la structura pe grupe de varsta reala a fiecarei zone pe care o comparam, obtinandu-se astfel frecventa asteptata a deceselor in ipoteza unui model standard de mortalitate specifica.

Aceasta metoda se recomanda a fi utilizata atunci cand se compara mortalitatea in populatii relativ mici.

**Raportul standardizat am mortalitatii** reprezinta raportul dintre numarul de decese observate si numarul de decese asteptate. El masoara excesul de mortalitate inregistrat intr-o populatie fata de un model standard de mortalitate specifica.

### ***Tabela de mortalitate.***

Reprezinta o metoda de masurare, analiza si comparare a mortalitatii. Permite calcularea unor indicatori numiti functii biometrice si care sunt urmatorii:

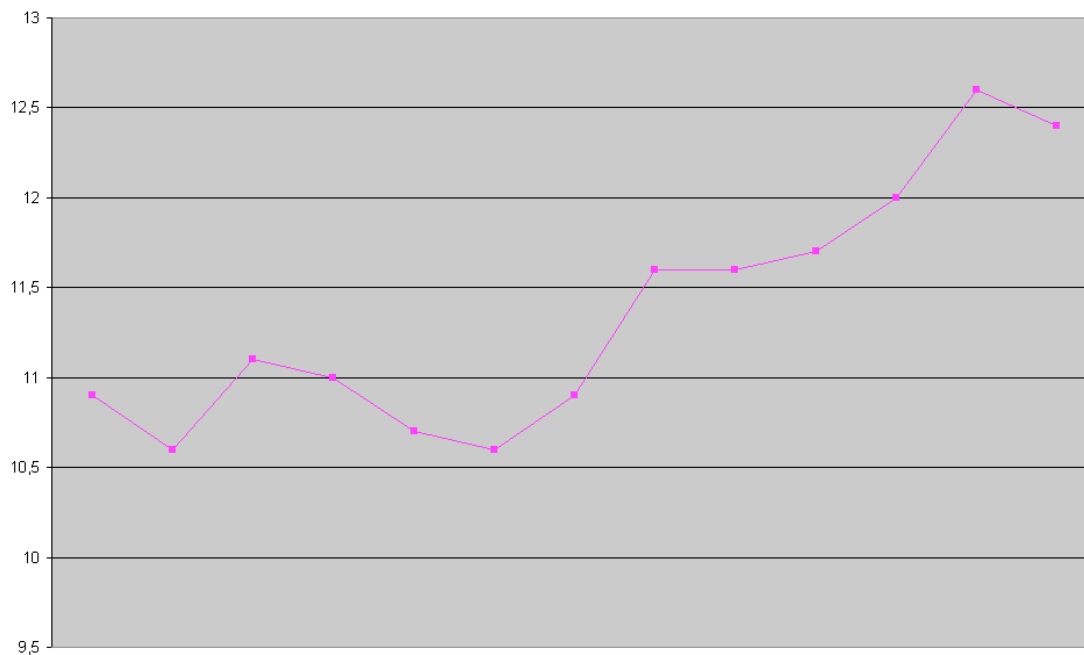
- ◆ numarul de supravietuitori -  $l_x$  sau  $S_x$
- ◆ numarul de decese -  $d_x$  - reprezinta numarul de decese inregistrate in generatia fictiva de 100.000 daca aceasta generatie ar fi fost supusa riscurilor de deces din modelul de mortalitate inregistrat in anul de calcul;
- ◆ probabilitatile de deces -  $q_x$
- ◆ probabilitatile de supravietuire -  $p_x$
- ◆ speranta de viata la diferite varste -  $e_x$

Exemplificarea standardizarii mortalitatii, a tabelii de mortalitate cu principalele notiuni precum si reprezentarea grafica a functiilor biometrice este prezentata in fisierul [lpmort.xls](#)

Speranta de viata la nastere (durata medie a vietii) -  $e_0$  reprezinta un indicator sintetic al mortalitatii si in acelasi timp al starii de sanatate. Este numarul mediu de ani pe care o persoana spera sa-l traiasca in conditiile caracteristicilor modelului de mortalitate pe grupe de varsta a populatiei din care provine persoana, pentru un anumit an.

### ***Caracteristici generale ale mortalitatii in Romania***

Evolutia mortalitatii generale in Romania intre anii 1985-1997 este prezentata in figura.



In perioada imediat postbelica mortalitatea generala a fost mare ( valori de 20 si peste 20‰ ), datorita conditiilor social-economice si sanitare nefavorabile, a secetei si epidemiilor. Ca urmare a aplicarii unor masuri cu caracter sanitar, mortalitatea cunoaste o scadere marcata ajungand sa inregistreze in 1956 valori de 9-10‰. Urmeaza o perioada de evolutie stationara in jurul valorii de 10‰ pentru ca incepand cu anul 1975 sa inregistreze o tendinta de crestere usoara ca urmare a schimbarilor survenite in structura pe grupe de varsta a populatiei - cresterea ponderii varstnicilor. In ultimii 10 ani evolutia sa este relativ stationara cu limite intre 10,4 si 11,6‰. Rata standardizata a mortalitatii situeaza Romania printre tarile europene cu cea mai mare mortalitate.

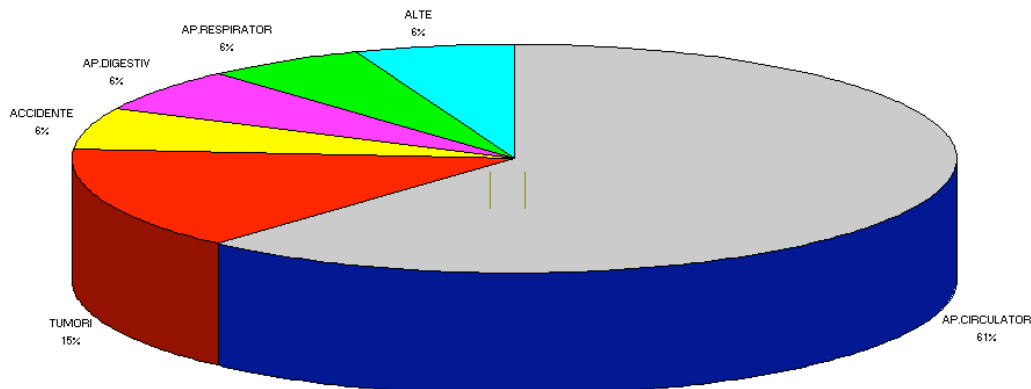
Se inregistreaza o supramortalitate masculina.

Mortalitatea creste cu varsta, ponderea deceselor la copii (0-14 ani) fiind de 2,8%, a adultilor de 30,2%, a varstnicilor (65 ani si peste) de 67%(date pentru anul 1997).

Principalele cauze de deces in 1998 au fost :

- ◆ bolile cardiovasculare - 61,7%;
- ◆ tumorile maligne - 14,6%;
- ◆ accidente, traumatisme , otraviri - 6,03%;
- ◆ bolile aparatului respirator - 5,9%;
- ◆ bolile aparatului digestiv - 5.9%.

LETALITATEA PE CAUZE - ROMANIA, 1998



Intre ultimii 30 ani se constata modificari importante in modelul mortalitatii specifice pe cauze, grupe de varsta si sexe, dintre care mentionam: reducerea ponderii deceselor prin boli respiratorii si boli infecto-contagioase in special la femei; cresterea importanta a ponderii deceselor prin tumori, in special la grupe de varsta tinere si la sexul feminin; cresterea ponderii deceselor prin accidente la barbatii tineri si a bolilor cardio-vasculare la adultul tanar si varstnic.

Distributia teritoriala a mortalitatii evidentiaza rate brute de mortalitate mari in judetele din vestul si sudvestul tarii, judete cu o populatie imbatranita. In urma standardizarii judetele identificate ca fiind judete cu o situatie defavorabila sunt : Satu-Mare, Tulcea, Bihor, Caras-Severin.

Cauzele de deces nu se distribuie in aceeasi ordine si nu au aceeasi intensitate in judete datorita ponderii diferite cu care intervin factorii de risc biologici, ambientali, comportamentali si sanitari.

Speranta de viata la nastere (durata medie a vietii ) inregistreaza in Romania, in 1988-1990, una din cele mai scazute valori din Europa: 69,56 ani ( penultimul loc). Durata medie a vietii la populatia feminina a fost cu 6 ani mai mare decat cea a populatiei masculine. Aceasta situatie se datoreste mortalitatii infantile ridicate si unei mortalitati mari la adulti de pana la 65 de ani, ca efect al acumularii unui complex de factori negativi (subdezvoltarea economica, stresul, presiunea morala si insatisfactiile personale, un stil de viata defavorabil sanatatii). Ca indicator sintetic al starii de sanatate speranta de viata la nastere prezinta valori diferite de la un judet la altul (variatii intre 67-71 ani), reflectand astfel ca si in Rmania exista inechitatea populatiei in raport cu sanatatea si serviciile de sanatate.

### ***Mortalitatea infantila***

Este definita ca fenomenul demografic al deceselor 0-1 an inregistrate in populatia de nascuti vii, intr-o perioada data de timp si intr-un teritoriu.

Reprezinta un indicator specific de masurare si descriere a starii de sanatate a copiilor si in acelasi timp este considerata ca un indice sintetic al starii de sanatate al unei populatii, pentru ca in determinarea nivelului fenomenului sunt implicati o multitudine de factori, reflectind astfel actiunea concomitenta asupra sanatatii copilului 0-1 an, atat a factorilor economico-sociali si de mediu, cit si a celor care tin de sistemul de servicii de sanatate.

#### ***Metodele utilizate in masurarea mortalitatii infantile au drept scop:***

- masurarea dimensiunii fenomenului;
- descrierea caracteristicilor mortalitatii infantile;
- identificarea factorilor de risc si cauzali care se asociaza si explica mortalitatea infantila.

**Scopul general al acestor metode:** elaborarea unor masuri (strategii) de interventie in vederea ameliorarii si controlului mortalitatii infantile.

**Sursa datelor necesare masurarii, descrierii si analizei mortalitatii infantile** poate fi reprezentata de:

- datele de statistica demografica curenta (prelucrarea informatiilor din certificatele medicale constatatoare ale mortii si certificate medicale constatatoare ale nasterii);
- datele de statistica sanitara curenta (prelucrarea informatiilor din fisele deceselor 0-1 an);

-anchetele medico-sociale special elaborate.

Studiul mortalitatii infantile, la fel ca si in cazul celorlalte fenomene demografice, se poate realiza intr-o maniera transversala, de moment (un an calendaristic) sau intr-o maniera longitudinala (studiu pe o generatie).

Metodele utilizate sunt de esenta epidemiologica si pot fi anchetele descriptive, analitice si operationale, de interventie.

Anchetele epidemiologice descriptive permit evidentierea unor diferentieri ale mortalitatii infantile in functie de o serie de caracteristici personale, de timp si de loc. Ele raspund, deci, la intrebarile:

-“la cine” apar decesele 0-1 an (descrierea fenomenului in functie de virsta la deces a copilului, de sex, de mediu de rezistenta, de rang, de greutate la nastere, de cauza medicala a decesului, etc.);

-“cind” apar decesele 0-1 an (descrierea fenomenului in timp);

-“unde” apar decesele 0-1 an (descrierea distributiei geografice, teritoriale a fenomenului).

Deci anchetele epidemiologice descriptive permit masurarea nivelului fenomenului, evaluarea tendintei, identificarea teritoriilor in care fenomenul inregistreaza o evolutie deosebita, determinarea frecventei factorilor cunoscuti ca fiind asociati unui risc crescut de deces 0-1 an, elaborarea unor ipoteze epidemiologice.

Anchetele epidemiologice analitice permit verificarea asociatiilor epidemiologice intre factorii considerati (de risc) si decesul sub 1 an, ele raspunzind la intrebarile “cum”, “de ce” s-au produs decesele 0-1 an.

Aceste anchete pot fi anchete de tip prospectiv (pe cohorta) sau anchete de tip retrospectiv (caz-control). In cazul mortalitatii infantile, ancheta analitica este de fapt o ancheta pe o generatie, deoarece atit in abordarea prospectiva cit si in cea retrospectiva, populatia luata in studiu este reprezentata de nascutii vii ai unui an calendaristic.

Pe baza datelor obtinute din anchetele epidemiologice analitice se poate masura:

- 1.riscul de deces infantil la copiii expusi actiunii unui factor de risc;
- 2.riscul de deces infantil la copiii expusi unui factor de risc fata de cei ce nu sunt expusi (riscul relativ);
- 3.cu cit este mai mare riscul de deces infantil la copiii expusi actiunii factorului de risc fata de cei neexpusi (riscul atribuibil);
- 4.impactul actiunii unui factor de risc in populatie prin calcularea fractiunii atribuibile, cu alte cuvinte cit i se poate atribui unui factor de risc in nivelul mortalitatii infantile la generatia de nascuti vii studiata.

Anchetele operationale, de interventie permit evaluarea eficacitatii unor strategii (programe) de interventie care au drept scop reducerea mortalitatii infantile.

## *Principalii indicatori de masurare a mortalitatii infantile*

### **1.Rata de mortalitate infantila:**

$$RM_{0-1} = \frac{D_{0-1}}{N} \times 1000$$

unde:  $D_{0-1}$ -decedatii 0-1 an dintr-un an calendaristic si un teritoriu dat

$N$ -nascutii vii din acelasi teritoriu si an calendaristic

### **2.Rata de mortalitate infantila pe medii:**

$$RMI_{U,R} = \frac{\text{Decese 0-1an din U,R}}{\text{Nr.nascuti vii din U,R}} \times 1000$$

### **3.Rata de mortalitate infantila pe sexe:**

$$RMI_{M,F} = \frac{\text{Decese 0-1an din M,F}}{\text{Nr.nascuti vii din M,F}} \times 1000$$

### **4.Ratele de mortalitate infantila in functie de virsta la deces:**

$$RM_{\text{neonatala precoce}} = \frac{\text{Decese 0-6zile}}{\text{Nr.nascuti vii}} \times 1000$$

$$RM_{\text{neonatalatardiva}} = \frac{\text{Decese 7-27zile}}{\text{Nr.nascuti vii}} \times 1000$$

$$RM_{\text{neonatala}} = \frac{\text{Decese 0-27zile}}{\text{Nr.nascuti vii}} \times 1000$$

$$RM_{\text{postnecnatala}} = \frac{\text{Decese 28-364 zile}}{\text{Nr.nascuti vii}} \times 1000$$

$$RM_{\text{perinatala}} = \frac{\text{Nascuti morti+decese 0-6 zile}}{\text{Nr.nascuti vii}} \times 1000$$

## 5.Rata de mortalitate infantila pe cauze:

$$R_{sp}M_{0-1} = \frac{\text{Nr.decese 0-1an datorate unei cauze}}{\text{Nr.nascuti vii in acea perioada}} \times 1000$$

### *Factorii de risc ai mortalitatii infantile*

Conditionarea multifactoriala a mortalitatii infantile a impus clasificarea factorilor de risc.

Dintre clasificarile intilnite in literatura de specialitate retinem clasificarea intr-o viziune sistemica, clasificare convenabila atat pentru practica curenta cit si pentru cercetare.

Aceasta clasificare tine seama de integrarea biosistemului mama-copil in alte biosisteme: familia, populatia, mediul (fizic si social), fiecare nivel de integrare necesitind interventia unui sector social.

### **1. Biosistemul mama-copil:**

#### *Factori endogeni:*

-care tin de mama:

- virsta (sub 19 ani, peste 35 ani);
- paritate;
- avorturi in antecedente;
- patologie generala si obstetricala;
- accidente in timpul nasterii;
- interventii obstetricale.

-care tin de copil:

- greutate mica la nastere;
- sexul masculin;
- rangul nou-nascutului;
- virsta (primul trimestru);
- handicapuri biologice (malnutritie, rahitism, anemie, malformatii, infectii in interferenta cu factori exogeni).

#### *Factori exogeni:*

- intoxicatii;
- accidente;
- factori de mediu (inclusiv asistenta medicala).

## **2. Factorii care tin de familie:**

- starea civila a mamei (mama celibatara);
- familie dezorganizata;
- nivelul scazut de instructie;
- venitul familiei;
- conditii de locuit nesatisfacatoare;
- familii cu domiciliul nestabil;
- alcoolismul;
- vagabondajul;
- tinerele familiei in primul an de la constituirea lor.

## **3. Factori demografici:**

- variatii in evolutia natalitatii si a fecunditatii;
- planificarea familiala.

Pentru Romania, pentru o perioada de 55 ani, coeficientul de corelatie a rangurilor intre mortalitatea infantila si rata bruta de natalitate a aratat o corelare destul de strinsa ( $r=0.54$ ).

