PREGNANCY AND MATERNITY IN ADOLESCENCE: BACKGROUND,CONSEQUENCES, PREVENTION AND INTERVENTION

Maria Rodica Iacobescu
Lecturer, PhD., „Ștefan cel Mareț University of Suceava

Abstract:Preganancy and mothership during the teenage years are two interconnected phenomena, frequently approached in scientific studies and social policies, due to the great impact that they have on the young families (single or both parents), and on the whole community and society level. The major predictors of teenage pregnancy refer to individual, domestic and vicinity factors, also to contextual factors such as race, ethnicity and society. The most important consequences that the teenager has to suffer include socioeconomical and professional integration problems, and for the child, problems related to health and education. Reducing the number of pregnant teenagers is possible by creating and implementing prevention and intervention programs. In order to prevent the abandonment of children born of teenage mothers, the involvement of the social protection services is necessary. An important role in this process is played by the Maternal Centers.

Keywords: teenage, pregnancy, maternity, child, Maternal Center

1. Introducere în problematica maternității timpurii

Problema sarcinii şi maternităţii la adolescente suscită atît interesul teoreticienilor preocupaţi să explice cauzalitatea şi implicaţiile acestui fenomen, cît şi preocuparea concretă a profesioniştilor din domeniul asistenţei sociale de a oferi, prin serviciile de protecţie socială, suportul necesar mamelor minore pentru a-şi putea îndeplini rolul parental, încercîndu-se astfel prevenirea abandonului copilului. Numeroase studii de specialitate, centrate pe tema maternităţii la tinerele mame, atrag atenţia asupra faptului că există riscuri majore asupra evoluţiei ulterioare a acestora, pornind de la un nivel scăzut de şcolarizare şi un acces redus pe piaţa muncii şi ajungînd la dezavantaje socioeconomice considerabile, care pot duce la sărăcie, cu toate consecinţele sale asupra noii familii monoparentale sau biparentale.

Deşi termenii de sarcină, naştere şi părinte sunt utilizaţi adeseori în mod imprecis, există anumite diferenţe între ei. O anumită parte a sarcinilor la adolescenţă ajung la termen şi se sfîrşesc printr-o naştere, dar o mare parte dintre ele sunt întrerupte prin avorturi. Uneori, se poate întîmpla ca o adolescentă să nască un copil mort ca urmare a unui avort. Maternitatea „apare doar dacă sarcina are ca rezultat naşterea şi dacă tinerii părinţi îşi asumă responsabilităţile îngrijirii şi susţinerii copiluluiț (Adams şi Berzonschi, 2009, p. 463). Cel mai ridicat procent dintre sarcinile adolescentelor îl constituie sarcinile nedorite.

Graviditatea adolescentelor este un subiect care a dat şi dă naştere unor interpretări diverse, care au, totuşi, un nucleu comun şi anume faptul că întotdeauna este prezentată ca fiind o problemă medicală şi socială. Specialiştii în sănătate atrag atenţia asupra complicaţiilor medicale pe care le presupune sarcina prematură atît asupra organismului în creştere şi în formare al adolescentei, cît şi asupra riscurilor la care este expus copilul. Anchetele medicale desfăşurate în ultimele două, trei decenii au arătat că, în condiţiile unui nivel socioeconomic şi a unui statut matrimonial identic, sarcina la adolescenţă este identică cu cea a femeilor mai mature. Cu toate acestea, sarcina la adolescenţă este abordată critic, datorită dificultăţilor sociale pe care maternitatea precoce le poate induce pe termen scurt şi lung. Sunt evidenţiate riscurile psihosociale, dificultăţile psihoemoţionale, condiţiile de viaţă,

inadaptarea socială, ruperea legăturilor familiale, abandonul şcolar, monoparentalitatea, maltratarea copilului şi chiar infanticidul (Goyette şi colab., 2009).Toate aceste riscuri invocate fac ca sarcina şi maternitatea la adolescenţă să fie considerate ceva patologic, neîncadrîndu-se în normele sociale acceptate într-o anumită societate (Fraser et al, 1995 ; Fergusson şi Woodward, 1999).

Dată fiind complexitatea adolescenţei ca perioadă de trecere de la copilărie la vîrsta adultă tînără, cu toate modificările fizice, fiziologice, cognitive, emoţionale pe care le presupune, numeroşi specialişti consideră că organismul adolescentelor nu este încă pregătit să aducă pe lume copii şi că, la această vîrstă, mamele sunt imature, nu au aptitudini parentale şi nu au autonomia, mai ales financiară, necesară creşterii unui copil. „Sănătatea sexuală şi reproductivă a adolescenţilor ca parte componentă a sănătăţii individului are o importanţă deosebită pentru dezvoltarea capitalului uman şi reproducerea populaţiei, asigurînd, împreună cu o educaţie performantă, bunăstarea şi creşterea productivităţii, ceea ce, la rîndul său, contribuie la dezvoltarea socioeconomică sustenabilă, ameliorarea calităţii vieţii. Investiţiile în sănătatea adolescenţilor de astăzi constituie investiţii în forţa de muncă, părinţi şi cetăţeni de mîineț (Găgăuz, 2015, p. 4).