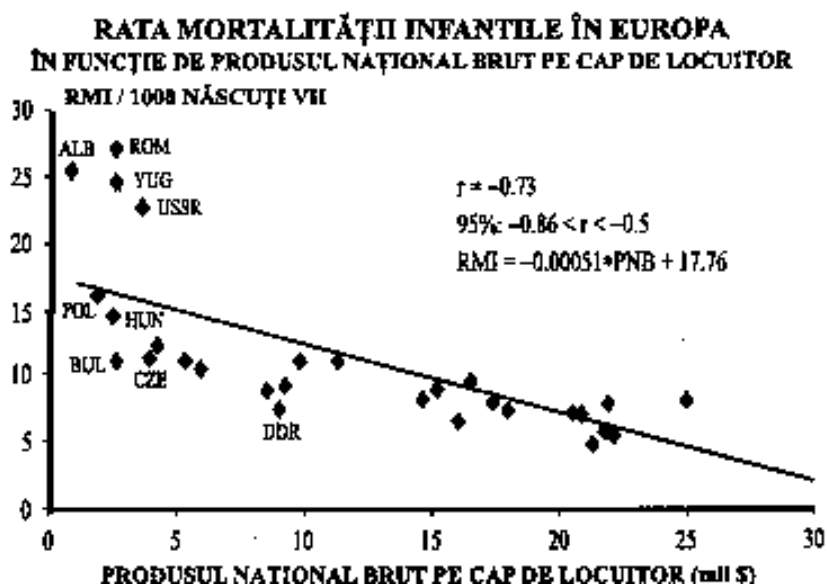
## **4. Factori economico-sociali si de mediu.**

## Caracteristici epidemiologice ale mortalitatii infantile in romania

### 1. Nivelul si evolutia mortalitatii infantile

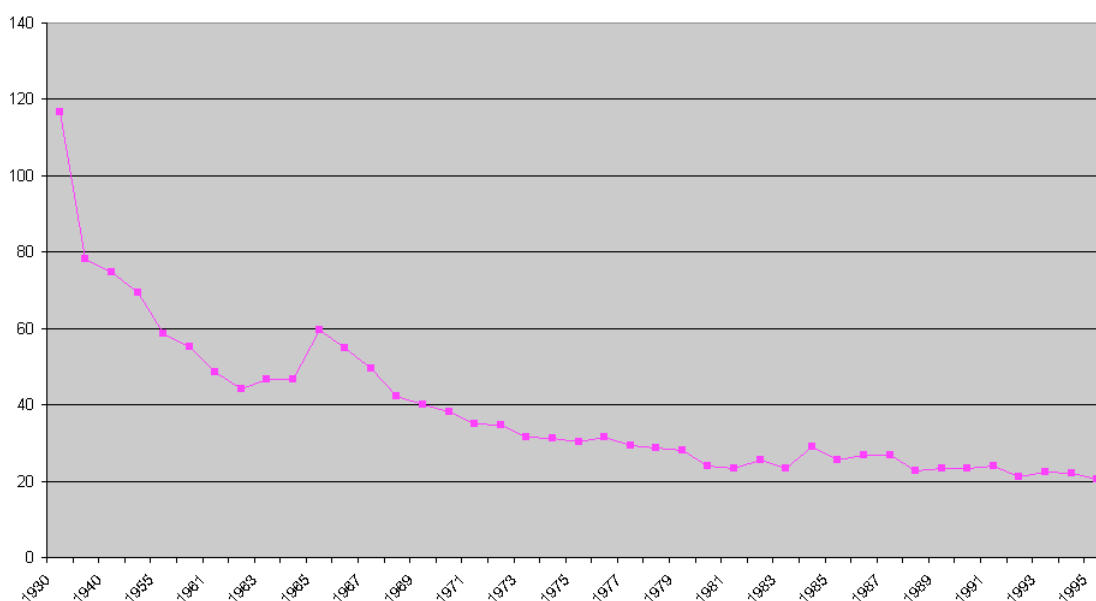
In functie de nivelul mortalitatii infantile, Romania se situeaza pe unul din ultimele locuri printre tarile europene.

Analiza regresiei ratei de mortalitate infantila in raport cu produsul national brut pe cap de locuitor si cu ponderea cheltuielilor pentru sanatate alocate din produsul national brut arata ca Romania are o situatie mai nefavorabila decat tarile cu nivel al produsului national brut pe cap de locuitor aproximativ egal cu al ei.



Mortalitatea infantila a inregistrat un ritm rapid de scadere dupa al doilea razboi mondial pina in 1965, cind ritmul de reducere s-a incetinit mult.

Trendul mortalitatii infantile in Romania



In 1990 valoarea ratei de mortalitate infantila a fost de 26,9‰ la nivelul tarii, cu oscilatii intre 15,9‰ si 46,5‰ la nivelul judetelor, iar in 1992 rata a scazut la 23,4%. Tendinta de scadere s-a mentinut, in 1998 mortalitatea infantila a atins nivelul de 20,5‰.

## **2. Distributia in profil teritorial**

Mortalitatea infantila este mai mare in mediul rural ca urmare a particularitatilor caracteristice acestui mediu.

Judetele cu probleme deosebite sunt: Ialomita, Botosani, Calarasi, Constanta.

## **3. Mortalitatea infantila**

3.1. *pe sexe*: se inregistreaza o supramortalitate masculina.

3.2. *pe grupe de virsta*: se inregistreaza o structura specifica modelului tarilor in curs de dezvoltare, caracterizat prin riscuri mari de deces. Astfel, predomina mortalitatea postneonatala (aproximativ 70% din totalul deceselor infantile se produc dupa implinirea virstei de o luna).

## **4. Principalele cauze de deces infantil sunt:**

- ◆ bolile respiratorii;
- ◆ cauze perinatale;
- ◆ malformatii congenitale;
- ◆ bolile infecto-parazitare;
- ◆ bolile digestive;
- ◆ accidente.

Decesele sub 1 an sunt favorizate de prematuritate, de malnutritie protein-calorica si de factori socio-economici si culturali.

## *Conceptul de planificare familială*

### **Obiective pedagogice:**

- să cunoască conceptul de planificare familială;
- să cunoască factorii care influențează atitudinea față de planificarea familială
- să cunoască factorii care determină calitatea produsului de concepție
- să cunoască obiectivele strategiei naționale de planificare familială
- să cunoască obiectivele de calitate în planificarea familială

**Planificarea familială reprezintă determinarea conștientă de către familie a numărului de copii și eșalonarea în timp a nașterilor.** Planificarea familială este una dintre ramurile medico-socialului; ea oferă posibilitatea exercitării unui drept fundamental uman și anume alegerea momentului optim în vederea concepției. Alegerea acestui moment este dependentă de o serie de factori:

- sociali (de exemplu căsătoria)
- economici (existența/inexistența unei locuințe, venituri)
- religioși
- de sănătate (spațializarea nașterilor).

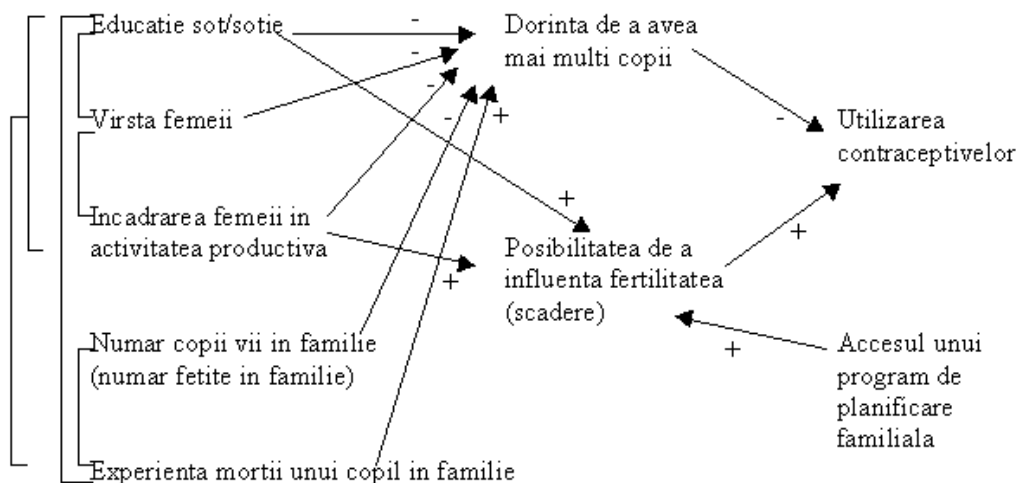
Fiecare familie are dreptul să-și stabilească numărul de copii dorit și momentul apariției acestora, în același timp trebuind să fie conștientă de obligațiile și răspunderile pe care le are față de copil.

În dezvoltarea conceptului de planificare familială există două momente:

- în primul moment societatea și cei care se ocupau cu dezvoltarea socială și a sistemului de sănătate au constatat că numărul populației crește excesiv de mult, creștere care exercită presiuni mari asupra societății și a familiei. Au apărut primele tendințe în planificarea familială: reducerea numărului de copii în familie, deci eșalonarea nașterilor. Acest aspect reprezintă în primul rând o problemă a societății și în al doilea rând o problemă a familiei.
- al doilea moment este reprezentat de îndreptarea atenției spre tratamentul sterilității pentru a da posibilitatea familiei să aibă numărul de copii dorit. Acest aspect este în primul rând o problemă a familiei și în al doilea rând o problemă a societății.

Atitudinea familiilor față de planificarea familială le poate împărți în: familii de tip malthusian (care aplică planificarea familială) și familii de tip nemalthusian (care nu aplică planificarea familială).

OMS a elaborat un model ce cuprinde principalii factori care influențează atitudinea față de planificarea familială și inter-relațiile acestor factori :



Legenda:

- existenta unei corelatii
- + relatie pozitiva (cauza-efect)
- relatie negativa (cauza-efect)

Planificarea familială este importantă pentru viitorul țării și pentru viitorul lumii, cu toții dorim să avem copii sănătoși, deștepți și frumoși. O națiune este mai ales ceea ce sunt și vor deveni copiii ei, grija arătată și condițiile oferite acestor copii, de la nașterea lor până în pragul maturității. Este și mai bine când componenta medicală a societății, sau mai bine zis, o parte a ei, își asumă responsabilitatea sănătății reproducerii și a calității produsului de concepție. Determinarea calității produsului de concepție ține cont de numeroși factori umani, sociali și economici, subiectivi sau obiectivi:

- dreptul fundamental al femeii de a alege momentul concepției în funcție de motivațiile proprii (sociale, religioase, economice).
- spațializarea nașterilor: o sarcină reprezintă un efort din partea organismului matern, o suprasolicitare, cu un consum suplimentar de substanțe nutritive minerale și vitamine. Ca atare este necesară o reglare conștientă a frecvenței nașterilor și a timpului scurs între două nașteri succesive. Timpul minim necesar între două nașteri este de doi ani, în caz contrar pot apare două situații nedorite: creșterea mortalității infantile (punctul minim este atins de rata mortalității infantile atunci când intervalul dintre două nașteri succesive este de 4 ani) sau /și creșterea mortalității materne (aici există influențele spațializării nașterilor și a vârstei mamei; s-a observat că rata maximă de mortalitate maternă se atinge în cazul femeilor sub 20 de ani și a celor ce depășesc 35 de ani, cu trei sau mai mulți copii, precum și pentru femeile cu sarcini la un interval intergenezic mai mic de 2 ani.
- evitarea sarcinilor nedorite
- evitarea și scăderea numărului întreruperilor voluntare de sarcină

- sfatul contraceptiv (consiliere) oferit fiecărei persoane care îl solicită, indiferent de sex, rasă sau credință religioasă.
- sănătatea reproductivă a cuplului în general, a femeii în special prin depistarea patologiei aparatului reproductiv, diagnosticul tratamentul și momentul unei eventuale și necesare abordări chirurgicale
- prevenirea, diagnosticul și tratamentul bolilor cu transmitere sexuală (BTS).
- screening-ul citologiei colpo-cervicale
- diagnosticul și urmărirea sarcinii
- diagnosticul și consilierea adecvată partenerilor cu tulburări de dinamica și partenerilor cu tulburări de sensibilitate sexuală.
- activități de educație sexuală și contraceptivă prin toate căile și toate mediile sociale existente.

Toți acești factori, aceste scopuri și manopere medicale, se reîntâlnesc sub denumirea generică de planificare familială – concept modern în lumea medicală internațională, din păcate de multe ori minimalizat în cea românească.

În România planificarea familială a intrat în drepturile sale din anul 1990, dar numărul de avorturi chiar dacă a scăzut semnificativ rămâne mare (se înregistrează mai mult de 250.000 avorturi/an). Informații privind numărul avorturilor și ratele de mortalitate maternă sunt prezentate în tabelul următor:

	1989	1990	1992	2001
Mortalitatea maternă (la ‰ născuți vii)	1.7	0.83	0.60	0.34
Mortalitatea maternă prin avort (la ‰ născuți vii)	1.48	0.55	0.38	0.16
Avorturi (la ‰ născuți vii)	525.5	3152.59	2657.0	1165.5
Număr total de avorturi	193084	992265	691863	254855

### ***Cadrul legal și evoluția planificării familiale***

După 1989, a fost instituit un Program Național de Planificare familială fundamentat pe două elemente principale:

- ◆ relația existentă între avortul ilegal și un nivel ridicat al morbidității și mortalității la femei, precum și numărul mare de copii abandonați și handicapați.
- ◆ recunoașterea dreptului familiei de a stabili numărul de copii pe care și-l dorește.
- ◆ Temeiul legal pentru desfășurarea activităților de planificare familială:
- ◆ Ordinul nr. 136 al MS privind înființarea centrelor și cabinetelor de planificare familială precum și aprobarea normelor de organizare și funcționare a acestora.
- ◆ Legea nr.1007/1998 privind asistența de sănătate publică.
- ◆ Hotărârea Guvernamentală nr.1512 din 1871272002 pentru aprobarea contractului cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate.

- ◆ Ordonanța de urgență 15072002 privind organizarea și funcționarea sistemului de asigurări sociale de sănătate.
- ◆ Ordinul MS nr. 20 din 1670172003 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a contractului cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului asigurărilor sociale de sănătate.
- ◆ Ordinul nr. 85/2002 al MSF și al președintelui CNAS pentru aprobarea subprogramelor de sănătate și a normelor metodologice privind finanțarea, raportarea și controlul indicatorilor prevăzuți în programele, respectiv în subprogramele de sănătate finanțate din bugetul MSF și din bugetul Fondului de asigurări sociale de sănătate.

În ultimii ani politica Guvernului a acordat mai multa atenție sănătății familiei și acest fapt s-a reflectat în importanța dată programelor de promovare a sănătății familiei. În anul 2001 au existat mai multe programe naționale care au avut ca scop îmbunătățirea stării de sănătate a mamei și copilului, dintre care cel mai important a fost Programul nr.12 de planificare familială și protecție a stării de sănătate a mamei și copilului (PN12) cu 22 de subprograme distincte. Programul 12 a urmărit reducerea numărului de sarcini nedorite prin oferirea de servicii de planificare familială și reducere a morbidității și mortalității infantile și materne prin abordarea principalelor probleme de sănătate ale femeii și copilului. În ceea ce privește planificarea familială, subprogramele respective au avut ca scop creșterea numărului de femei cu vârste între 16-45 ani utilizatoare de metode contraceptive și reducerea numărului de sarcini nedorite și a avorturilor la cerere precum și diagnosticul precoce al infertilității de cuplu. Printre obiectivele PN 12 s-au numărat:

- ◆ oferirea de servicii de planificare familială tuturor femeilor care solicită acest lucru, inclusiv celor care nu pot dovedi calitatea de asigurat.
- ◆ distribuirea de contraceptive prin mecanism central și local.
- ◆ efectuarea de către medicii de planificare familială a activităților de informare, educare, comunicare, formare profesională, cercetare, coordonare a activităților de planificare familială. PN12 a fost finanțat de la bugetul de stat și din donații și a avut drept indicatori: indicatori fizici (număr de utilizatori noi pe metode contraceptive, numărul de fișe de contracepție tipărite, numărul de registre zilnice de activitate tipărite).
- ◆ indicatori de rezultat (numărul de unități de contracepție distribuite pentru fiecare metoda și numărul de persoane instruite să ofere servicii de contracepție)
- ◆ indicatori de eficiență (costul mediu/utilizator de contracepție și costul mediu/persoana instruită să ofere servicii de contracepție).

Pentru ca sănătatea reproducerii și cea a sexualității reprezintă priorități majore ale OMS, în anul 2002 MS a lansat și în România o strategie pe termen lung 2002-2006. Astfel din anul 2002 numărul programelor naționale de sănătate s-a redus la 4, iar programul de sănătate a Copilului și Familiei se numără printre acestea, iar pentru fundamentarea deciziilor referitoare la prioritățile intervențiilor și activităților a

fost propusă constituirea unui grup consultativ pentru sănătatea femeii, copilului și familiei alcătuit din reprezentanți ai MS, CNAS, Institutul de Ocrotire a Mamei și Copilului, Institutul de Sănătate Publică București, Autoritatea Națională pentru Protecția Copilului și Adopție.

Unul dintre scopurile Programului de Sănătate a Copilului și Familiei (PN3) este reducerea numărului de sarcini nedorite prin oferirea de servicii de planificare familială, reducerea morbidității și mortalității infantile și materne prin abordarea principalelor probleme de sănătate a femeii și copilului. Dintre obiectivele strategice pe termen lung au fost propuse: creșterea prevalenței utilizării metodelor moderne de contracepție, scăderea numărului de avorturi, scăderea incidenței BTS, creșterea gradului de informare a populației cu privire la metodele de prevenirea afecțiunilor specifice majore ale femeii și copilului, implementarea serviciilor de asistență comunitară ca interfață între serviciile medicale și sociale și armonizarea cadrului legislativ referitor la sănătatea copilului și familiei în conformitate cu cerințele Uniunii Europene. În cadrul domeniilor de sănătatea reproducerii și informare – educare – comunicare (IEC) sunt specificate următoarele intervenții:

- ◆ Consolidarea asistenței medicale primare pentru furnizarea serviciilor de sănătate a reproducerii în strânsă legătură cu serviciile de specialitate prin:
  - ◆ instruirea și perfecționarea personalului medical din asistența medicală primară și de specialitate.
  - ◆ îmbunătățirea comunicării între nivelurile național – local – furnizori prin întâlniri periodice trimestriale.
  - ◆ procurarea și distribuția de contraceptive gratuite și cu plată
  - ◆ tipărirea și distribuția de fișe și formulare specifice (fișe de contracepție, registre zilnice de activitate și formulare de raportare)
- ◆ Îmbunătățirea gradului de informare a populației și furnizorilor cu privire la metodele moderne de contracepție prin elaborarea și prezentarea de materiale informative (afișe, pliante, broșuri, cărți) și distribuția materialelor mai sus menționate.

În ceea ce privește sănătatea reproducerii, mai sunt prevăzute și următoarele: prevenirea cancerului de col uterin prin depistarea activă precoce în asistența medicală primară și centre specializate, profilaxia patologiei reproducerii umane prin fundamentarea și organizarea unei rețele de centre de diagnostic pre și postnatal precum și informarea colectivităților de copii și adolescenți cu privire la promovarea unui comportament sanitar și social sănătos.

Aceasta strategie vizează distribuția de contraceptive gratuite nu numai prin cabinetele de planificare familială, al căror număr este limitat și nu poate acoperi întreaga populație- mai ales din mediul rural-ci și prin cabinetele medicilor de familie, ceea ce constituie o noutate. Contraceptivele gratuite se acordă persoanelor din următoarele categorii: șomere, eleve și studenți, persoane care fac parte din familii beneficiare de ajutor social, precum și altor categorii de persoane fără venituri și care prezintă dovezi în acest sens. De asemenea, ca o noutate, ele se acordă tuturor femeilor cu domiciliul stabil în mediul rural și

femeilor care efectuează un avort la cerere într-o unitate sanitară publică. Toate contraceptivele sunt preparate moderne eficiente și lipsite de efecte nocive, din categoria contraceptivelor orale, injectabile și a dispozitivelor intrauterine.

O altă noutate importantă este reprezentată de introducerea pentru prima oară a contraceptivelor orale și injectabile în lista medicamentelor compensate, acest fapt contribuind la creșterea accesului femeilor la contracepție.

În paralel cu achiziția și distribuția de contraceptive gratuite, strategia MS include și instruirea continuă a medicilor de familie în programe de planificare familială, astfel încât aceștia să își actualizeze cunoștințele despre contracepția modernă. O componentă importantă în curs de definire este reprezentată de sistemul de evaluare și control al calității serviciilor de planificare familială.

Acest program de contracepție reprezintă primul program integrat în domeniul sănătății femeii, care încorporează toate nivelele asistenței medicale până la nivelul asistenței primare, care include aspecte de instruire, logistică, evaluare și care beneficiază de finanțare combinată din partea MSF și a principalilor donatori internaționali activi în domeniu.

### ***Rolul medicului în planificarea familială***

Medicii sunt în prima linie a programelor de Planificare familială, având o serie de atribuții în organizarea, administrarea și furnizarea acestor servicii. Există diferențe foarte mari în abordarea practică a serviciilor de Planificare familială de către medici, diferențe determinate în special de țările sau regiunile în care se desfășoară acestea.

- ◆ De exemplu, în țările în care raportul între numărul de medici și populație este foarte mic, furnizarea de servicii și consilierea privind contracepția orală și metodele contraceptive de barieră pot fi delegate unui alt personal sanitar (asistente, moașe, infirmiere sau personal paramedical). În numeroase țări în care activitățile de Planificare familială se desfășoară pe baza comunitară se face apel la un personal paramedical, care a urmat o pregătire specială pentru a putea furniza anumite servicii în domeniu.
- ◆ De asemenea în aceste regiuni medicul de Planificare familială este abordat în cazurile în care există unele contraindicații relative privind administrarea uneia sau alteia dintre metodele contraceptive, la apariția unor efecte secundare ale acestora, pentru furnizarea metodelor contraceptive chirurgicale (sterilizare masculină și feminină), inserție dispozitiv intra uterin (DIU), cât și formarea personalului medical și paramedical în vederea furnizării de consiliere și alte servicii.
- ◆ Inserția DIU în unele țări a fost în mod eficient delegată și altui personal sanitar pregătit în acest sens.
- ◆ În afara de implicarea în acordarea serviciilor de Planificare familială, medicul are un rol deosebit de important în promovarea conceptului la toate nivelele atât prin asigurarea consilierii cuplurilor sau individual, cât și prin mass-media. În acest sens el are o poziție ideală pentru a furniza

informații privind avantajele ce rezidă din temporizarea unei prime sarcini, spațializarea nașterilor, reducerea numărului de copii născuți de o singură femeie la 3 sau mai puțin, și dacă se poate întreruperea sarcinilor peste vârsta de 35 de ani.

- ◆ În același timp rolul medicului trebuie să fie activ, concret și coerent, încercând în permanență să convingă factorii decizionali sociali și politici asupra importanței planificării familiale și necesității asigurării de servicii de calitate, bine organizate și conduse.
- ◆ Un alt rol important al medicului în cadrul serviciilor de planificare familială, este administrarea lor. În multe situații medicul este cel care trebuie să organizeze o clinică de planificare familială, să hotărască un plan de activitate, să împartă în mod judicios un buget, să supravegheze munca personalului sanitar din subordine, inclusiv o corectă evidența a fișelor și a datelor statistice referitoare la clienți.

Toate aceste sarcini expuse anterior sunt așa cum am amintit, foarte diferite de la o regiune la alta, de la o țară la alta, în funcție de o serie de factori: raportul dintre numărul de medici și populație, gradul de acceptabilitate a procedurilor de Planificare familială și gradul de civilizație al populației, gradul, nivelul și calitatea programelor și serviciilor de planificare familială în țara respectivă, interesul eșaloanelor sanitare superioare cu privire la aspectele privind planificarea familială în teritoriu, etc..

În România, în linii mari, rolul medicului în activitatea de planificare familială este același și anume: diagnosticul clinic și de laborator al sarcinii cu îndrumarea adecvată spre dispensarizare și consultație prenatală sau spre serviciul de întrerupere a sarcinii; stabilirea diagnosticului și tratamentul sterilității și infertilității; desfășoară activități de profilaxie, diagnostic și tratament al bolilor cu transmitere sexuală; se implica în crearea și derularea de programe de screening pentru depistarea cancerului genito-mamar; diagnosticul și tratamentul bolilor inflamatorii pelvine.

- ◆ De asemenea un rol deosebit de important îi revine în cadrul consultației contraceptive, insistând asupra informării privind importanța planificării sarcinii, informarea în vederea alegerii metodei contraceptive, prescriind și aplicând contracepția hormonală, cea locală sau metode naturale și supraveghind ulterior evoluția pacientei, în funcție de metoda utilizată pe baza fișelor tip, specifice acestor cabinete.
- ◆ Un rol deosebit de important, îl are medicul în rezolvarea patologiei sexuale de cuplu.

În afara activității de asistență medicală menționată, medicul are de efectuat o serie de acțiuni de informare, educare și consiliere în probleme de sănătatea reproducerii umane, acțiuni desfășurate la modul individual, de cuplu, sau grupuri mici.

Este de dorit ca această activitate să se desfășoare în unitățile de învățământ de toate nivelele în mass-media, sau focalizate pe unele grupuri țintă, scopul fiind cel al transmiterii și răspândirii informațiilor

corecte și coerente privind sănătatea reproducerii în general și planificarea familială în special, în vederea creșterii acceptabilității contracepției, având ca rezultat scăderea numărului de avorturi la cerere și a sarcinilor nedorite în general.

### **Avantaje și limite în planificarea familială**

Atât din punct de vedere teoretic, cât și practic, planificarea familială se situează undeva la limita dintre medical și social . În această activitate complexă sunt implicați medici de medicină generală, de medicină școlară și, uneori, chiar și psihiatrii, asistenți medicali, psihologi, profesori, asistenți sociale, juriști etc.

Necesitatea acestei variate palete de specialiști este dată de complexitatea problemelor la care planificarea familială e obligată să le găsească rezolvare la un nivel calitativ cât mai ridicat. „Umbrela planificării familiale” acoperă: contracepția, prevenirea, diagnosticul și tratamentul BTS, scăderea morbidității și mortalității materno-infantile, scăderea și prevenirea abandonului, consilierea psiho-sexuală, consilierea pentru tineri, avortul, sterilizarea voluntara, infertilitatea/ sterilitatea, sfatul genetic, consultul prenuțial, adopție, aspecte psihologice.

Figura - Umbrela planificării familiale



Consecințele la nivel mondial ale lipsei unor servicii adecvate de sănătate a reproducerii (incluzând pe lângă servicii de planificare familială și îngrijirea obstetricală de urgență, asistența medicală pe durata sarcinii și lăuziei, etc.) pot fi extrem de grave. Astfel la fiecare minut o femeie moare din cauze legate de sarcina, zilnic 14.000 de persoane se infectează cu HIV, anual mor 500.000 de femei și 7 milioane de nou născuți. Pe planetă trăiesc astăzi aproximativ 6 miliarde de oameni și există posibilitatea ca acest număr să crească cu 50% în următorii 50 de ani. Alegerile făcute astăzi de oameni vor avea un impact major pentru

sănătatea planetei. În România se constată o reducere a populației prin natalitate scăzută, prin o mortalitate care se menține peste nivelele europene și prin emigrație. Dacă se dorește un spor al natalității în țara noastră – copiii doriți rezultați din cupluri legal constituite – principala soluție este combaterea sărăciei și îndreptarea mai multor resurse către femei și sănătatea reproducerii.

În ceea ce privește limitele planificării familiale trebuie consemnat că lipsa informațiilor despre serviciile de planificare familială poate constitui un handicap important pentru ca populația să se adreseze acestor servicii (este nevoie de informare, educare și comunicare în acest domeniu). O altă limită a planificării familiale poate fi considerată ca fiind prețul contraceptivelor. Un pas important a fost făcut oferindu-se gratuit contraceptivele categoriilor sociale defavorizate.

### ***Calitatea serviciilor de planificare familială***

Milioane de femei și bărbați din întreaga lume nu au acces la servicii de planificare familială de înaltă calitate. O înaltă calitate a serviciilor de planificare familială înseamnă:

- ◆ pacientului îi este dat un grad suficient de informație, de bună calitate, despre planificarea familială astfel încât poate face cea mai bună alegere pentru el;
- ◆ să existe o gamă largă de metode disponibile pentru pacient;
- ◆ pacientul să-și permită financiar metodele de planificare familială;
- ◆ persoanele care oferă serviciile de planificare familială să fie competente;
- ◆ interacțiunea dintre pacient și cel care oferă serviciile să fie de calitate (adică participarea deplină a pacientului în luarea deciziei asupra alegerii metodei de contracepție, iar persoana care oferă serviciile să îl ajute pe pacient cu respect, fără a-l judeca, oferindu-i suportul moral necesar);
- ◆ să existe o bună urmărire și continuitate a îngrijirilor în domeniul planificării familiale; serviciile de planificare familială să fie integrate sau foarte apropiate de alte servicii de sănătate a reproducerii;
- ◆ serviciile de informare, educare și comunicare să fie integrate în serviciile de sănătate a reproducerii și să constituie suportul pentru îmbunătățirea programelor de sănătate a reproducerii;
- ◆ serviciile de planificare familială să ofere servicii de prevenție a BTS.
- ◆ Considerații despre implicarea femeilor în creșterea calității serviciilor de sănătate a reproducerii

Una dintre lecțiile învățate în toate sectoarele dezvoltării este importanța încorporării perspectivei femeii în planificările programelor și politicilor. Această lecție are implicații profunde în sfera sănătății reproducerii precum și în informarea, educația și comunicarea din acest domeniu. Să ascuți femeia, să o incluzi în planificarea, implementarea și luarea deciziilor, să aplici realitățile vieții ei de zi cu zi, sunt fațete ale succesului intervențiilor privind sănătatea reproducerii. Trebuie cunoscute prioritățile și nevoile femeii în toate aspectele vieții, fără subiectivism și fără prejudecăți. Temele despre sexualitatea umană, spațierea nașterilor, concepție, avort, contracepție, practici ale nașterii, evenimentele obstetricale sunt teme sensibile și personale. Femeile au nevoie să simtă că atitudinile lor, valorile, experiențele și convingerile le sunt respectate. Mesajele despre sănătatea reproducerii trebuie să se adreseze femeii ca femeie, nu doar, de exemplu, femeii gospodină, ci femeii ca membră adultă a familiei și comunității. Programele de informare,

educare și comunicare (IEC) în domeniul sănătății reproducerii, destinate femeii, trebuie să fie accesibile pentru ele, iar informațiile nu trebuie să fie simpliste sau condescendente. Aspectele sănătății reproducerii trebuie să fie în concordanță cu ciclul vieții și cu fiecare aspect din viața femeii.

Considerații despre implicarea bărbaților în creșterea calității serviciilor de sănătate a reproducerii

Este un lucru deja înțeles ca sănătatea reproducerii are nevoie de suportul și participarea bărbaților. Bărbații, în calitate de parteneri, lideri ai comunității sau lideri guvernamentali trebuie să fie implicați în programele de sănătate a reproducerii. Este important să se știe ce vor bărbații și ce nevoi au în legătură cu planificare familială și sănătatea reproducerii. Creșterea participării bărbaților în programele de planificare familială trebuie să înceapă cu înțelegerea punctului lor de vedere și cu perceperea nevoilor lor distincte de cele ale femeilor. Stereotipia de “macho man” este contraproductivă și limitează accesibilitatea la informație; în același timp nu trebuie uitat potențialul bărbaților de a influența negativ luarea deciziilor de către femei. Este bine știut că multe femei simt că trebuie să folosească contracepția fără să vorbească cu partenerii lor, chiar și în prezența unui consilier, pentru că se tem de represalii.

Bărbații au în promovarea propriei sănătăți a reproducerii un rol tot atât de important ca cel al femeilor sau tinerilor. Toate țările trebuie să înțeleagă faptul că, bărbații, dacă sunt corect informați pot servi drept „agenți” care să aducă și să convingă femeile să accepte și să practice planificarea familială. Implicarea bărbaților în sănătatea reproducerii aduce rezultate benefice în ceea ce privește prevenția BTS.

Dezvoltarea serviciilor de IEC în domeniul sănătății reproducerii având drept țintă bărbații a crescut numărul bărbaților care-și însoțesc partenerile la consulturile antenatale și postnatale. În multe țări, în maternități se amenajează spații speciale pentru partenerii femeilor care sunt în travaliu și nasc. Dacă bărbaților le sunt oferite servicii de sănătate sexuală mai comprehensive nu numai că vor apela la aceste servicii mai frecvent pentru temerile și nevoile lor, dar vor fi mult mai deschiși la ideea altor intervenții în domeniul sănătății reproducerii, cum ar fi implicarea bărbaților pentru a îmbunătăți sănătatea femeii sau responsabilitatea pentru un comportament sexual sănătos.

Considerații despre implicarea tinerilor în creșterea calității serviciilor de sănătate a reproducerii

Proiectele de sănătate a reproducerii pentru tineri pot fi controversate. Părinților, politicienilor sau grupurilor religioase le este teamă că discuția despre sexualitate, planificare familială sau oferirea de servicii de contracepție încurajează promiscuitatea sau grăbesc sexul premarital. Datorită sensibilității subiectului, astfel de proiecte trebuie începute la o scară mai mică și apoi extinse, încetul cu încetul și trebuie să implice tinerii în calitate de designeri, implementatori și purtători de cuvânt.

## *SĂNĂTATEA FAMILIEI*

### **Obiective educationale:**

- **definirea conceptului de familie si sanatate familiala**
- **cunoasterea principalelor caracteristici medico-sociale ale familiei**
- **descrierea principalelor caracteristici demografice ale familiei**
- **descrierea conceptului de planificare familiala**
- **cunoasterea principalelor probleme de sanatate legate de planificarea familiala**

### **Noțiunea de familie**

Deși fiecare dintre noi am putea spune ce este o familie, acest tip de grup social este destul de greu de definit.

Abordarea poate fi diferită; din punct de vedere sociologic familia este un nucleu social constituit pe baza relațiilor de căsătorie, consangvinitate și rudenie, membrii grupului împărtășind sentimente, aspirații și valori comune. Din perspectivă juridică, familia este un grup între care s-au stabilit un set de drepturi și obligații, reglementat prin norme legale.

Deși foarte asemănătoare cele două abordări nu se suprapun; cel mai bun exemplu este cuplul separat prin divorț care nu mai îndeplinește funcțiile unei familii dar între care există reglementări legale privind tutela și sprijinul financiar acordat copiilor minori.

În limbajul comun termenul de familie este folosit atât pentru familia din care provine un individ cât și pentru familia constituită prin căsătorie. Sociologia face distincție între familia de origine și cea conjugală, fiecare individ făcând parte din două familii nucleare: familia părinților săi și familia de procreație.

Relațiile din cadrul unei familii pot fi reduse la patru categorii principale:

- Relații dintre soți
- Relații dintre părinți și copii
- Relații dintre descendenți ( copiii aceluiași cuplu)
- Relații între membrii cuplului și alte persoane ( socri, cumnați); acest tip de relații este dependent de societatea în care evoluează ( spre exemplu este foarte important în țările arabe).