Potrivit altor studii (Le Van, 2006, p. 226-232,), există adolescente pentru care sarcina şi maternitatea reprezintă nevoia uriaşă a adolescentelor de a se identifica cu femeia matură, de a accede la identitatea de femeie şi mamă, pentru a intra în rîndul adulţilor. Pentru unele dintre ele, maternitatea poate fi ultima soluţie la deriva propriei existenţe, poate însemna accederea la un statut social minimal, poate fi o şansă pentru a înainta în viaţă găsind în copil forţa necesară pentru a face aceasta. După cum se poate observa, maternitatea la adolescenţă este adesea un răspuns la probleme de ordin social, familial sau existenţial, avănd propria sa logică care nu corespunde cu cea impusă de normele sociale.

Problema comportamentului sexual la adolescenţă, precum şi cea a sănătăţii reproducerii la această vîrstă au fost influenţate în ultimele zeci de ani de o serie de factori precum pubertatea precoce, creşterea vîrstei la căsătorie, aderarea la valori venite odată cu globalizarea, noile tehnologii de comunicare în masă, migraţia, reducerea ponderii familiilor extinse, creşterea numerică a familiilor monoparentale. Vechile tradiţii care nu încurajau relaţiile sexuale înainte de căsătorie au pierdut terenul, sexul premarital în rîndul adolescenţilor şi al tinerilor fiind ceva obişnuit, fapt ce implică consecinţe serioase cu privire la sănătatea reproducerii şi la apariţia sarcinilor nedorite.

2. Antecedentele sarcinii la adolescente

Factorul determinant al sarcinii la adolescenţă îl constituie, firește, relaţiile sexuale. Cercetările în acest sens se axează pe indicatori precum vîrsta începerii vieţii sexuale, frecvenţa relaţiilor sexuale, numărul de parteneri, folosirea mijloacelor de contracepţie.

Inﬂuenţele individuale

Cea mai mare parte a cercetărilor dedicate fenomenului mame adolescente s-a focalizat asupra factorilor de mediu, contextuali, dar există şi studii axate pe rolul geneticii şi al eredităţii sau pe importanţa apariţiei premature a pubertăţii. Astfel, s-a constatat existenţa unor corelaţii între vîrsta primei menarhe a mamei şi fiicei, dar şi o corelaţie între vîrsta timpurie a mamelor la primul raport sexual şi începerea precoce a vieţii sexuale la fiii şi fiicele lor. „Modelele genetice comportamentale ale vîrstei primului raport sexual sunt prezise de influenţele mediului diferit, care indică faptul că influenţele genetice explică unele schimbări atît în debutul primului raport sexual timpuriu, cît şi în cel întîrziatț (Adams şi Berzonschi, 2009, p. 465).

Alţi cercetători au constatat prezenţa unei legături între dezvoltarea pubertară timpurie, vîrsta primului raport sexual şi sarcină, şi s-a sugerat că „dezvoltarea pubertară timpurie este asociată cu experienţe timpurii în relaţiile intime, inclusiv cu o implicare

sexuală cu un număr mai mare de parteneri şi o probabilitate mai ridicată a sarcinii la adolescenţe (*ibidem*, p. 465).

Mediulfamilial

Familia exercită o serie de influenţe asupra riscului de apariţie a sarcinilor la adolescente prin transmiterea ereditară a unor anumite caracteristici descrise anterior, prin procesele familiale sau practicile parentale, precum şi prin trăsăturile de familie contextuale şi structurale, ca de exemplu educaţia părinţilor, statutul lor marital, numărul de fraţi.

Numeroşi cercetători au analizat relaţia dintre riscul apariţiei sarcinii la adolescente şi anumite variabile ale relaţiei părinte-copil: ataşamentul copilului faţă de părinţii săi, căldura părintească, sprijinul, apropierea dintre părinte şi copil (Miller, Benson şi Gailbraiht, 2000, în *ibidem*, p. 466). Rezultat a două decenii de cercetări (1980-2000), studiul lui Miller şi colaboratorii săi evidenţiază rolul atitudinilor şi valorilor parentale în legătură cu relaţiile sexuale ale adolescentelor în creşterea sau diminuarea riscului de apariţie a sarcinii la adolescente. Influenţa factorilor familiali a fost confirmată şi de alte studii (Pereira şi colab., 2005, p. 655-671) care au efectuat o analiză comparativă între un grup de 57 de adolescente gravide şi altul de 81 de adolescente fără experienţa graviditătţii, şi au arătat că un nivel mai scăzut de protecţie maternă şi de suport emoţional paternal, precum şi prezenţa unui istoric matern al sarcinii timpurii sunt semnificativ asociate cu dezvoltarea unei sarcini la vîrsta adolescenţei.