Familia are la bază, de fapt, un ansamblu de roluri și statusuri sociale; îndeplinirea lor este controlată atât de familia de origine cât și de comunitatea în care trăiește individul. Pregătirea pentru exercitarea acestor roluri se face pe baza unor modele sociale. În familiile în care învățarea rolurilor nu se face în mod adecvat indivizii sunt predispuși la eșecuri de rol.

Referindu-ne la sănătatea familiei putem să aducem în atenție definiția OMS conform căreia aceasta înseamnă mult mai mult decât suma sănătății individuale a persoanelor componente ale familiei; sănătatea familiei exprimă interrelațiile care se stabilesc în cadrul acestui grup social.

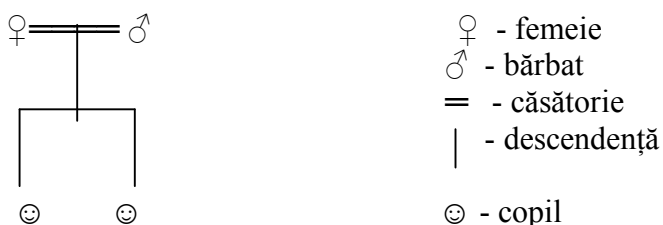
OMS recomandă patru grupe de indicatori pentru măsurarea sănătății familiei și anume:

- Factori demografici – structura familiei, mărimea medie a familiei, tipul de familie, ciclul de viață al familiei,
- Factori medicali – prevalența factorilor de risc în familie, prevalența bolilor în familie, agregarea bolilor în familie
- Factori sociologici – țin de abordarea sociologică a sănătății familiei în literatura de specialitate existând noțiunea de “APGAR al familiei”
- Factori economici – costul bolii pentru familie, impactul bolii asupra familiei.

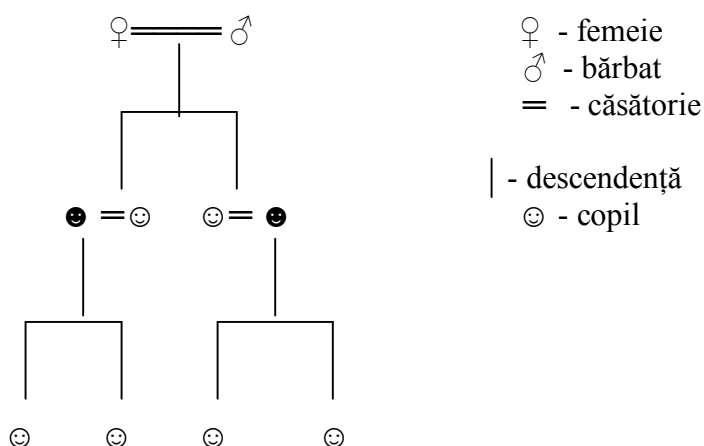
### Tipologia familiei

Cel mai important criteriu de clasificare a familiei este reprezentat de relațiile de rudenie. Astfel există familie nucleară și familie extinsă.

**Familia nucleară** este alcătuită dintr-o pereche maritală și copiii care locuiesc și gospodăresc împreună.



Familia extinsă – cuprinde nucleul familial și alte rude și generații. Cel mai frecvent familia extinsă este alcătuită din bunici, părinți, copii.



Familia nucleară și familia extinsă, așa cum au fost prezentate, sunt tipuri ideale, cazurile concrete fiind abateri de la modelul teoretic (ex. cuplul fără copii).

Există familii **patriarhale**, în care relațiile economice, politice și sociale sunt controlate de bărbați și familii **matriarhale** unde relațiile de familie, mai puțin celelalte, sunt dominate de femei.

În societatea modernă are loc o extensie a familiilor **monoparentale**- copii cu un singur părinte- în care cele **matrifocale** sunt majoritare.

Istoria familiei cunoaște următoarele forme de căsătorie:

monogamia – căsătoria dintre un bărbat și o femeie

poligamia – căsătoria dintre un bărbat și mai multe femei ( poliginie) și căsătoria dintre o femeie și mai mulți bărbați ( poliandrie).

Cea mai răspândită formă de căsătorie este monogamia.

Studiile de antropologie arată că poligamia este puternic corelată cu factori economici. Astfel există o **poligamie elitistă**, practică de indivizi care au resurse pentru a întreține mai mulți parteneri, și o **poligamie populară** care reprezintă o uniune între persoane în vederea maximizării beneficiului economic.

Tipurile de mariaj se explică prin interacțiunea complexă dintre factorii geografici, tehnologici, culturali, economici și demografici.

### ***Structura și funcțiile familiei***

Pentru caracterizarea structurii familiei pot fi folosite două criterii:

- ◆ *cantitativ* – componență numerică și rețeaua de statusuri și roluri familiale
- ◆ *calitativ* – diviziunea rolurilor în cadrul familiei și modul de exercitare a autorității

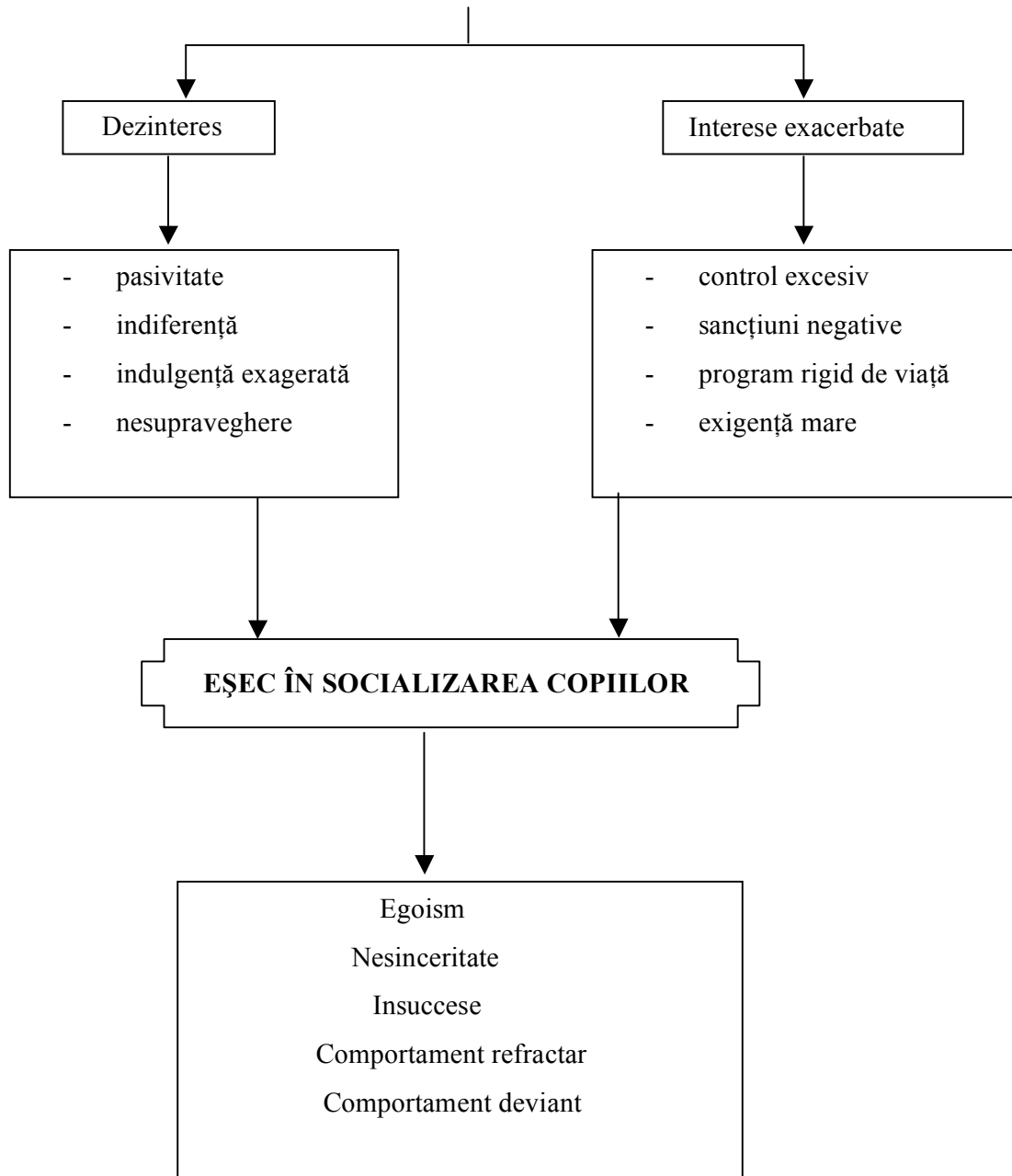
Exercitarea rolurilor în cadrul familiei este rezultatul unui proces de învățare socială; în mod obișnuit, o dată căsătoriți, partenerii vor exercita în noua lor familie rolurile pe care le-au văzut exercitate de părinți în familiile lor de origine. În exercitarea rolurilor intervin și factori extra familiali, cel mai important fiind modelarea personalității și comportamentelor indivizilor sub acțiunea unor factori comunitari.

Există o foarte mare diversitate de forme pentru exercitarea rolurilor ( ex. un tată poate fi înțeleghător și empatic altul poate fi foarte aspru). Cu toate acestea depășirea anumitor marje de variație poate determina scăderea solidarității familiale sau chiar destrămarea familiei.

Din punct de vedere al modului de exercitare a autorității există:

- ◆ **familii cu structuri autoritare** – în care bărbatul este principalul deținător de autoritate; această poziție era legitimată legal în reglementările juridice mai vechi. Bărbatul decide asupra modului de organizare a gospodăriei, asupra diviziunii rolurilor în cadrul familiei, asupra căsătoriei copiilor, asupra relațiilor familiei cu exteriorul.
- ◆ **familii cu structuri egalitare** – exercitarea autorității este egală și există o diminuare relativă a autorității părinților asupra copiilor.
- ◆ Deși există mai multe clasificări ale funcțiilor familiei cea mai utilizată este a profesorului H. Stahl:
- ◆ **Funcții interne** – prin care se asigură membrilor familiei afecțiune, protecție.
- **Funcții biologice și sanitare** – satisfacție sexuală, procreare, dezvoltarea biologică normală a membrilor familiei

- *Funcții economice* – organizarea gospodăriei și acumularea de resurse necesare funcționării menajului pe baza unui buget comun
- *Funcții pedagogico-educative și morale* – asigură socializarea copiilor
  - ◆ **Funcții externe** – prin care se asigură relaționarea familiei cu exteriorul



**Funcția biologică** a familiei asigură individului o anumită securitate emoțională, un anumit confort; afectivitatea este principala caracteristică prin care familia se deosebește de alte grupuri sociale. Deși societatea modernă este extrem de permisivă cu privire la raporturile sexuale premaritale și extraconjugale, familia rămâne principalul loc de satisfacere a necesităților sexuale.

Comportamentul procreativ este, alături de cel nupțial, expresia unui model cultural complex care se formează în timp și suportă influența multor factori. Acest tip de comportament poate fi influențat:

- la nivelul cuplului
  - ◆ vârsta soției
  - ◆ dorința de a avea copii
  - ◆ durata căsătoriei
  - ◆ starea de sănătate a cuplului
  - ◆ utilizarea de mijloace contraceptive
  - ◆ nivelul de instrucție al partenerilor
  - ◆ angajarea profesională
  - ◆ comunicarea între parteneri
- la nivelul societății - nivelul de dezvoltare economico-socială
  - ◆ politicile sociale în sfera familiei
  - ◆ legislația familiei

În societatea modernă datorită schimbării formelor de organizare și asociere familială se constată:

- ◆ creșterea vârstei femeilor la prima căsătorie
- ◆ creșterea maternității nonlegitime
- ◆ creșterea cuplurilor homosexuale

**Funcția economică** rezidă, în principal, în realizarea unor venituri suficiente pentru satisfacerea nevoilor familiei; în mod normal familia trebuie să asigure cadrul material pentru satisfacerea corespunzătoare a nevoilor tuturor membrilor. Tradițional funcția economică are trei dimensiuni:

- ◆ **componenta productivă** – producerea în gospodărie a bunurilor și serviciilor necesare
- ◆ **componenta care privește orientarea profesională a descendenților**
- ◆ **componenta financiară** – administrarea unui buget de venituri și cheltuieli pentru acoperirea nevoilor familiei

*Societatea contemporană acordă un rol mai mic componentei productive și de profesionalizare a descendenților. În plus, acumularea de patrimoniu, folosit de membrii familiei și transferat (parțial sau total) copiilor, reprezintă o componentă importantă a funcției economice.*

*Deși există independența financiară a soților, administrarea unui buget comun rămâne o componentă de bază a majorității familiilor. Institutul de Cercetări pentru Calitatea Vieții din România a adoptat trei praguri pentru analiza nivelului de trai:*

- ◆ decent
- ◆ de tranziție
- ◆ de subzistență

Subzistența reprezintă necesitățile primare ale organismului, cărora li se adaugă cele de statut social, autonomie și autorealizare. Nivelul de subzistență se stabilește într-un context economic și social; spre exemplu pentru țările în curs de dezvoltare există două praguri de sărăcie: 250\$ și 350\$ pe locuitor pe an în timp ce pentru țările dezvoltate funcționează alți parametri. Engel a formulat următoarea concluzie “Există o relație direct proporțională între nivelul de sărăcie al unei familii și volumul cheltuielilor necesare asigurării subzistenței fizice, incluzând în acestea hrana, îmbrăcămintea, locuința, igiena familiei”. Comportamentul de consum este “rațional în mod natural; oamenii cumpără mai întâi ceea ce le satisface nevoile reale și în ordine de prioritate” (E.Zamfir). Indicatorul cheltuielilor pentru hrană este de 16-17% din totalul veniturilor în Austria și Danemarca, 45% în Cehia și 60% în România.

Bugetul de familie reprezintă un barometru fidel al nivelului de trai relevând următoarele aspecte:

- ◆ relația dintre venituri, mărimea familiei și posibilitățile de satisfacere a trebuințelor specifice
- ◆ modul de obținere a veniturilor și formele acestora: salariu temporar/permanent, ajutor șomaj, pensie, bursă, alocații de stat
- ◆ numărul persoanelor aflate în incapacitate temporară/parțială de muncă
- ◆ structura cheltuielilor

Bugetul echilibrat se caracterizează prin surse sigure de venituri, suficiente în raport cu dimensiunea familiei, cheltuieli ponderate în raport cu nivelul de trai al familiei.

Bugetul dezechilibrat se caracterizează prin surse sporadice de venituri, venituri ocazionale, insuficiente, cheltuieli exagerate.

Structura cheltuielilor reflectă capacitatea de administrare a veniturilor dar și elemente de psihologia cuplului.

Sociologul francez Chombart de Lauwe apreciază că echilibrul bugetar variază în funcție de crizele economice, de vârsta membrilor familiei, de ritmurile de efectuare a cheltuielilor etc. Societatea contemporană a restructurat funcția economică a familiei, păstrând latura ei de consum astfel că se poate constata:

- ◆ familiile sunt interesate să realizeze cât mai multe venituri

- ◆ tinerii vor să parcurgă un proces de instruire prin care să deprindă o profesie aducătoare de venituri mari
- ◆ gestionarea bugetului, structura cheltuielilor este diversificată în funcție de cerințele societății moderne.

Problematica economică a familiei include existența unei locuințe, dotarea și funcționarea ei pentru grupul respectiv. Locuința asigură protecție fizică și socială indivizilor, posibilitatea refacerii capacității de muncă. Problema spațiului de locuit trebuie analizată în contextul unei societăți date, raportate la nivelul de dezvoltare economico-socială. Există mai mulți indicatori :

- ◆ nr. locuințe la 1000 locuitori
- ◆ nr. persoane / cameră
- ◆ dotările cu apă curentă și încălzire

În România 58,8% din locuințe dispun de apă curentă și există o medie de 1,29 persoane /cameră.

Asigurarea resurselor necesare traiului influențează și potențează celelalte funcții, contribuind la protecția și siguranța membrilor.

**Funcția pedagogico-educativă** are drept scop socializarea care însoțește întreaga existență a omului, orientându-l spre comportamente socialmente acceptabile. Definită ca un “proces psihosocial de transmitere-asimilare a atitudinilor, valorilor, concepțiilor sau modelelor de comportare specifice unui grup sau unei comunități în vederea formării, adaptării și integrării sociale a unei persoane” socializarea își are bazele în sânul familiei.

Utilitatea procesului de socializare rezidă din următoarele:

- ◆ socializarea formează educația, stăpânirea instinctelor și nevoilor, satisfacerea lor într-un mod prevăzut de societatea respectivă;
- ◆ socializarea insuflă aspirații și năzuințe în vederea obținerii unor lucruri sau calități, a unui prestigiu;
- ◆ socializarea permite transmiterea unor cunoștințe și posibilitatea satisfacerii unor roluri;
- ◆ socializarea asigură o calificare profesională.

În orice societate familia este prima instanță de socializare atât ca etapă a acestui proces cât și ca amprentă fundamentală asupra personalității individului. În cadrul familiei copilul își însușește normele și valorile sociale, devenind apt să relaționeze cu ceilalți membri ai societății. În cadrul familiei socializarea are mai multe componente:

- ◆ **normativă** – prin care se transmit copilului principalele norme și reguli sociale
- ◆ **cognitivă** – copilul dobândește deprinderi și cunoștințe necesare acțiunii ca adult
- ◆ **creativă** – se formează capacitățile de gândire creatoare, de a da răspunsuri adecvate în situații noi
- ◆ **psihologică** – se dezvoltă afectivitatea necesară relaționării cu părinții, cu viitorul partener, cu proprii copii și cu alte persoane

În familie se realizează socializarea de bază sau primară. Copilul învață că indivizii au interese, dorințe și obiceiuri de care celălalt trebuie să țină seama, învață că trebuie să împartă resurse limitate (locuință, hrană, obiecte), învață cum așteaptă societatea ca el să se poarte, învață cum să acționeze pentru a-și satisface un scop.