O relaţie apropiată şi caldă între mamă şi fiică este asociată cu amânarea relaţiei sexuale a fiicei. Supravegherea copiilor de către părinţi duce la reducerea riscului sarcinii, datorită unui debut sexual mai tîrziu şi a unui număr mai scăzut de parteneri sexuali, dar un control maternal intruziv al adolescentelor este corelat cu un comportament de risc ridicat printre adolescentele active sexual. Studiile care au investigat relaţia dintre comunicarea părinte - copil şi riscurile sarcinii la adolescenţă au arătat că nu există un efect simplu, direct, deoarece conţinutul comunicării părinte copil, frecvenţa şi calitatea variază în mare măsură, fiind influenţate şi de comportamentul copilului. „Apropierea dintre părinte şi copil este asociată cu : atitudinile tinerilor în ceea ce priveşte sexul, sentimentele de depresie, controlul motivaţiei, activităţile prosociale şi academice, folosirea de substanţe şi legătura cu congenerii activi sexuali, toate acestea fiind raportate la comportamentul sexual al adolescenţilor şi la sarcinăţ (Adams şi Berzonschi, 2009, p. 467).

Jacard, Dittus şi Gordon (1996, *idem*) au investigat modul în care valorile şi atitudinile părinţilor cu privire la sex şi sarcină transmise copiilor, îi ajută să prevină sarcina fie prin abstinenţă sexuală, fie prin folosirea anticoncepţionalelor şi au ajuns la concluzia că acestea sunt mai eficiente atunci cînd există apropiere şi căldură părintească. Alte studii evidenţiază influenţele contextuale ale familiei, cum ar fi cele exercitate de statutul marital al părinţilor şi fraţii sau surorile mai mari. S-a conchis că acei copii care au fost crescuţi de un părinte singur îşi încep viaţa sexuală mai repede, datorită atitudinilor sexuale mai permisive ale părintelui. Acest fapt poate explica riscul de a rămîne însărcinate la fetele crescute în familii monoparentale. Faptul de a avea surori mai mari, care şi-au început timpuriu viaţa sexuală sau au rămas însărcinate la adolescenţă, prezintă, de asemenea, un risc crescut pentru apariţia sarcinii. Numeroase studii recente au arătat că adolescentele care au experimentat situaţia de abuz sexual în copilărie prezintă un risc mai ridicat de avea o sarcină, din cauza relaţiilor sexuale benevole şi prin folosirea inconsecventă a anticoncepţionalelor.

Influenţa partenerului

Potrivit lui Sundby şi colab. (1999, p. 11-19,), utilizarea sau nefolosirea contracepţiei pare să depindă de comunicarea între parteneri. Dificultăţile asociate discuţiilor despre sexualitate şi contracepţie, timiditatea, lipsa experienţei, credinţa că utilizarea prezervativelor reduce aspectele romantice, sunt factori care pot influenţa eşecul contracepţiei.

În studiul realizat de Herbigniaux şi Thai (2005, p. 44), printre motivele legate de neutilizarea prezervativelor, 41,8% dintre tineri (fete şi băieţi) menţionează încrederea în partener şi 33,1%, disconfortul faţă de partener. Jewell şi colab. (2000, p. 522-528) au observat că ataşamentul emoţional pentru partenerul lor este invocat, destul de frecvent, de unele tinere, pentru a explica comportamentul lor de asumare a riscurilor. În relaţiile pe termen lung, contracepţia nu a fost folosită în mod constant. Dacă sondajul efectuat de Herbigniaux şi Thai (2005) arată importanţa participării partenerului în abordarea contracepţiei pentru evitarea sarcinii, Davies şi colab. (2003, p. 55-62,) observă că există situaţii în care partenerul poate să influenţeze dorinţa tinerei de a rămîne însărcinată, deoarece el îşi doreşte asta.

Influenţele congenerilor

Reţeaua socială a prietenilor adolescenţi poate juca un rol pozitiv sau negativîn utilizarea contraceptivelor şi apariţia sarcinii.Studiul realizat de Herbigniaux şi Thai (2005, p. 44), axat pe motivaţia adolescenţilor cu privire la utilizarea mijloacelor contraceptive, evidenţiază că 37,4% dintre tineri (fete şi băieţi) menţionează importanţa discuţiilor cu prietenii cu privire la acest subiect. Pe de altă parte, Pereira et al. (2005, p. 655-671) observă că un nivel mai scăzut de socializare, o reţea slabă de prieteni sunt semnificativ asociate cu posibilitatea de apariţie a unei sarcini în timpul adolescenţei.

Congenerii exercită patru tipuri de influenţe care pot duce sau nu către un comportament riscant. Cea mai cunoscută formă de influenţă, presiunea congenerilor este exercitată mai mult de cunoştinţe şi nu de prieteni apropiaţi şi ea poate duce la încurajarea activităţii sexuale precoce şi la sarcină timpurie. Al doilea tip de influenţă este modelarea din partea congenerilor, dar aceasta este dificil de studiat, dat fiind faptul că sexualitatea şi sarcina sunt preocupări intime. „ Eder a descris lecţiile jucăuşe de învăţare în grupuri mici de adolescente, pe măsură ce acestea abordează şi flirtează cu băieţii doriţi din şcoală. Cercetătorii au stabilit o legătură între riscul de a începe mai devreme viaţa sexuală şi sarcina timpurie în cazul preadolescenţilor care locuiesc împreună cu adolescenţi care sunt activi sexual sau cu surori însărcinate (Cox, Emans şi Bithoney, 1993, p.138-142; East, 1996, p. 267-282). Televiziunea prezintă o altă potenţială sursă de modelare a sexualităţii adolescenţilor determinîndu-i să se comporte într-un anume fel în situaţii intime (Children Now and the Kiser Family Foundation, 1996, în Adams şi Berzonschi, 2009, p. 469).

Alt gen de influenţă face referire la comportamentul obişnuit şi la aşteptările adolescenţilor, pe care aceştia trebuie să le confirme pentru a obţine acceptarea prietenilor. Percepţiile adolescenţilor în legătură cu viaţa sexuală a congenerilor a fost puternic asociată cu relaţiile sexuale ulterioare ale acestora. Atitudinile pozitive ale prietenilor în ceea ce priveşte relaţiile sexuale au fost asociate cu atitudinile pozitive ale adolescenţilor în legătură cu acest subiect şi cu comportamentul lor sexual actual. Dimpotrivă, faptul de a avea prieteni cu aşteptări educaţionale mari şi cu note bune duce la şanse scăzute de a se înregistra sarcini la vîrste fragede.

Al patrulea tip de influenţă se referă la crearea ocaziilor de a se implica în relaţii sexuale. În grupuri se practică întîlnirile de la vîrste fragede şi este mult mai probabil ca adolescenţii să aibă activităţi sexuale de timpuriu. Unele grupuri par să aibă o influenţă deosebită ca urmare a relaţiilor sexuale la vîrsta adolescenţei, legată de popularitate şi creştere de statut.

Cartierul

Rolul comunităţii în apariţia sarcinii la adolescenţă se referă la un context social care permite şi încurajează sau, dimpotrivă, interzice şi descurajează o multitudine de comportamente la adolescenţă. Acest context se referă la condiţiile sociale, economice şi

educative, dar și la existența și activitatea unor instituții sociale, religioase, economice și politice. Apartenența la un cartier se asociază cu un anumit statut socioeconomic „definit de locuință, nivelul venitului și al sărăciei, precum și nivelul de realizare educativăț (*ibidem*, p.470), care influențează în mod egal atît fetele, cît și băieții. Șomajul ridicat în cartier este un predictor consistent al probabilității de paternitate adolescentină și are o influență nefastă asupra adolescentelor. În comunitățile care oferă puține oportunități de angajare, adolescentele se arată a fi mai puțin motivate să întîrzie trecerea la activitatea sexuală (*idem*).

Rasa/etnia și statutul socioeconomic

Așa cum arătă numeroase studii (Ventura *și colab.*,1996, în *ibidem*, p. 470), sarcina și maternitatea la vîrsta adolescenței variază mult de la o rasă la alta și la nivelul grupurilor etnice. Aceste diferențe rasiale, etnice sunt corelate cu statutul socioeconomic scăzut al unor grupuri etnice și rasiale, dar nu există explicații universal valabile pentru diferențele rasiale și etnice referitor la sarcină și natalitate. Pe lîngă această explicație, s-a arătat că există unele culturi care manifestă mai multă toleranță la nașterea la adolescente și față de o sexualitate timpurie. „Nașterea la vîrsta adolescenței poate fi în strînsă legătură cu expectațiile scăzute la unele grupuri rasiale/etnice, spre deosebire de sărăcie, renunțarea la școală sau oportunitățile unui loc de muncă în cartier.ț (*ibidem*, p. 471).

Pentru multe adolescente ce aparțin umor grupuri etnice (africane, rrome, magrebiene), sarcina este o confirmare a capacității de procreare, este un ritual de trecere de la copilărie la lumea adulților (Seince, Pharisien, Uzan, 2003, p.212).

3.Luarea deciziei și soluționarea situației în legătură cu sarcina la adolescente

Începerea timpurie a vieții sexuale și neluarea unor măsuri contraceptive duc adesea la apariția sarcinii la adolescente. De cele mai multe ori, această sarcină este una nedorită, iar adolescenta, uneori și partenerul ei sau părinții, sunt puși în situația de a alege între trei variante: să întrerupă sarcina printr-un avort, să ducă sarcina la termen și să dea copilul spre adopție, sau să fie părintele copilului.

Decizia poate fi influențată de o multitudine de factori precum: atitudinile personale și familiarizarea în legătură cu avortul, calitatea de părinte și adopția, influența sau presiunea unor persoane importante, de exemplu, părinți și parteneri, accesul și utilizarea consilierii în legătură cu sarcina, adopția, avortul și serviciile prenatale, factorii legați de mediul socioeconomic, dar și culturali.

Motivul principal pentru care numeroase adolescente aleg avortul este acela că doresc să păstreze secret faptul că au experimentat viața sexuală și implicațiile acesteia. Alte motive menționate se referă la lipsa posibilităților materiale, la modul în care un copil la această vîrstă ar afecta planurile de viață ale adolescenților, la felul în care calitatea de părinte ar interfera cu școala sau munca, sau ar modifica relațiile cu familia de origine. Un motiv solid îl constituie instabilitatea relației dintre adolescentă și partenerul ei, neasumarea de către acesta a vreunei responsabilități. În ceea ce privește influența exercitată de membrii familiei asupra deciziei de a face avort, studiile au evidențiat că surorile recomandă avortul, o mare parte din mame susțin ducerea sarcinii pînă la capăt, pe cînd tații au o influență nesemnificativă.