În societatea modernă funcția socializatoare a familiei a început să fie preluată de alte instituții sociale – școală, mijloace de comunicare în masă. Cu toate acestea familia continuă să rămână principala instituție de socializare, mai ales că acest proces se realizează într-un climat de afectivitate care facilitează transmiterea și însușirea valorilor și normelor sociale.

Se apreciază că orice copil are nevoie de o familie dar nu orice fel de familie. Familia cu deficiențe educaționale va constitui un cadru neadecvat formării tânărului. Eșecurile socializării în familie au consecințe negative la nivelul societății. Pot exista situații în care socializarea în familie se realizează în discordanță cu normele și valorile sociale generale. Acest tip de socializare poartă numele de **socializare negativă** iar copiii socializați în acest mod vor fi neintegrați și în conflict permanent cu societatea.

Există trei tipuri de familii:

- ◆ **familii înalt educogene** – sprijină educarea tinerilor, le asigură condiții pentru realizarea unei pregătiri profesionale și culturale adecvate, pentru petrecerea timpului liber în mod util și plăcut, realizând legătura cu școala pentru a asigura controlul activităților din această sferă;
- ◆ **familii educogene satisfăcătoare** – asigură copiilor condiții de educație familială, se preocupă de reușita lor profesională fără a organiza și controla sistematic activitățile acestora;
- ◆ **familii nesatisfăcătoare educogen** – climat psihic necorespunzător, relații reci sau de indiferență, slab control parental, insuccese profesionale ale copiilor.

O serie de teorii psihologice afirmă că socializarea este un proces de maturizare progresivă a normelor și valorilor, modurilor de a interacționa cu ceilalți. În acest proces de maturizare progresivă, comportamentul și atitudinea părinților, complementare cu ale altor persoane din mediul apropiat reprezintă experiențe de socializare decisive pentru evoluția ulterioară a personalității copilului. În mod ideal familia ar trebui să îndeplinească toate funcțiile. În realitate aceste funcții sunt îndeplinite diferit; există familii bogate financiar cu mari curențe funcționale. Disfuncțiile din cadrul familiei se reflectă asupra soților, asupra copiilor, asupra relațiilor familiei cu exteriorul.

## **Disoluția familiei**

Disfuncțiile din cadrul familiei devin evidente în condițiile separării partenerilor. Rata divorțialității a crescut după cel de-al doilea război mondial. *Cauzele generale* (macrosociale) ale creșterii acestei rate sunt:

- ◆ Emanciparea economică a femeii
- ◆ Distanța mare dintre locuință și locul de muncă
- ◆ Liberalizarea vieții sociale
- ◆ Modificarea mentalității despre divorț

Factorii specifici care operează în stabilitatea conjugală pot fi grupați astfel:

### *Variable premaritale:*

- ◆ **Școlarizarea** sensibil egală este un factor de scădere a probabilității disoluției maritale
- ◆ **Statutul social al părinților și mediul de proveniență** – distanța mare dintre mediile sociale produce instabilitate maritală
- ◆ **Vârsta la căsătorie** – cu cât vârsta la căsătorie este mai mică cu atât probabilitatea de divorț este mai mare
- ◆ **Etnia** – mariajele interetnice sunt mai puțin stabile

### *Variable de investiție*

- ◆ **Capital domestic** ( locuință, bunuri) – partenerii cu riscul de despărțire nu investesc mult în căsnicie
- ◆ **Copiii** – favorizează stabilitatea cuplului
- ◆ **Investiții psihologice** – cu cât atașamentul față de membrii familiei este mai mare cu atât scade probabilitatea despărțirii

### *Variable psiho-sociale*

- ◆ **Atitudinea față de divorț** - este puternic corelată cu religia și socializarea
- ◆ **Compatibilitatea trăsăturilor de personalitate și axiologice**
- ◆ **Rolurile și așteptările de rol din grupul familial**

Divorțul este sfârșitul unui drum parcurs de cei doi parteneri, disoluția căsătoriei parcurgând mai multe etape:

- ◆ **Stările conflictuale și eroziunea** sunt favorizate de conflicte valorice, lipsa de comunicare, alcoolism, infidelitate, agresivitate verbală și/sau fizică.
- ◆ **Încetarea relațiilor sexuale** – consecința firească a stărilor conflictuale
- ◆ **Disoluția legală** – este forma definitivă a rupturii relației conjugale.

Consecințele divorțului sunt de două tipuri:

- ◆ **Pozitive** – se sfârșește o situație stresantă, există posibilitatea formării unui nou cuplu
- ◆ **Negative** – care se reflectă atât asupra partenerilor cât și asupra copiilor și părinților celor care divorțează. În absența unui părinte securitatea afectivă a copilului este grav afectată, putându-se constata irascibilitate, scăderea performanțelor școlare. Divorțul parental provoacă o slăbire a relațiilor dintre părintele plecat și urmaș. Realitatea atestă că există situații extrem de diverse:
  - ◆ Copii care resping părintele considerat vinovat de divorț
  - ◆ Copii care regretă și resimt ruptura familiei
  - ◆ Copii fericiți de soluția adoptată și o apreciază ca salvatoare de la o situație tensionată, violentă.

Divorțul antrenează modificări la nivelul tuturor funcțiilor familiale. Funcțiile economice, de socializare cunosc o restructurare de cele mai multe ori negativă.

În afară de divorț un alt eveniment care conduce la disoluția familiei este decesul unuia dintre parteneri. Acest motiv este însă extrem de puțin menționat în literatura de specialitate. La o analiză atentă consecințele sunt similare cu cele rezultate din divorț cu mențiunea că trauma psihică poate fi mai mare pentru supraviețuitor. De asemenea nu putem vorbi în acest caz de consecințe pozitive.

Ca o concluzie la subcapitolul 1.4 putem menționa ceea ce scrie în Codul Familiei referitor la desfacerea căsătoriei (ceea ce nu este însă identic cu disoluția familiei!):

“Cauzele desfacerii căsătoriei pot fi:

- a. moartea unuia din soți
- b. declararea judecătorească a morții unuia din soți
- c. desfacerea căsătoriei prin recăsătorirea soțului celui ce fusese declarat mort
- d. divorțul”.

### **Modele familiale alternative**

În societatea modernă factorii sociali, economici și culturali au determinat schimbări în comportamentul nupțial și sexual determinând apariția unor noi tipuri de familie sau extinderea unor tipuri care anterior erau marginalizate. Procentul de familii nucleare este în scădere, existând unele țări în care mai mult de jumătate din populația adultă trăiește în alte forme decât familia nucleară.

În acest context putem întâlni:

- ◆ Menaje formate dintr-o singură persoană care a optat pentru celibat definitiv
- ◆ Menaje familiale formate din două persoane care conviețuiesc împreună
- ◆ Menaje nefamiliale formate din persoane între care nu se stabilesc relații sexuale
- ◆ Menaje formate dintr-un singur părinte și unul sau mai mulți copii
- ◆ Familii nucleare propriu-zise
- ◆ Familii formate din mai multe generații

Menajele/ familiile prezentate mai sus au avut, în ultimii ani, o dinamică diferită, deținând o pondere diferită de la o societate la alta. Ponderea familiei nucleare a scăzut în toate țările Europei, crescând ponderea familiei consensuale, a familiei monoparentale și a menajelor nefamiliale.

Se consideră că există cinci mari modele familiale alternative:

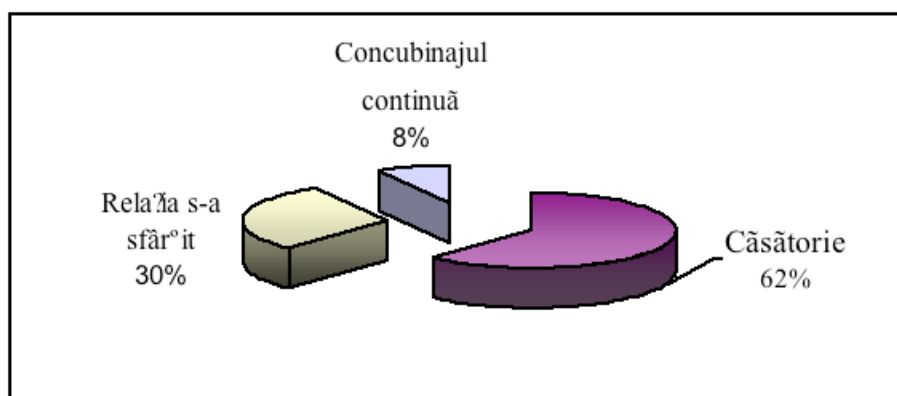
- ◆ Concubinajul
- ◆ Celibatul
- ◆ Familiile monoparentale
- ◆ Familii homosexuale
- ◆ Comunitatea

**Concubinajul** este acea situație în care un cuplu care are o relație sexuală locuiește împreună fără să fie căsătorit – a devenit cea mai răspândită formă de model familial alternativ.

Datele recensămintelor și unele cercetări demografice au arătat că fenomenul coabitării a luat proporții mari în țările nordice și este în creștere în restul Europei. Pentru un număr mare de cupluri familia consensuală este o etapă tranzitorie în comportamentul nupțial.

Universitatea din Essex a întreprins un studiu care arată ce se întâmplă cu relațiile de concubinaj după 10 ani; rezultatul acestui studiu confirmă teoria că cei mai mulți concep concubinajul ca o căsătorie “de probă”.

**Fig. – Evoluția relațiilor de concubinaj după 10 ani**



### **Celibatul**

Creșterea numărului de persoane care aleg să trăiască singure se datorează:

- tendinței de a se căsători mai târziu - în prezent oamenii se căsătoresc cu aproximativ trei ani mai târziu decât în anii '60
- creșterii ratei divorțurilor
- creșterii speranței de viață – există un număr mare de persoane vârstice al căror partener de viață a decedat.

În 1980 Peter Stein a intervievat celibatari între 25 și 45 ani; concluziile au fost următoarele:

- celibatul este folositor carierei profesionale deoarece permite persoanei să se concentreze asupra muncii
- celibatul face posibil un număr mai mare de experiențe sexuale, permițând o totală libertate și autonomie
- celibatarii sufereau de izolare și singurătate, în condițiile în care majoritatea persoanelor de aceeași vârstă erau căsătoriți

În total, cei mai mulți găseau că argumentele în favoarea căsătoriei erau mai mari decât motivele pentru a rămâne singuri.

Pe plan demografic celibatul are consecințe negative:

- scăderea nupțialității
- scăderea natalității
- dezechilibre demografice

### **Famiile monoparentale**

Famiile monoparentale prezintă particularități cu referire, în special, la perturbările de rol, la restructurarea, diminuarea sau potențarea unora din funcții. Aceste particularități pot fi:

- În plan material – insuficiența veniturilor, capacitate scăzută de acoperire a unor tipuri de nevoi, orientare unidirecțională a consumului
- În plan biologic – există probleme legate de sexualitate și de restângerea descendenței
- În plan afectiv – lipsa partenerului și a dragostei conjugale, lipsa timpului pentru comunicarea propriu-zisă cu copiii.

### **Famiile homosexuale**

Mulți bărbați și femei homosexuali trăiesc în prezent în relații stabile; unii chiar s-au căsătorit formal deși aceste ceremonii nu au relevanță în fața legii. Toleranța față de homosexualitate a fost însoțită de o tendință crescândă a tribunalelor de a acorda custodia copiilor unor mame care trăiau în relații homosexuale. În plus, tehnicile de inseminare artificială acordă șansa femeilor de a putea avea copii fără relații heterosexuale.

### **Comunitatea**

Criticile aduse la adresa familiei au determinat, în secolul al XIX-lea, apariția ideii că familia poate fi înlocuită cu forme comunitare de conviețuire.

Cel mai important exemplu contemporan de viață comunitară este *kibbutz* - ul, care reprezintă o comunitate de familii și de indivizi care cooperează în vederea creșterii copiilor. În Israel există peste 250 kibbutz-uri care cuprind aproximativ 100000 membri. Fiecare kibbutz se comportă ca și cum ar fi o singură familie, îngrijirea copiilor fiind considerată responsabilitatea întregii comunități. În unele dintre ele copiii

trăiesc în “case ale copiilor”, construite special. Inițial intenția a fost de a se desprinde de natura individualistă, competitivă a societății moderne. De-a lungul anilor majoritatea kibbutz-urilor au optat pentru aranjamente de viață mai convenționale astfel că, astăzi, casele copiilor pot fi considerate mai mult locuri în care sunt asigurate serviciile de supraveghere a copiilor decât locuri care exprimă responsabilitatea comunală pentru creșterea lor.

Creșterea numărului de persoane care optează pentru modele familiale alternative se datorează fenomenelor și proceselor sociale obiective care au antrenat modificări la nivelul structurii și funcției familiei:

- Angajarea femeii în activități extrafamiliale
- Procesul de mobilitate teritorială
- Urbanizarea și modernizarea
- Creșterea independenței economice a tinerilor
- Creșterea gradului de școlarizare a populației
- Creșterea permisivității sociale la noile forme de comportament
- Efecte de contagiune, de împrumut a unor modele comportamentale de la un grup la altul și chiar de la o societate la alta.

### **Familia și societatea**

Se pare că la **originea familiei** au stat următorii factori:

- Biologici
- Reglementarea relațiilor sexuale
- Identificarea bărbatului ca responsabil pentru protecția femeii și a copiilor și pentru plasamentul acestora în societate. (“Principiul legitimității”- B.Malinowski)
- Crearea de alianțe prin căsătorii cu membri din afara tribului (“Teoria cooperării și a schimbului” – Levi-Strauss)

O dată apărută, familia s-a transformat în sensul schimbării ponderii diverselor tipuri structurale, a modificării importanței și conținutului funcțiilor.

	<b>SOCIETĂȚI TRADIȚIONALE</b>	<b>SOCIETĂȚI MODERNE</b>
NR. DE PARTENERI CONJUGALI CONCOMITENȚI	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Monogamie</li> <li>➤ Poligamie</li> </ul>	Monogamie
ALEGEREA PARTENERULUI	Alegerea este făcută de părinți pentru a întări puterea familiei	Alegere relativ liberă făcută de parteneri
REZIDENȚĂ	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Patrilocală</li> <li>➤ Matrilocală</li> <li>➤ Ambilocală</li> </ul>	Nelocală
RELAȚII DE PUTERE	Relații patriarhale, rareori matriarhale	Putere relativ asemănătoare a femeilor și bărbaților
RELAȚIA PĂRINȚI-COPII	Autoritate și dominanță părintească	Toleranță mare, egalitate relativă părinți-copii
FUNȚIILE FAMILIEI	Concentrare pe protecția grupului de rudenie ca întreg	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Mediu de siguranță pentru copii</li> <li>➤ Suport moral pentru membrii familiei conjugale</li> </ul>
STRUCTURA	Extinsă	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Nucleară</li> <li>➤ Modele familiale alternative</li> </ul>

**Tabelul - Familia în societățile moderne și în cele tradiționale**

Schimbările în comportamentul nupțial nu privesc doar pe cei implicați în relațiile familiale; ele prezintă interes pentru societate în ansamblul ei. Pe măsura dezvoltării economice și sociale rețeaua de relații familie-societate a devenit mai densă și mai complexă. Integrată tot mai mult în societatea globală, familia este tot mai mult condiționată de schimbările economice și sociale și, la rândul ei, influențează tot mai mult dinamismul social. W. Goode afirmă că raportul industrializare-tipuri de familie trebuie considerat în termen de **condiționări reciproce**; dacă revoluția industrială din Europa a modificat hotărâtor familia și o anumită formă de familie existentă în Europa preindustrială a facilitat industrialismul și creșterea eficienței economice.

Cele mai importante dimensiuni ale relației familie-societate sunt următoarele:

- Statul exercită asupra familiei și prin familie un **control social** prin: legislația familiei, strategii de muncă și salarizare, politici de asistență socială și protecție a copiilor, de combatere a violenței în familie.
- Existența unui **disens axiologic între generații** dar există și continuitate; tineri manifestă abateri mari în comportamentul cotidian personal dar se raliază la valorile și normele sociale dezirabile în probleme majore ( proiecte personale, necesitatea organizării sociale)

- **Relațiile părinți-copii** sunt sub semnul socialului; aceste relații sunt dependente de clasa socială, mediul urban/rural, gradul de dezvoltare economică a țării.
- Sistemul parental susține membrii săi pentru **promovarea socială** pe diferite planuri: școlar, profesional, marital, habitual.

Schimbările în comportamentele nupțiale și în modelele familiale au consecințe importante asupra posibilităților de realizare a funcțiilor familiale. De cele mai multe ori consecințele pozitive se combină cu cele negative, și nu întotdeauna ceea ce este perceput pozitiv pentru individ este pozitiv și pentru societate. Se poate spune că în societățile dezvoltate familia produce mai mult venit național dar produce mai puțini copii. Deși pe termen scurt societatea devine mai bogată, pe termen lung prin scăderea fertilității poate afecta posibilitatea dezvoltării economice și sociale.