Influențate de pozițiile anti-avort ale celorlalți oameni din mediul familial sau comunitar (Tabberer și colab., 2000, citată în Arai, 2003, p.119-216,), unele adolescente însărcinate manifestă reticență față de întreruperea sarcinii. Cele mai multe fete din studiul Arai justifică respingerea avortului în România, referindu-se la credințele lor "pro-viață", insuflate de valorile creștine.

Într-un studiu calitativ pe 34 de tinere cu vîrsta între 16-20 de ani, Jewell și colab. (2000, p. 522-528) au arătat existența unor corelații între statutul socio-economic și atitudinile față de sarcină și avort ale adolescentelor. Comparativ cu femeile tinere din

mediile avansate din punct de vedere socio-economic, care consideră că maternitatea precoce ar fi o piedică în calea dezvoltării personale şi profesionale, cele din medii defavorizate nu agreează avortul ca soluţie la problema sarcinii lor şi chiar se simt obligate să demonstreze, în ciuda vîrstei, că sunt mame capabile.

Atunci cînd adolescentele însărcinate decid să ducă sarcina la termen şi să încredinţeze spre adopţie copiii născuţi, s-a constatat că această decizie este în legătură cu rasa, educaţia, nivelul veniturilor, aspiraţiile legate de educaţie şi carieră. Privitor la relaţia dintre vîrsta mamei şi decizia de a da copilul spre adopţie, studiile sunt contradictorii în această privinţă, unele susţinînd că preadolescentele sunt mai dispuse să ia această decizie, altele, dimpotrivă, arată că tinerele din stadiul adolescenţei prelungite au tendinţa de a renunţa la copil în proporţie mai mare decît mamele mai mici. Dacă au o educaţie mai bună şi obiective profesionale, e posibil ca adolescentele mame să plaseze copiii spre adopţie şi apoi să folosească anticoncepţionalele pentru a preveni apariţia altei sarcini nedorite. Un rol hotărîtor îl are şi influenţa exercitată de persoanele importante din viaţa adolescentei. Dacă mama sau prietenul preferă adopţia, este mult mai probabil ca adolescenta să renunţe la copil în favoarea adopţiei. Acele tinere care cred că au mai multe şanse de a se realiza în viaţă fără un copil care necesită îngrijire permanentă, au tendinţa de a a-şi da copilul spre adopţie, iar cele care cred că a fi mame le va oferi oportunităţi mai bune, probabil vor alege să-l păstreze.

Rolurile şi vîrsta tatălui

În general, se crede că, de regulă, partenerii adolescentelor sunt tot adolescenţi. Studiile arată însă că mulţi dintre ei sunt adulţi şi că numai un sfert dintre ei au sub 19 ani. Unele cercetări au descoperit că este mai puţin probabil ca fetele care au o relaţie cu un bărbat adult să utilizeze contracepţia decît cele care au o relaţie cu adolescenţi, iar posibilitatea de a avea o sarcină nedorită este mai mică la fetele cu parteneri adulţi. Aceşti bărbaţi adulţi care au copii cu adolescente prezintă unele deosebiri comparativ cu cei de vîrsta lor care au relaţii şi copii cu femei tinere sau mature. Este posibil să aibă un nivel de educaţie scăzut, să fie şomeri, dar pot să se afle şi pe o treaptă superioară în ierarhia profesională.

Cea mai mare parte din adolescentele care decid să devină mame nu se căsătoresc cu partenerul lor şi rămîn singure avînd responsabilitatea creşterii şi îngrijirii copilului, formînd familii monoparentale aflate, de cele mai multe ori, în dificultate.

3. Consecinţele sarcinii şi naşterii copiilor în adolescenţă

Impactul asupra vieţii adolescentelor

În discursurile actuale, sarcina şi maternitatea precoce sunt adesea descrise ca fiind problematice şi patologice. Acest portret al parentalităţii precoce provine din numeroase studii care au scos în evidenţă consecinţele negative asupra adolescentelor şi copiilor lor. Există însă şi alte cercetări care au arătat modul în care o parte din adolescente, unele ajutate de partenerii lor, de părinţi sau de serviciile sociale au reuşit să-şi asume şi să se integreze în noul lor rol de părinte. Chiar dacă există anumite stereotipuri privind vîrsta la care este potrivit ca o femeie să devină mamă, mamele adolescente nu mai sunt stigmatizate ca acum cîteva decenii şi multe dintre ele beneficiază de sprijinul familiei şi al comunităţii, cărora le aparţin.

Aceste modele de reuşită sunt reduse numeric în comparaţie cu modelele în care mamele adolescente se confruntă cu probleme de adaptare la maternitate, neavînd susţinerea familială postnatală. Ele au dificultăţi legate de inserţia socială şi sunt cele care nu au apelat la serviciile de sănătate şi la cele sociale, la programele de ajutor existente. În comparaţie cu femeile mai mature, mamele adolescente sunt mai susceptibile de a avea un număr mai mare de experienţe negative la vîrsta adultă în cea ce priveşte sănătatea fizică şi psihică, izolarea socială şi familială şi sărăcia. Absenţa susţinerii financiare din partea tatălui copilului, dar şi din partea familiei de origine, face ca aceste mame să ajungă beneficiare ale sistemului de

protecție socială și să trăiască, probabil, în sărăcie. Tinerele mame au adesea un nivel scăzut de educație, ceea ce face ca oportunitățile de a-și ameliora condiția socio-profesională să fie reduse, perpetuîndu-se astfel dependența de ajutorul social. Ele au o probabilitate mare de a abandona școala, dar există și situații în care o pot continua datorită sprijinului oferit de familie, mai ales cînd bunica preia rolul matern al fiicei sale. „Maternitatea timpurie tinde să întrerupă perioada îndelungată a educației și instruirii necesare în societățile dezvoltate pentru autosuficiența adultului. Pruncii și copiii născuți de mame adolescente se vor confrunta cu dezavantaje cognitive, sociale și economice. Maternitatea la adolescente impune de asemenea o povară financiară semnificativă asupra familiilor extinse și societății, prin diferite forme de asistență publică" (Adams și Berzonsky, 2009, p.461).

Numeroase studii s-au ocupat de starea de sănătate psihică și fizică a mamelor adolescente, arătînd că pot avea probleme de sănătate mentală, îndeosebi simptome depresive. „Din cauza vîrstei biologice fragede a mamei și a condițiilor psihosociale și fizice în care decurge sarcina, pot apărea probleme medicale. Îngrijirea prenatală este foarte importantă și multe mame adolescente, dacă nu au suport din partea familiei, sunt expuse riscului de a nu beneficia de ea. Organismul adolescentei fiind într-o continuă dezvoltare, afecțiunile relaționate cu sarcina sunt: traumatisme la nivelul coloanei vertebrale și al oaselor pelvine, anemie, malnutriție, hemoragie postnatală, probleme psihoemoționale apărute din cauza modificărilor hormonale. Corpul adolescentei însărcinate este un corp între copil și adult, care poartă în el un alt copil și, din acest motiv, manifestările fizice, psihice și emoționale sunt mai accentuate decît la mamele de vîrstă adultă" (Iacobescu, în Neamțu, coord., 2016, p.53).

Depresia post partum apare, după naștere, la cele mai multe adolescente fără susținere din partea familiei, afectînd numeroase femei, indiferent de vîrstă. Simptomele tipice acestei afecțiuni sunt: „tulburări de somn, lipsa dispoziției, neliniște și iritabilitate, anxietate nejustificată față de starea copilului, neliniște și agitație" (Șerban, 2005, p.91). O tulburare mult mai gravă decît depresia postnatală este psihoza post-partum, puerperală, care se manifestă prin halucinații auditive și vizuale și necesită tratament psihiatric, pentru că mama poate ajunge să-și abuzeze fizic copilul, punîndu-i viața în pericol.

Emoțional, sarcina la orice vîrstă, dar mai ales la adolescență, este o „perioadă de multiple conflicte atît la nivel intern (conflictul intrapersonal Ŕ din conștiința femeii gravide), cît și la nivel extern (conflictul interpersonal Ŕ în relația cu ceilalți membrii ai familiei și cu ceilalți actori sociali)" (Adams și Berzonsky, 2009, p.461*)*. „Datorită modificărilor hormonale care apar în timpul sarcinii, adolescenta poate trece printr-un registru foarte încărcat de stări emoționale care pot merge de la o extremă la alta: unele se simt mai izolate, singure, altele se trezesc că sunt mai absente, mai puțin preocupate decît de obicei de unele discuții pe care altădată le-ar fi considerat interesante" (*idem)*.

Așa cum arată Cojocaru (2002, p. 63-66), tînăra mamă poate avea temeri că nu ar fi în stare să-i ofere suficientă dragoste copilului, s-ar putea îndoi de propria sa maternitate, s-ar putea teme pentru copilul său, ar putea fi îngrijorată că nu va fi susținută de partener și de familia ei, că nu va primi sprijin moral pentru creșterea și îngrijirea copilului. Ei îi este frică și de posibilitatea de a transmite unele boli copilului său (*ibidem*, p.70-71), dar și de momentul aducerii pe lume a copilului.

După naștere, este esențial să se dezvolte legătura mamă -copil, dar, deși unele dintre mamele adolescente par să se obișnuiască cu noua lor condiție, investiția în relația cu propriul copil este marcată de instabilitate. Ele au adesea o bună capacitate de a se juca cu copilul lor, însă pot fi mai rigide decît celelalte mame în lor convingerile de genul: "este înfometat", "trebuie să doarmă", etc., iar acest comportament seamănă mai degrabă cu cel al unei fetițe care se joacă cu o păpușă. De asemenea, ele pot percepe copilul fie „ca o consolare, fie ca un

țap ispășitor, responsabil pentru nenorocirile sale. Prin urmare, este esențial să se asigure că fetița poate fi ajutată să își asume rolul de mamă (Seice, Pharisien și Uzan, 2003, p.223).

Din perspectivă socială, așteptarea copilului poate fi o sursă de emoții și sentimente negative pentru adolescenta care va deveni mamă, atunci cînd apar condiții sociale nefavorabile cum ar fi nelegitimitatea sarcinii, nedefinirea clară a statutului marital, un partener abuziv sau cu tulburări de comportament, lipsa unei locuințe pentru mamă și copil, situație financiară și materială precară (Șerban, 2005, p. 96). Numeroase mame adolescente rămîn necăsătorite și fără sprijin financiar din partea tatălui copilului, pentru că pensia alimentară nu poate fi plătită de către acesta sau sumele fixate de tribunal sunt adesea insuficiente.