Indiferent de complexitatea și profunzimea schimbărilor care au loc, în toate societățile se manifestă o atitudine favorabilă vieții de familie și se practică comportamente dezirabile din punct de vedere social.

## ***Demografia familiei***

În cadrul demografiei s-a creat un domeniu specializat "demografia familiei" definită de N.B Ryder drept "studiul factorilor care determină numărul, mărimea și compoziția familiei". Unul din conceptele specifice acestuia, care s-a dezvoltat în ultimele 4-5 decenii este "ciclul de viață al familiei" sau "ciclul familial" care creează posibilități mari de studiere a familiei.

Între momentul formării familiei prin căsătorie și cel al dizolvării ei prin decesul unuia dintre soți, aceasta parcurge o serie de etape ce produc schimbări în structura, interrelațiile și comportamentul familial. Etapele sunt delimitate de o serie de evenimente demografice: căsătoria, nașterea copiilor, căsătoria copiilor, părăsirea casei părintești de către copii, decesul unuia dintre soți. Prin extensie, în studiul vieții familiei mai pot fi utilizate și alte elemente în afara celor demografice: intrarea în școală, intrarea în viața economică activă, ieșirea la pensie, etc. Se obține astfel o istorie complexă a familiei ale cărei informații permit diverse analize.

Etapele de dezvoltare în cursul ciclului familial sunt multiple și nu toate familiile trec prin toate schimbările, dar majoritatea familiilor trec prin următoarele etape produse de Duvall:

- debutul familiei – familia începătoare – cuplul fără copii;
- nașterea copiilor – cel mai în vârstă copil < 30 luni;
- familia cu copii de vârstă preșcolară – 30 luni+6 ani;
- familia cu copii de vârstă școlară – cel mai în vârstă copil 6+13 ani;
- familia cu copii adolescenți – între 13+20 ani;
- perioada de migrare – cuprinsă între momentul când primul și ultimul copil părăsesc casa părintească;
- familia "cuib gol" – anii medii până la pensionare;
- perioada de bătrânețe – de la pensionare până la moartea soților.

Se observă că elementul de bază al clasificării lui Duvall este copilul (apariția, vârsta, școlarizarea sa).

Clasificarea etapelor ciclului familial propusă de Glick și Parke are un caracter demografic:

- ◆ formarea familiei – prima căsătorie;
- ◆ debutul procreației – nașterea primului copil;
- ◆ sfârșitul procreației – nașterea ultimului copil;
- ◆ "cuib gol" – căsătoria ultimului copil;
- ◆ dizolvarea familiei – moartea unuia dintre soți.

O.M.S. recomandă următorul model al ciclului familial, care în mare parte reia modelul propus de Glick și Parke:

	Faza ciclului familial	Evenimentul de început	Evenimentul de sfârșit
1	Formarea	Căsătoria	Nașterea primului copil
2	Extensia	Nașterea primului copil	Nașterea ultimului copil
3	Extensia completă	Nașterea ultimului copil	Primul copil părăsește casa
4	Contractia	Primul copil părăsește casa	Ultimul copil părăsește casa
5	Contractia completă	Ultimul copil părăsește casa	Moartea unuia dintre soți
6	Dizolvarea	Moartea unuia dintre soți	Moartea partenerului supraviețuitor

Conceptul clasic de ciclu de viață al familiei prezintă o serie de limite care au fost sistematizate de către Kono în 1977 în Mexic. Dintre acestea prezentăm câteva:

- ◆ Conceptul de ciclu de viață al familiei se aplică numai familiilor nucleare (familii alcătuite din soț, soție cu sau fără copii) și exclude celelalte tipuri de familie (lărgite pe verticală și/sau orizontală).
- ◆ Modelul clasic propune încheierea ciclului complet în momentul morții unuia dintre soți și nu ia în considerare familia care se dizolvă prin divorț sau cea la care unul dintre soți moare înainte ca ultimul copil să se căsătorească.
- ◆ Acest model presupune în mod obligatoriu nașterea cel puțin a unui copil în familie. Luarea în studiu a familiilor nucleare, fără copii influențează în mod negativ rezultatele obținute la evenimentele ciclului de viață al familiei cu excepția vârstei de căsătorie.

Cu toate limitele rezultate, studiile care se referă la ciclul de viață al familiei sunt tot mai frecvente, ele aducând noi elemente în cunoașterea comportamentului demografic al indivizilor, în cunoașterea dinamicii familiei.

Evenimentele care delimitează etapele ciclului de viață al familiei pot constitui momente de criză pentru ea, momente ce necesită efort pentru depășirea lor.

Fiecare etapă a ciclului familial are propriile ei caracteristici descrierea lor fiind adaptată după P. Tennyson Williams.

### **Stadiul 1: Familia începătoare**

Este stadiul de debut al conviețuirii, în care are loc confruntarea între aspirațiile celor doi parteneri, ca și între modelele de distribuire a rolurilor transmise în familiile de origine ale fiecăruia.

Fiecare din cei doi tineri aduc cu ei o mare moștenire de preferințe, obiceiuri, speranțe, toate conștientizate sau nu, legate însă de familiile de origine. Cuplul poate reuși sau nu să lege cele două filosofii moștenite de la familiile de origine.

Procesul de comunicare apărut din faza în care cei doi parteneri s-au cunoscut, se intensifică în primul an de căsnicie, când viața și structura familială nou creată le pune noi probleme și îi obligă să ia decizii.

Cuplul de tineri căsătoriți trebuie să ia o serie de decizii în comun acord despre:

- ◆ cariera profesională a fiecăruia;
- ◆ educarea copiilor;
- ◆ responsabilități casnice;
- ◆ relații sexuale.

Există familii moderne în care deciziile se iau de comun acord, relațiile între soți fiind egale, dar există și familii tradiționale în care soțul domină.

S-a constatat, de pildă că în modelul inegalitar, în care autoritatea revine în exclusivitate sau cu preponderență bărbatului, iar sarcinile de execuție a treburilor casnice în exclusivitate femeilor, este în general mai puternic decât normele morale ale societății moderne care reclamă redistribuirea rolurilor în sensul egalității partenerilor. Indiferent de felul căsniciei, dacă cei doi tineri sunt în consens, căsnicia este trainică, iar dacă ideile sunt diferite apar conflicte.

În același timp, în acest stadiu se ivesc probleme legate de potrivirea sexuală a partenerilor, dorința de a avea copii, precum și de stabilirea taliei familiei. Factorii reușitei unei căsătorii sunt considerați a fi:

- ◆ capacitatea de a exprima și primi expresia afecțiunii;
- ◆ compatibilitatea temperamentală;
- ◆ adaptabilitatea socială a membrilor.

Pe de altă parte, riscul de disoluție, considerabil în acest stadiu, apare determinat de factori cum ar fi:

- ◆ pierderea unui membru al familiei;
- ◆ apariția unui membru al familiei deficient sau "stigmatizat";
- ◆ depășirea resurselor familiei de către numărul membrilor;
- ◆ presiuni externe excesive asupra grupului familial;
- ◆ deficiențe în modelul relațiilor și comunicării între membri;
- ◆ capacitate scăzută de adaptare;
- ◆ crize de "creștere" ce depășesc capacitatea de adaptare.

Comunicarea între parteneri trebuie să fie permanentă, iar flexibilitatea opiniilor în caz de schimbări este absolut necesară. Prin căsătorie apar schimbări majore în structura și funcțiile familiei, cu impact important asupra celor trei sisteme familiale, a familiei nou formate și a celor două familii de origine. Aceste schimbări sunt:

- ◆ despărțirea de familiile de origine printr-un proces complex de autodiferențiere;
- ◆ schimbări de relații, ce pun în plan principal independența și egalitatea cu familiile de origine;
- ◆ dezvoltarea noului sistem și satisfacerea nevoilor familiale prin forțe proprii.

## **Stadiul 2: Familia “gestantă”**

Este stadiul în care familia își asigură descendența. Pe lângă problemele legate de sănătatea mamei și a copilului, apar acum probleme legate de modificarea structurii familiei (trecerea de la diadă la triadă), precum și de acomodarea soților cu rolul de părinți (literatura de specialitate vorbește chiar de un sindrom al “soțului gelos” suferit de bărbatul care se simte frustrat de afecțiunea pe care mama o împarte acum între el și copil).

Talia familiei ca și intervalele dintre nașteri reprezintă ținta programelor de educație privind planificarea familiei. În literatura demografică se vorbește despre două modele de planning familial caracteristice societății industrializate–urbanizate:

- ◆ modelul “american” în care copiii sunt născuți la intervale scurte unul de altul și cresc practic în același timp;
- ◆ modelul “francez” cu intervale mari între nașteri în care copiii mari ajută la creșterea celor mici.

Adoptarea unuia sau altuia dintre modele de către familie este un subiect asupra căruia sfatul medicului de familie poate avea o pondere decisivă.

Sarcina și nașterea primului copil sunt evenimente pozitive în viața familiei și pot constitui pentru medicul de familie un prilej de a stabili o relație bună medic – pacient – familie. El poate cunoaște familia înaintea evenimentului sau adesea cu această ocazie, medicul preia sarcinile de îngrijire medicală. Considerăm că este un moment potrivit de a cunoaște familia și capacitatea ei de a face față schimbărilor și stresului provocat de aceste schimbări.

Familia poate fi pregătită psihologic pe perioada sarcinii și, deși este un eveniment așteptat, procesul de adaptare la noua structură familială, schimbarea de roluri din soți în părinți pune la încercare coeziunea familiei.

Perioada premergătoare nașterii primului copil poate fi folosită de medicul de familie pentru a explica dificultățile și schimbările ce vor surveni în viața celor doi soți.

Echilibrul familiei este amenințat, deoarece apariția primului copil în familie necesită rezolvarea multor probleme:

- ◆ asigurarea unui spațiu adecvat pentru noul membru al familiei;
- ◆ asigurarea de resurse pentru cheltuieli previzibile sau imprevizibile;
- ◆ împărțirea responsabilităților în cadrul familiei nucleare, precum și în familia lărgită;
- ◆ păstrarea de relații sexuale satisfăcătoare bilateral și planificarea eventualilor noi copii;
- ◆ crearea și menținerea unui sistem de comunicare eficient în cadrul familiei;
- ◆ cultivarea relațiilor cu ceilalți membri ai familiei;
- ◆ adaptarea filozofiei proprii la cerințele rezultate din acceptarea unui nou membru al familiei.

## **Stadiul 3: Familia cu copii preșcolari**

În acest stadiu preocuparea centrală a familiei o reprezintă creșterea și dezvoltarea copiilor. Odată cu creșterea în vârstă a copiilor, accentul se deplasează de la protecția fizică la asigurarea unei dezvoltări psihice echilibrate. Problema principală este deci una educațională și ține de capacitatea părinților de a accepta compromisuri, acordând copiilor autonomia necesară unei dezvoltări normale.

Metodele educaționale folosite sunt de mare importanță în acest stadiu. S-a observat în acest sens că maltratarea copiilor survine cel mai adesea în cazurile în care unul din părinți a suferit în propria copilărie o deprimare afectivă, ceea ce readuce în atenție influența pe care familia de origine o are asupra comportamentului din familia construită.

În această etapă de dezvoltare, copilul preșcolar nu-și poate organiza singur activitatea, așteaptă îndrumarea permanentă a părinților, educatoarei sau sugestii de la persoane adulte. Întrebați despre ei, nu au opinii decât cele pe care alții le fac la adresa lor, ei reproduc adesea aprecierile celor din jur.

Spre sfârșitul perioadei de preșcolaritate, copilul trebuie pregătit pentru următoarea etapă atât prin examinări medicale care să-i testeze capacitatea de concentrare, acuitatea vizuală și auditivă, cât și printr-o modificare a atitudinii părinților în sensul sporirii responsabilităților acordate copiilor.

#### **Stadiul 4: Familia cu copii școlari**

Copilul începe școala de obicei la vârsta de 7 ani, vârsta la care el devine din ocrotit al familiei, un membru cu activitate proprie și responsabil în luarea unor decizii. Organismul său se dezvoltă în plan fizic și mental, încât el, copilul, poate avea un comportament intenționat și poate participa la programe de instruire prin capacitatea de acumulare de noi cunoștințe, prin capacitatea de înțelegere și câștigarea unor abilități practice. Gândirea devine dominantă, iar funcțiile de memorie, atenție și abstractizare se dezvoltă, cuvântul vorbit sau scris având un rol important.

Etapa anilor de școală la copil produce unele schimbări, cu răsunet deosebit în dezvoltarea sa, se schimbă mediul social în care copilul își desfășoară activitatea sa de instruire.

Procesul principal care are loc în acest stadiu, deși procesul începe încă din stadiul anterior odată cu frecventarea grădiniței, este ieșirea copilului din mediul familial și creșterea independenței sale. Experiența noului mediu, întâlnirea cu profesorii și colegii are rezonanțe adânci asupra formării personalității copilului și trebuie ghidate atent de părinți, evitându-se conflictele.

În această perioadă copilul învață să interpreteze evenimentele din afara familiei prin modul de gândire al familiei, dar și prin interpretarea învățătorului sau a celor de o vârstă cu el.

În ciclul vieții de familie apare un stres, deoarece în această etapă crește implicarea copilului în procesul de cunoaștere câștigă experiență și cunoștințe în afara familiei, relațiile se schimbă, el este tentat adesea de a lua decizii singur sau în înțelegere cu grupul de colegi. Cu cât copilul câștigă mai multă educație, mai multe cunoștințe, mai multă experiență în afara familiei, relațiile din interiorul familiei se schimbă.

Conținutul noțiunilor copilului încep să se suprapună cu cele ale adultului, copiii învață să devină ființe umane adulte. Și dacă în familie el era ocrotit, cel mai bun, cel mai cuminte, în școală se dezvoltă simțul competiției, al primelor ierarhizări de valori.

Performanțele școlare sunt problema cea mai importantă a acestei din viața copilului și trebuie urmărite cu atenție de către părinți, împreună cu respectarea unui regim sănătos de activitate care să evite atât subsolicitarea cât și suprasolicitarea.

Schimbările produse în această etapă pot crea în familie elemente conflictuale și rolul medicului de familie este de a aplană o asemenea situație, printr-o bună comunicare medic – familie și implicare discretă în problemele de disciplină. Disciplina constituie o problemă deosebită pentru școlarul din clasele elementare. Cu cât adulții au mai puțin loc în viața lor pentru copilul școlar, cu atât procesul de disciplină suferă. Și la acest proces participă slaba comunicare cu familia extinsă, posibilitățile de control ale părinților pe perioade în care școlarul este nesupravegheat. Este important ca la această vârstă să se stabilească un proces disciplinar sănătos.

O dată cu participarea la prima zi de școală, copilul este implicat și într-un program de integrare socială, începe să învețe legile societății în care își desfășoară activitatea.

Familial pot să existe lacune în procesul de disciplinare facilitate de:

- ◆ lipsa de control sau de fermitate a părinților;
- ◆ existența unor familii disfuncționale;
- ◆ condiții socio–economice precare;
- ◆ lipsa unui părinte și lipsa de timp a celui rămas;
- ◆ creșterea pe perioada școlară în locuința bunicilor;
- ◆ anturajul prietenilor;
- ◆ atitudinea îngăduitoare a învățătorului.

Se poate aprecia că dezvoltarea copilului școlar este rezultatul acțiunii conjugate a mediului familial, comunitar, social și că rolul cel mai important revine familiei, în special părinților.

Etapa copilului de școală durează în medie 7 ani. În această etapă există și posibilitatea de extindere maximă a familiei, prin nașterea numărului de copii planificați. Extensia maximă a familiei și dezvoltarea optimă a copiilor de vârsta școlară implică stabilirea unor interrelații familiale bune.

Țelurile de dezvoltare a familiei în această etapă sunt identificate după Duvall:

- ◆ a avea grijă de activitatea copiilor, dar și de intimitatea părinților;
- ◆ menținerea solvabilității financiare;
- ◆ stimularea unei bune integrări sociale a membrilor familiei;
- ◆ creșterea gradului de comunicare cu familia;
- ◆ stabilirea unor bune relații de comunicare în afara familiei;
- ◆ menținerea sănătății familiei.

## **Stadiul 5: Familia cu adolescenți**

Adolescența și tinerețea reprezintă trecerea de la copilărie la perioada de adult tânăr și este împărțită în trei perioade:

- ◆ perioada pubertală sau adolescența timpurie: 12 – 14 ani;
- ◆ perioada postpubertală sau adolescența medie: 15 – 17 ani;
- ◆ perioada de tinerețe sau adolescența târzie: 18 – 22 de ani.

Problemele familiei cu adolescenți nu sunt puține și ele țin:

- ◆ în plan biologic: de creșterea rapidă și maturizarea sexuală;
- ◆ în plan psihic: de instabilitatea emotivă, hipersensibilitate și chiar agresivitate, evoluție spre intelectualizare;
- ◆ în plan social: de respectarea normelor morale și etice în familie și societate.

Cu fiecare perioadă a adolescenței, tânărul încearcă să-și rezolve o identitate proprie. În perioada pubertală și a adolescenței medii valoarea de model a părinților, rudelor sau profesorilor din perioada de școlar mic este schimbată cu modelul de comportament al grupului de vârstă. Aici există pericolul ca adolescentul să-și dezvolte o identitate negativă, de subordonare totală la comportamentul de grup, iar familia și profesorii să nu reușească să-l îndepărteze de asemenea modele.

Familia trece în perioadele adolescenței printr-o etapă de mari stresuri. Nesupunerea față de educația din familie și școală, față de normele de morală și etică ale societății își pot avea corespondentul în supunerea totală față de grupuri de aceeași vârstă. Adolescentul descoperă toate componentele negative ale părinților și educatorilor și nu mai acceptă ideea de a fi educat, îndepărtându-se tot mai mult de sfaturile acestora, dacă ele nu sunt conforme acțiunii de grup. În procesul de identificare proprie, adolescentul dorește să-și verifice valorile și idealurile în afara atmosferei de protecție familială, ca membru al generației sale.

O familie slab organizată, cu tulburări de comunicare, cu relații ineficiente între membrii familiei poate deveni disfuncțională, haotică.

În acest stadiu continuă procesul început în stadiul anterior. Adolescentul reclamă din ce în ce mai multă libertate odată cu sporirea influenței congenerilor, părinții trebuind să împace necesitatea de a i-o acorda cu aceea de a limita excesele.

Mecanismul cel mai adecvat este ponderarea privilegiilor prin responsabilități adecvate, căci lipsa autonomiei sau insuficiența autonomiei are, la această vârstă, un efect inhibitor asupra dezvoltării personalității viitorului adult, putând conduce de asemenea la instalarea unui puternic resentiment față de părinți sau chiar, în unele cazuri, la revoltă împotriva autorității parentale.

În același timp însă, autonomia excesivă poate avea efecte foarte grave mergând până la părăsirea familiei; așa numitul “conflict între generații” începe așadar la această vârstă și este urmarea incapacității părinților de a depăși modelele de comportament urmate în propria lor adolescență.

Trebuie subliniat că autonomia reclamată de adolescenți este o necesitate reală reprezentând o pregătire pentru viața de adult. Supraprotecția parentală poate avea de aceea drept rezultat formarea unui

caracter șovăielnic cu o slabă putere de apreciere a situațiilor ceea ce determină necesitatea de a spori protecția parentală ce stă chiar la baza acestor tulburări ale personalității.

În această perioadă trebuie urmărită dezvoltarea fizică, sexuală, psihică, socială a adolescentului atât de către părinți, familie, profesori, cât și de medicul de familie.

#### Dezvoltarea fizică

Dezvoltarea somatică a adolescenților este influențată de factori multipli ca: alimentația, habitat, urbanism, sisteme de ocrotire a sănătății, calitatea îngrijirilor medicale și sociale, factori geografici. Toți indicatorii somatici (înălțimea, greutatea, perimetrul toracic), cresc în etapa adolescenței, în ultimele decenii asistăm la un fenomen de accelerație a creșterii, specifice tuturor tinerilor atât pentru adolescenții din rural cât și din urban.

Înălțimea adolescenților variază în funcție de vârstă, sex dar și de o serie de condiții de viață amintite. Tabele speciale ne prezintă înălțimea medie pe care ar trebui să o aibă un adolescent corespunzător vârstei și sexului.

Greutatea adolescenților este în continuă creștere. Asistăm la o depășire a greutateii ideale conform tabelelor pentru vârstă și sex, un număr destul de mare de adolescenți fiind hiperponderali, uneori chiar obezi.

În ceea ce privește capacitatea de lucru a adolescenților, trebuie remarcat faptul că aceasta este diferită de la un adolescent la altul, dar la toți apare mai precoce decât la adulți fenomenul de oboseală după o activitate fizică sau intelectuală. În acest sens, orarul de lucru al adolescentului trebuie să țină cont de capacitatea acestuia de muncă, pentru a evita surmenajul.

#### Dezvoltarea sexuală

În acest stadiu apar primele probleme legate de maturizarea sexuală a tinerilor, probleme de mare importanță dacă se ține seama de faptul că erotismul este tendința originară pe care se grefează socializarea. Atitudinea părinților față de această problemă trebuie să dovedească mult tact pentru a evita atât libertinajul (cu toate consecințele sale), cât și reprimarea violentă (nu mai puțin nocivă).

#### Dezvoltarea psihică

Pubertatea este perioada din ciclul vieții de familie care este trăită diferit de cele două sexe. Băieții au tendința de a se îndepărta de fete și de a forma grupuri de băieți de aceeași vârstă. Pubertatea este perioada de instabilitate emotivă sau chiar de agresivitate. Fidelitatea este ridicată la rang de principiu, de multe ori adolescentul nu realizează lipsurile sau carențele din comportarea colegilor. Aspirațiile adolescentului sunt spre autoeducație și autoconducere. El nu mai acceptă sfaturile părinților și profesorilor, dorind să participe activ la formarea sa.

#### Dezvoltarea socială

Mediul social în care își desfășoară activitatea adolescentul, sistemul de relații interumane, care îi este propriu, formează matricea comportamentului social. În acest cadru adolescentul ia contact cu etica socială, cu sistemul de valori. Strategia psihopedagogică în dezvoltarea sa socială nu este de a-i indica calea de urmat ci de a asista la descoperirea acestor căi de către el însuși.

Adolescentul în această perioadă caută a-și defini identitatea psihosocială, de a-și realiza imaginea despre sine și prin observare și autoapreciere să participe la realizarea sa.

Pe perioada celor zece ani, dificultățile sunt multiple, iar o familie stabilă, optimă va găsi modalitățile pentru a face față acestor schimbări.

Duvall concretizează problemele ce trebuie rezolvate:

- ◆ controlul ferm al libertăților adolescenților în familie și colectivitate;
- ◆ responsabilitatea părinților să fie împărțită cu adolescenții;
- ◆ succesele școlare în opoziție cu dezvoltarea socială;
- ◆ stabilitatea familiei în contrast cu libertatea adolescenților;
- ◆ devotamentul în contrast cu atitudinea lipsită de răspundere.

Familia trebuie să manifeste multă flexibilitate pentru a rămâne stabilă, să facă față stresurilor multiple și diferite.

### **Stadiul 6: Familia gata de lansare**

Familia nucleară se află în acest stadiu în pragul descompletării sale prin plecarea copiilor. Influența părinților asupra acestora din urmă are acum limite bine fixate și se exercită doar de la distanță. Rolul de părinte își pierde din importanță, iar limitarea sferei de exercitare a autorității poate afecta întregului grup (mai susceptibile fiind aici familiile în care autoritatea este exercitată de un singur membru).

Părinții ajunși la această etapă își privesc poziția dintr-un context multiplu:

- ◆ al sănătății fizice și psihice;
- ◆ al carierei profesionale;
- ◆ al realizărilor familiale.

Caracteristicile acestei etape pentru părinți sunt:

- ◆ de acceptare a ieșirilor din sistemul familial nuclear și a intrărilor în sistemul familial lărgit;
- ◆ de a-și rearanja relațiile maritale.

Relațiile ce se stabilesc cu tinerii la părăsirea căminului trebuie să fie relații de tip adult–adult, iar părinții trebuie să-i accepte pe partenerii acestora precum și noile sisteme familiale. Această etapă, cu schimbările ce se produc în structura, organizarea și funcțiile familiei, prinde adesea familia nepregătită, incapabilă să înțeleagă dorința de independență a tinerilor. Părinții trebuie să înțeleagă și să accepte situația pentru a păstra o comunicare eficientă cu viitorul cuplu.

Din punct de vedere medical, în acest stadiu își fac simțită prezența cel mai adesea simptome ale unor boli cronice (HTA, afecțiuni biliare etc.) care pot fi agravate de tensiunile specifice acestui stadiu. Medicul de familie trebuie să evalueze perspectiva evoluției stării de sănătate a familiei în criză precum și a tânărului ce părăsește domiciliul părintesc. El trebuie să acorde asistență medicală preventivă și curativă atât familiei cât și celui care pleacă.

### **Stadiul 7: Familia “cuib gol”**

În acest stadiu se încheie etapa familiei cu copii. Deveniți adulți, aceștia părăsesc casa părintească, întemeindu-și familii proprii. Tranziția la noua situație nu se face fără dificultăți de adaptare (s-a observat de pildă o divorțialitate ridicată la cuplurile aflate în acest stadiu). Principala problemă pe care o are de rezolvat cuplul familial este ocuparea timpului rămas liber prin degrevarea soților de sarcinile educaționale, consecința eșecului în această tentativă fiind apariția depresiunilor nervoase.

Un factor de protecție în apariția acestora îl reprezintă rolul de bunic. Nașterea primului copil în noua familie, aduce schimbarea de rol, iar bunicii se bucură de ocazia de a avea mult timp nepoții alături de ei, de a se bucura de creșterea lor fără însă a avea responsabilitățile părinților. De obicei relațiile cu familia nou formată se îmbunătățesc la apariția nepoților. În lipsa nepoților familia "cuib gol" își reorientează interesele către exterior, către contacte sociale cu grupurile de vecinătate, cu familia lărgită.

### **Stadiul 8: Pensionarea**

Pensionarea cunoaște mai multe perioade caracteristice:

- ◆ prima perioadă, denumită și luna de miere, este o perioadă plină de bucurii și satisfacții. În această perioadă individul se bucură de libertatea de a-și folosi timpul cum dorește, tot programul se desfășoară altfel decât până acum.
- ◆ a doua perioadă este o perioadă de dezamăgire, de stres maxim. Persoana pensionată se adaptează greu la noile probleme pe care le pune etapa și care pot fi multiple. S-a constatat că femeile se adaptează mai repede acestei situații față de bărbați.

Dacă pentru soție pierderea rolului de mamă este compensat de alte activități casnice, pentru bărbat ieșirea la pensie poate reprezenta un factor de grav dezechilibru psihic. Pensionarea se asociază de obicei cu pierderea încrederii în sine, pierderea prestigiului social, sentimentul dependenței de ceilalți și resentimente care pot sfârși ca și în cazul anterior, în depresiuni grave.

Totuși studiile efectuate au dovedit că mortalitatea nu corelează pozitiv cu pensionarea. Este nevoie de o perioadă de reorientare în care pensionarul se străduiește să fie util familiei, să-și reconsidere bugetul familial, atât din punct de vedere familial cât și afectiv. Caută posibilități de reinsertie în societate, în noua postură. Dacă reușește urmează o perioadă de stabilitate, în care el face față problemelor multiple atât în familie, cât și în societate, devenind un pensionar realist. Dar cu tot procesul de adaptare, îmbătrânirea continuă și afecțiuni vechi sau noi ajung să îl transforme în bolnav, dependent de familie sau social și intră în perioada terminală. Parcurgerea tuturor acestor perioade în etapa pensionării nu este obligatorie.

S-au identificat, în cercetările dedicate acestei teme, patru modele de comportament ale bărbaților ieșiți la pensie:

- ◆ comportament de menținere – efectuarea de activități similare celor din viața activă;
- ◆ transfer de nevoi – satisfacerea aceluiași nevoi cu activități compensatorii;
- ◆ comportament de retragere – pensionarea privită ca odihnă;
- ◆ apariția de alte nevoi funcționale – pensionarea privită ca eliberare de presiuni și dobândire a libertății de a realiza activități amânate.

Alegerea unuia sau altuia din comportamentele de mai sus depinde de personalitatea bărbatului, medicul având și aici un cuvânt important de spus.

Pentru pensionari, adesea familia rămâne singurul punct de sprijin. Ajutorul pe care familia îl acordă pensionarului poate fi moral, afectiv, financiar sau de îngrijire. Există la pensionari dorința de a-și vedea cât mai des copiii, familia lărgită.

Scopurile familiei în etapa pensionării:

- ◆ Adaptarea fizică, psihică și socială la schimbările survenite în această perioadă, fac ca implicațiile acestor schimbări să fie mai ușor suportate;
- ◆ Asigurarea unor condiții de viață adecvate familiei în această etapă;
- ◆ Menținerea contactului cu noile generații reprezintă un scop în dezvoltarea optimă a cuplului în această etapă. Persoanele vârstnice care nu au reușit să mențin contacte strânse cu familiile prietenilor, foștilor colegi, vecinii.
- ◆ Menținerea relației satisfăcătoare în cadrul cuplului, presupunând dragoste, respect, sprijin reciproc. Partenerii care ajung la vârste înaintate împreună devin foarte dependenți, își oferă suport reciproc și afecțiune. Viața cuplurilor cu relații armonioase e de obicei mai lungă și cu evenimente medicale mai reduse comparativ cu divorțații, văduvii. În această etapă târzie cuplurile pot fi foarte fericite și uneori chiar active sexual până la vârste înaintate, ceea ce se consideră a fi benefic pentru sănătate.
- ◆ Participarea la activități de grup menține tonusul fizic și psihic al pensionarilor și vârstnicilor. Tulburările mentale sunt mai frecvente la persoanele cu activitate socială redusă, la cei singuri și necomunicativi. Grupurile pot fi de ordin religios, interesul pentru religie crescând cu vârsta, dar și de orice altă natură ce implică o activitate benefică atât pentru pensionari cât și pentru comunitate.
- ◆ Stadiul final al familiei începe odată cu decesul unuia dintre soți, fapt care ridică problema majoră a adaptării celui rămas la rolul de văduv. Adaptarea la pierderea partenerului de viață constituie schimbări în viața de familie cu repercursiuni deosebite asupra sănătății și dezvoltării ulterioare. Cu cât legătura cuplului a fost mai trainică și mai lungă în timp, cu atât pierderea pare de neînlocuit. Sprijinul copiilor și nepoților este mai mare ca oricând în acest stadiu, iar în lipsa lor în acest stadiu trebuie căutate alte resurse care să înlesnească adaptarea.

Procesul de adaptare la pierderea partenerului însumează o componentă de stres și unele persoane nu se împacă niciodată cu această realitate. Statistic s-a constatat că femeile trăiesc mai mult. Majoritatea supraviețuiesc soților lor, iar adaptarea la bolile cronice este mai bună. De asemenea, tot statistic se constată că numărul recăsătoriilor e mai mic la femei și mai mare la bărbați.

Adaptarea poate fi dificilă și la pierderea unui frate sau a unei rude apropiate și cu fiecare pierdere pregătirea pentru ultimii ani de viață e mai greu de suportat fără sprijinul eficient al familiei.

Cunoașterea stadiilor descrise mai sus (în special în aspectele și implicațiile lor psiho–sociologice), reprezintă o componentă indispensabilă în acțiunea de identificare a problemelor medico–sociale ale unei familii.

#### Situațiile de criză

După cum s–a văzut însă perturbarea funcțiilor familiei poate apare în orice stadiu, grupul familial fiind capabil în măsură mai mare sau mai mică să se echilibreze, contracarând influența factorilor destructuranți și menținându–și funcționalitatea în limite normale.

Crizele care pot să apară pe parcursul diferitelor stadii pot fi împărțite în două categorii:

- ◆ crize tranziționale: – provocate de schimbări importante
  - ◆ căsătoria
  - ◆ nașterea primului copil
  - ◆ pensionarea
  - ◆ pierderea unei ființe dragi
- ◆ crize netranziționale: – care nu sunt legate de o anumită fază a ciclului de vital.