Efecte asupra copilului

O altă problemă subliniată în literatura de specialitate este cea legată de copiii mamelor adolescente. Se presupune adesea că acești copii vor avea o viață dificilă, pentru că ei intră într-un cerc vicios în interiorul căruia se conjugă un ansamblu de stigmate: carențe afective, absența valorilor morale, fragilitatea capitalului financiar și uman și probleme de sănătate. Într-o oarecare măsură, toate aceste dezavantaje sunt prezente în numeroase familii monoparentale, dar și în unele familii biparentale. Cel mai mare pericol pentru copil este posibilitatea ca acesta să fie abandonat, mai ales dacă mamele minore sunt vulnerabile economic. Înainte de naștere, multe mame adolescente se gîndesc la copil ca la o jucărie, însă, odată confruntate cu un copil real care are propriile sale nevoi, conștientizează că responsabilitățile le depășesc posibilitățile. Abandonul copilului poate avea consecințe dramatice asupra dezvoltării sale ulterioare.

O altă problemă extrem de gravă este mortalitatea în rîndul copiilor adolescentelor. Numeroși copii se nasc prematur sau cu diferite probleme de sănătate, datorită faptului că mamele nu au avut acces la servicii medicale prenatale. „Problemele medicale de la naștere provocate de greutatea redusă se referă la riscuri crescute de moarte subită, orbire, surzenie, probleme respiratorii cronice, retard mental, boli mentale și paralizie cerebrală. Pe măsură ce cresc, copiii care au avut o greutate mică la naștere sunt mai predispuși la boli precum dislexia și hiperactivitatea (Adams și Berzonschi, 2009, p. 483).

Nașterea la adolescență are efecte negative și asupra modului de alimentație a copilului ducînd la probleme de sănătate datorate absenței substanțelor nutritive necesare dezvoltării organismului. Studiile arată că mamele adolescente își duc mai rar copiii la medic, comparativ cu cele mai mature, ceea ce arată că acești copii nu beneficiază suficient de îngrijirile medicale necesare, cum ar fi, de exemplu, vaccinarea. „Deși merg mai rar la medic, mamele adolescente petrec cu 20% mai mult timp în spitale decît decît femeile care au copii mai tîrziu *(idem).*

Un alt risc pentru acești copii îl constituie faptul că ei cresc, în general, în medii în care nu li se oferă suficient suport emoțional, afecțiune parentală și stimulare cognitivă. Copiii născuți din mame adolescente obțin rezultate mai scăzute la testele cognitive de matematică, de citire și de înțelegere a textelor, decît copiii din părinți mai vîrstnici, chiar și după ce sunt aplanate diferențele de natură socio-economică din mediul de proveniență al mamei (Moore, Morrison și Greene, 1997, în Adams și Berzonschi, 2009, p.483). La școală, acești copii au șanse mai mici de a ajunge să fie printre cei mai buni și prezintă un risc mai mare de abandon școlar decît cei ai mamelor mai mature, probabil și din cauza insuficientei stimulări cognitive și emoționale la vîrste mici (Haverman, Peterson, 1997, *idem*).

Consecințe asupra taților adolescenți

Chiar dacă majoritatea studiilor se centrează pe efectele maternității timpurii asupra mamelor și copiilor lor, există unele care evidențiază consecințele acesteia asupra tatălui adolescent. Cei care-și acceptă responsabilitățile parentale pot abandona școala pentru a intra pe piața muncii, constrînși de nevoile economice și financiare ale noii familii. „De asemenea,

taţii adolescenţi sunt suprareprezentaţi numeric în forţa de muncă brută şi subreprezentaţi în ocupaţiile ce implică un nivel de educaţie mai înalt (Buchanan şi Robins, 1990, *ibidem*, p. 481).

Este posibil ca unii dintre ei să consume alcool, droguri şi să recurgă la violenţă (Springart şi Durant, 1996, p. 262-268). Noile responsabilităţi familiale, relaţia cu părinţii săi şi cu socrii, renunţarea la şcoală şi la prieteni, toate acestea, conjugate cu alţi factori, pot duce la creşterea nivelului de stres al tatălui pînă la limita insuportabilităţii, fapt ce poate avea drept consecinţă renunţarea la rolul parental.

Prezenţa tînărului tată alături de mama adolescentă poate fi un factor de protecţie foarte important, care diminuează riscul de neglijenţă a mamei şi copilului, datorită implicării în educaţia şi dezvoltarea socială a copilului preşcolar (Carson, Burks şi Parke, 1998, p.197-220). Rolul tatălui este important şi în ceea ce priveşte explorarea în condiţii sigure a lumii înconjurătoare de către copil, dezvoltîndu-i abilităţi competitive dar şi de colaborare, fapt ce poate duce la o mai uşoară integrare a acestuia în mediul şcolar şi chiar la reuşite şcolare.