Acestea se pot clasifica în mai multe subclase:

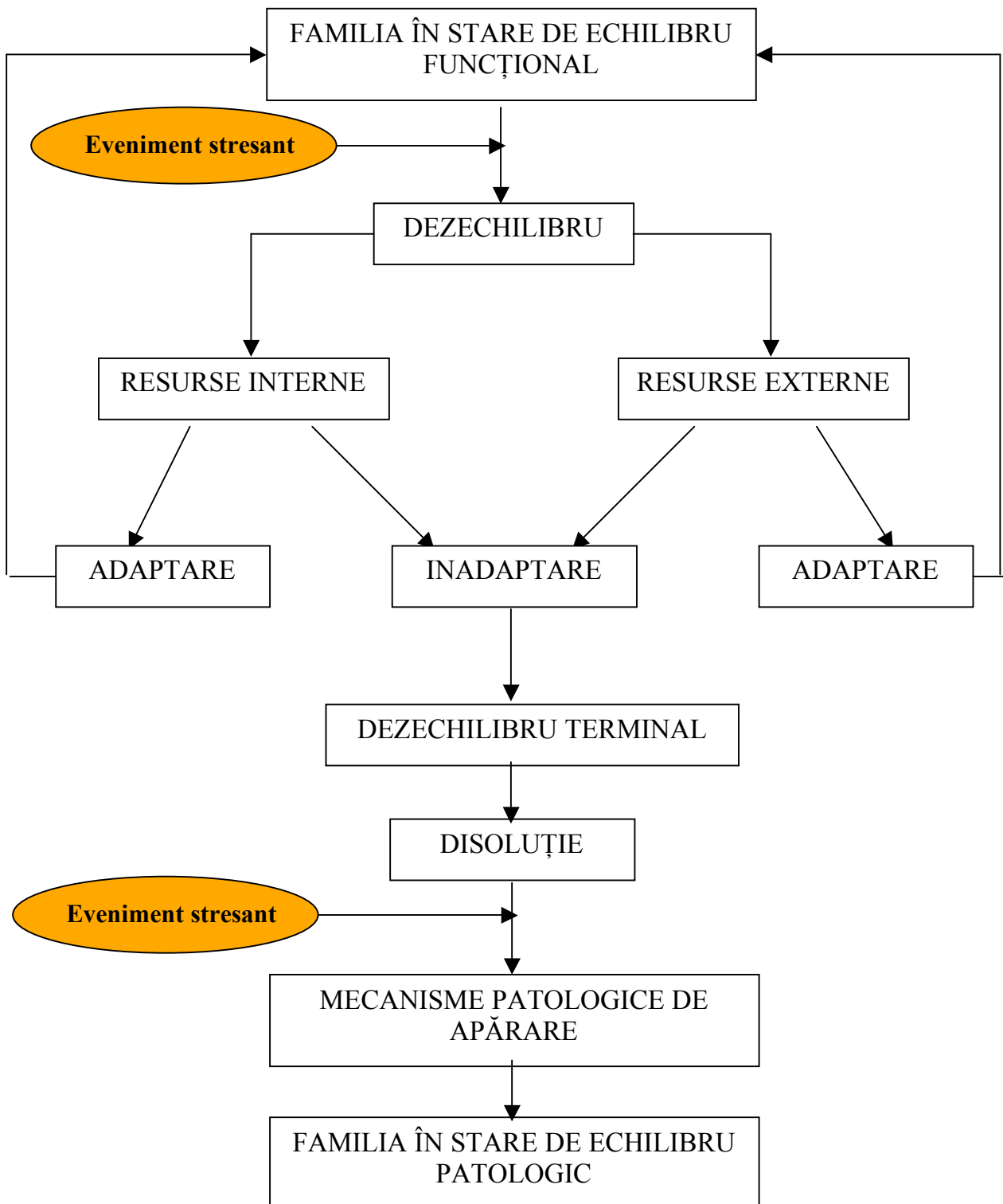
- ◆ dezmembrarea:
  - decesul unui copil, soț, părinte
  - spitalizarea unui membru al familiei
  - separarea membrilor familiei
- ◆ creșterea inopinată:
  - sarcină nedorită
  - reîntoarcerea unui membru ce părăsise familia
  - reîntoarcerea tatălui bun sau a mamei bune
  - regruparea familiei (după calamități)
  - adoptarea
  - bunici în vârstă
- ◆ demoralizarea:
  - neîntreținerea familiei
  - infidelitatea
  - alcoolismul
  - toxicomania
  - dezonoarea
- ◆ crize complexe:
  - naștere nelegitimă
  - abandonarea căminului conjugal
  - divorț
  - închisoare
  - suicid sau omucidere

Pentru depășirea și stăpânirea acestor crize, care mai pot fi numite și evenimente stresante, familia folosește o serie de resurse, atât interne, cât și extrafamiliale care pot fi grupate astfel:

- ◆ resurse sociale, cuprinzând relațiile de interacțiune și comunicare în cadrul grupului familial, ca și relațiile dintre membrii acestuia și grupul de prieteni, rude, vecini, etc;

- ◆ resurse culturale, cuprinzând seturile de valori și norme caracteristice subculturii din care face parte grupul familial, precum și atitudinile corespunzătoare exprimate în subcultura respectivă;
- ◆ resurse economice, cuprinzând mijloacele de subzistență ale familiei privite sub raportul stabilității lor și al măsurii în care acoperă nevoile membrilor;
- ◆ resurse educaționale, cuprinzând nivelele de instruire ale membrilor familiei privite sub raportul în care ajută la înțelegerea situațiilor și contribuie la rezolvarea lor;
- ◆ resurse de mediu, cuprinzând resursele de habitat;
- ◆ resurse medicale, cuprinzând gama serviciilor de sănătate disponibile.

Comportamentul grupului familial înțeles ca sistem, în raport cu mediul social, poate fi urmărit în schema următoare:



Comportamentul grupului familial în raport cu mediul social (adaptată după GABRIEL SMILKSTEIN)

Adaptarea membrilor familiei la nevoile fiecărei etape a ciclului familial precum și posibilitatea de a face față tranzacțiilor și crizelor care pot să apară în orice moment, constituie premisa dezvoltării armonioase și sănătoase a vieții de familie.

Inadaptarea duce la apariția mecanismelor patologice de apărare. Acestea cuprind un evantai larg de procedee prin care membrii familiei ocolesc problemele ridicate de evenimentele stresante, adâncindu-și criza. Dintre aceste procedee enumerăm: evitarea, conversiunea, negarea, deplasarea, amânarea, proiecția, transferul, somatizarea, unele având o importanță deosebită în determinarea stării de sănătate a membrilor familiei.

S-a constatat, de pildă, că un procent semnificativ din problemele pe care pacienții le prezintă medicului sunt reprezentate de somatizarea unor tulburări psihice având la origine neacomodarea la schimbări sociale, între care problemele familiale au un rol major. De altfel, majoritatea problemelor familiale îi apar medicului mascate de simptome fizice. Astfel, bolile psiho-somatice, simptomele vagi ale unor boli organice, numărul mare de afecțiuni declarate de o persoană, consultații medicale la intervale scurte, obișnuința de a consulta mai mulți medici sunt semne sigure ale unor disfuncții ale grupului familial.

Un diagnostic al funcționalității familiei va trebui:

- ◆ să aibă la bază informații privind evenimentele stresante care au afectat sau afectează grupul familial, ca și semnificația atribuită acestor evenimente de membrii familiei;
- ◆ să identifice resursele interne și extrafamiliale de care dispune familia pentru adaptarea la situații atipice;
- ◆ să determine mecanismele patologice folosite de familie pentru a evita disoluția.

Într-o familie normo-funcțională, comportamentul membrilor trebuie să aibă următoarele caracteristici:

- ◆ să se bazeze pe punctele de vedere împărtășite;
- ◆ să fie acceptate de către membri schimbarea și dezvoltarea individului;
- ◆ să existe afecțiune reciprocă;
- ◆ să fie folosite în comun spațiul de locuit, timpul, bugetul familial;
- ◆ să se bazeze pe acceptarea schimbărilor de rol;
- ◆ să promoveze folosirea experienței câștigate în situații anterior rezolvate.

Tipologii familiale sub aspectul instituțional, istoric, situațional-psihologic, structural-funcțional:

Modelul tradițional:

- ◆ de mamă – perseverență, rigiditate, conducerea gospodăriei, educația copiilor;
- ◆ de tată – asigurarea securității economice, exemplul personal pentru copil, dominare prin autoritate;
- ◆ de copil – supus, docil, disciplinat.

Modelul modern:

- ◆ de mamă – susținerea afectivă și agent principal instructiv, educativ;
- ◆ de tată – flexibil, puțin autoritar, susținător moral al copilului;

- ◆ de copil – receptiv și activ în propria sa formare, capabil de inițiativă și responsabilitate.

### ***Indicatori ai sănătății familiei***

Familia este în prezent în centrul atenției cercetătorilor ca un factor precipitator, predispozant și care contribuie la etiologia, îngrijirea și tratarea bolilor fizice și psihice.

Se pune un accent tot mai mare pe calcularea unor indicatori privind sănătatea familiei. Aceștia pot fi:

- ◆ indicatori demografici
- ◆ indicatori sociali
- ◆ indicatori economici
- ◆ indicatori medicali

#### Indicatori demografici

Caracteristicile demografice nu sunt numai variabile generale sau primare ce permit studierea sănătății familiei, ci pot servi ca indicatori direcți ai stării de sănătate.

Sursele datelor de bază folosite pentru stabilirea indicatorilor demografici sunt:

- ◆ recensământul populației;
- ◆ anchetele prin sondaj, studii speciale;
- ◆ statisticile stării civile;
- ◆ statisticile registrelor populațiilor și familiilor – de la birourile de evidență ale poliției.

Anchetele de sănătate reprezintă sursa cea mai importantă.

În ceea ce privește sănătatea familiei, sunt importanți patru indicatori demografici:

- ◆ structura familiei
- ◆ mărimea familiei
- ◆ tipul de familie
- ◆ ciclul de viață al familiei

Ciclul de viață al familiei este influențat de o serie de factori demografici:

- ◆ natalitatea
- ◆ mortalitatea
- ◆ nupțialitatea
- ◆ divorțialitatea

Tot ca indicatori demografici ai sănătății familiei trebuie menționați și:

- ◆ absenteismul (la muncă sau la școală)
- ◆ indicii de pensionare prematură (pentru invaliditate)

## Indicatori sociali

În cercetarea indicilor sociali ai sănătății familiei este util a se face distincția între:

- ◆ indicii cantitativi (obiectivi) – care studiază structura familiei;
- ◆ indicii conceptuali – studiază funcționarea familiei, măsoară interacțiunile afective între membrii familiei.

Abordarea socială are două tipuri de obiective:

- ◆ obiective imediate
- ◆ obiective îndepărtate

Obiective imediate: – o mai bună cunoaștere în ceea ce privește starea de sănătate a colectivității, grupele particular expuse, relațiile cauză–efect între sănătate și variabilele familiei, măsurile preventive.

Obiective îndepărtate:

- ◆ prestarea serviciilor de sănătate;
- ◆ dezvoltarea cercetării în domeniul medicinei preventive, epidemiologiei, psihiatriei, sociologiei, în particular studii asupra colectivității, familiei, structurilor;
- ◆ progresul în cunoștințele privind funcționarea grupului social primar care îl constituie familia.

## Indicatori economici

Abordarea economică a sănătății familiei prezintă interes pentru medic în măsura în care factorii economici pot să o influențeze. Două aspecte economice principale au făcut obiectul a numeroase studii:

- ◆ costul bolii pentru familie;
- ◆ impactul bolii asupra familiei;

Indicatorii de sănătate a familiei este rezultatul caracteristicilor diferiților săi membri. Cu cât familia este mai numeroasă cu atât riscul ca unul dintre membrii săi să fie bolnav este mai mare. În această privință trebuie să se distingă doi indici ce măsoară starea de sănătate:

- ◆ primul, fondat pe date individuale;
- ◆ al doilea, se bazează pe grupul familial – este vorba de regruparea informațiilor individuale care privesc membrii familiei și care unite interesează ansamblul familial.

Se pun astfel în lumină riscurile cumulative, ceea ce va permite să se determine categoriile de familii cu risc înalt.

Un mare număr din variabilele folosite sunt cunoscute și efectele lor diferă de la o societate la alta, de la o fază la alta a ciclului familial și de la un tip de familie la altul. Este important deci, să fie puși la punct noi indicatori care să permită și în particular indicatori care să permită prevederea apariției unei boli mentale sau fizice.

Noii indicatori ar prezenta mari avantaje în măsura în care ar permite:

- ◆ depistarea familiilor puternic expuse riscului de boală mentală sau fizică;
- ◆ calcularea numărului și procentului familiilor în populație;

- ◆ organizarea și planificarea serviciilor de sănătate și serviciilor sociale;
- ◆ efectuarea mai multor studii epidemiologice;
- ◆ ameliorarea învățământului medical universitar și post universitar.

#### Indicatori medicali

Indicatorii medicali sunt de două tipuri:

*Indicatori în raport cu sănătatea mintală.*

Aceasta presupune, în prealabil, definirea bolii mentale.

Literatura consacrată sănătății mentale menționează frecvent anumiți indici pozitivi și mai ales:

- ◆ absența simptomelor psihiatrice;
- ◆ sentiment de satisfacție;
- ◆ exercitarea eficientă a funcțiilor sociale.

Evaluarea incidenței și prevalenței bolilor mentale a permis obținerea unor rezultate mai bune. Cum nu există o metodă tip de a măsura incidența și prevalența bolilor mentale, s-a recurs la datele asupra modalității de utilizare a serviciilor psihiatrice.

De asemenea s-a examinat relația între indicii primei internări într-un spital psihiatric și incidența tulburărilor mentale, ca și între indicii de spitalizare și prevalența bolilor mentale.

Indicatori în raport cu sănătatea fizică – indicatori fizici.

Din această grupă de indicatori fac parte:

- ◆ prevalența factorilor de risc în familie;
- ◆ prevalența bolilor în familie;
- ◆ agregarea bolilor în familie;
- ◆ identificarea familiilor cu risc crescut de îmbolnăvire.

În calcularea indicatorilor fizici s-a pornit de la ideea că, este necesar a decela în colectivități familiile cu risc crescut. În acest scop se măsoară indici care țin cont de:

- ◆ efectele evoluției sănătății asupra funcțiilor familiei și asupra relațiilor între membrii familiei;
- ◆ modul în care caracteristicile familiei (structura, tipul, profilul său cultural, social, economic), influențează sănătatea familiei.

O publicație a O.M.S. asupra aspectelor statistice ale grupului familial în studiile sanitare, a arătat că sănătatea membrilor familiei poate fi măsurată după criterii ca:

- ◆ existența unei boli sau a unui proces patologic antrenând o disfuncție;
- ◆ absența bolii aparente;
- ◆ existența unei bune stări de sănătate atestată de:
  - dezvoltarea fizică
  - funcțiile psihologice
  - probe biochimice.

## **Bibliografie**

- Berer M. *Making abortion seif: a matter of good public health policy and practice*, Buletin of WHO – Reproductive Health, vol.78, 2000
- David G. *Problemes economiques poses par l'assistance medicale e la procreation*, Journal d'economie medicale, 1996
- Enachescu D., Marcu M. Gr., **“Sănătate publică și management sanitar”**, Editura All, Bucuresti, 1998
- Enachescu, D., Marcu, Aurelia – **“Caracteristici medico – sociale ale sanatatii familiei”**, Institutul de Igiena si Sanatate Publica, Bucuresti, 1985
- Giddens A.; **“Sociologie”**, Editura All, București, 2000
- Goode W.; **“World revolution and family patterns”**, The Free Press, New York, 1970
- Greene M. *Lessons and future programmatic directions for involving men in reproductive health. Programming for male involvement in reproductive health*, Report of the meeting of WHO Regional Advisers in reproductive health, Washington DC, USA, september 2001
- Jompan, A. – **“Medicina Familiei”**, Editura Helicon, Timisoara, 1997
- Levi-Strauss C.; **“Antropologia structurală”**, Editura Politică, București, 1973
- Manolescu, A. – **“Managementul resurselor umane”**, Editura Coresi, Bucuresti, 1999
- Marcu Gr.M., Minca Dana *Galieta Sanatate Publica si Management Sanitar*, Ed Universitara “Carol Davila”, Bucuresti, 2003
- Mihăilescu I.; **“Sociologie generală”**, Editura Universității, București, 2000
- Minca, D.G. , Marcu, M.G. – **“Sanatate publica si management sanitar, Note de curs pentru invatamantul post-universitar”**, Editura Universitara “Carol Davila”, Bucuresti, 2004
- Mitrea, Georgeta – **“Valori si atitudini familiale”**, Academia Romana, Institutul National de Cercetare a Calitatii Vietii, 1993
- Mitrofan I., Ciupercă C., **“Psihologia și terapia cuplului”**, Editura Sper, București, 2002
- Mitrofan I., Mitrofan N. , **“Familia de la A la ... Z”**, Editura Științifică, București, 1991
- Pricop F. *Planificare familiala. Elemente interdisciplinare*, Casa de editura Venus, Iasi, 1997
- Rotariu T., Iluț P.; **“Sociologie”**, Editura Mesagerul, Cluj-Napoca, 1996

- Starfield, Barbara – **“Primary Care – Balancing Health Needs, Services and Technology”**, Oxford University Press, 1998
- Trebici, V. – **“Demografia”**, EDP, Bucuresti, 1979
- Ursoniu, Sorin – **“Management sanitar”**, Editura de Vest, Timisoara, 2000
- Van Es, J.C.- **“Medicul de familie si pacientul sau”**, Editura Libra, Bucuresti, 1997
- Vladescu, C. (coord.) – **“Managementul serviciilor de sanatate”**, Editura Expert, Bucuresti, 2000
- Voinea M.; **“Psihosociologia familiei”**, Editura Universității, București, 1996
- Vulcu, L., Cojan, A -, **“Management – note de curs pentru conducerea serviciilor medicale sau sociale”**, vol. 1, Sibiu, 1996
- Zamfir C., Vlăsceanu L.(coord); **“Dicționar de sociologie”**, Editura Babel, București, 1998
- \*\*\* - Codul Deontologic al Colegiului Medicilor din Romania
- \*\*\* - Raportul national al dezvoltarii umane, 1998, Romania realizat de Academia Romana, Bucuresti, 1998
- \*\*\* - [www.inahta.org](http://www.inahta.org)
- \*\*\* - [www.infoeuropa.com](http://www.infoeuropa.com)
- \*\*\* - [www.ms.ro](http://www.ms.ro)
- \*\*\* Anuar de statistica sanitara 2001, Ministerul Sanatatii, Centrul de calcul, statistica sanitara si documentare medicala, 2002
- \*\*\* HG nr.169/2003 privind organizarea si finantarea programelor de sanatate
- \*\*\* *Leadership in Logistics: A Slide Show for Family Planning Policymakers*, 1995, [www.cdc.gov/nccdphp/logistic/global\\_anresour.html](http://www.cdc.gov/nccdphp/logistic/global_anresour.html)
- \*\*\* Legea 100/1998 privind asistenta de sanatate publica
- \*\*\* Ordinul MS 136 privind înființarea cabinetelor de planificare familială
- \*\*\* *Programul național 3 de sănătate a copilului și familiei*, [www.gov.ro/obiective/msf/volumul2/pdf](http://www.gov.ro/obiective/msf/volumul2/pdf)
- \*\*\* Studiul: **“Sănătatea Reproducerii”**, raport final, martie 2001
- \*\*\* *The X Family Planning – A commitment to reproductive health*, Center for Reproductive Rights, [www.crip.org/pub\\_fac\\_titlex2.html](http://www.crip.org/pub_fac_titlex2.html)