4. Prevenţie şi intervenţie. Centrul maternal

Sarcina şi naşterea în adolescenţă au fost şi sunt subiectul unor analize mai mult negative şi mai puţin pozitive, care, dincolo de exagerări, se completează reciproc într-un tablou mai complex şi mai nuanţat al acestui fenomen care are o răspîndire destul de mare în ţările mai puţin dezvoltate, printre care şi România. Dacă numeroase studii au insistat asupra unor implicaţii şi consecinţe dezastruoase ale maternităţii adolescentine, altele, au arătat că nu se pot face generalizări şi nu se pot emite concluzii „atotcuprinzătoareț (Hoffman, 1998, în Adams şi Berzonschi, 2009, p. 484). Totuşi, dincolo de situaţiile fericite, mai rar întîlnite, în care cei doi tineri părinţi şi copilul lor formează în timp o familie funcţională, rămîn cele problematice, marcate de efecte negative asupra tuturor celor implicaţi direct, cît şi asupra societăţii. Toate acestea necesită programe de prevenire şi intervenţie, precum şi implicarea serviciilor de asistenţă socială. Principalele programe aplicate la nivel internaţional sunt cele de educaţie sexuală şi despre infectarea cu HIV, care oferă şi informaţii şi acces la prezervative şi anticoncepţionale, precum şi programele de dezvoltare a tinerilor, care au o componentă legată de învăţare şi prestarea de servicii în folosul comunităţii. Cît priveşte politicile şi intervenţiile sociale este necesar ca acestea să fie „direcţionate către aspectele multiple ale acestei probleme deoarece adolescentele (şi persoanele care le influenţează luarea deciziilor) răspund diferit la alternative şi constrîngeri. Adică, unele adolescente pot fi influenţate să practice abstinenţa sau să amâne debutul relaţiilor sexuale, iar altele, care sunt active sexual, pot fi influenţate să folosească măsurile contraceptive; în timp ce graviditatea, căsătoria, adopţia şi avortul sunt opţiuni pentru unele, iar pentru altele nuț (*ibidem*, p. 489).

Cît priveşte protecţia socială a adolescentelor însărcinate sau mame, aflate în situaţii de risc atît pentru ele, cît şi pentru copil, un rol important, în România, îl au Centrele Maternale care asigură pentru o perioada de timp de la 6 luni pînă la doi ani găzduirea şi protecţia cuplului mamă adolescentă-copil şi a minorelor însărcinate, aflate în ultimul trimestru de sarcină.În cadrul Centrului, munca se desfăşoară în echipă, structura de personal fiind diversă: educator, psiholog, asistent social, asistent medical, pentru a putea răspunde nevoilor beneficiarilor. Mamei i se oferă un mediu securizat, unde este consiliată şi îndrumată să participe la luarea deciziilor privind viitorul său şi al copilului. În vederea prevenirii izolării tinerei mame, se are în vedere implicarea acesteia în diverse activităţi de recreere şi socializare, cursuri, căutarea unui loc de muncă, continuarea studiilor.

Fiecare Centru are întocmite procedurile de lucru sau operaţionale şi funcţionează în baza unei acreditări şi licenţieri emise de către Ministerul Muncii şi Justiţiei Sociale în urma verificărilor efectuate de către inspectorii sociali ai Agenţiei Judeţene pentru Inspecţie Socială. Funcţionarea Centrelor Maternale, se face pe baza standardelor minime de calitate,

fişei de autoevaluare şi punctajul necesar obţinerii licenţei de funcţionare, şi sunt stabilite prin Ordinul nr. 81/2019, şi Legea nr. 272/2004, cu modificările completările din 4.01.2019.

Centrul Maternal oferă, prin implicarea directă a beneficiarelor în activităţile administrative, educative, medicale şi sociale, suportul necesar în dezvoltarea propriilor competenţe în vederea depăşirii situaţiei de criză. De asemenea, prin serviciile sau programele de consiliere psihologică mama este îndrumată /susţinută să se implice împreună cu asistentul social al Centrului în rezolvarea problemelor de după externarea din aceasta.

Un alt obiectiv al Centrului, în cazul mamelor minore, îl constituie continuarea studiilor şi, în acest sens, Centrul păstrează legătura cu şcolile unde adolescentele urmează cursurile de învăţământ, iar acolo unde situaţia o impune acestea sunt transferate la alte şcoli din apropierea Centrului Maternal, copiii acestora fiind în grija personalului educativ.

Alte obiective ale Centrului Maternal sunt:

- accesul beneficiarilor la informaţii medicale şi programe privind prevenirea altor sarcini (ştiut fiind faptul din statisticile oferite de Ministrul sănătăţii că în primii doi ani de la prima sarcină peste 75% din adolescente se confruntă cu o a doua sarcină);
- parcurgerea de către beneficiari a unui program de formare profesională în vederea angajării şi obţinerii independenţei financiare;
- colaborarea cu diverse ONG-uri, instituţii în vederea susţinerii cuplului mamă - copil după externarea din Centru (plata chiriei pentru o perioada de 4-6 luni, materiale de igienă personală pentru copil, alimente, plata creşei);
- suport moral, educaţional şi psihologic in conştientizarea de către mamă a responsabilităţilor faţă de copil.

BIBLIOGRAPHY

1. Adams, Gerald R., Berzonschi, Michael D., *Psihologia adolescenţei. Manualul Blackwell,* Editura Polirom, Iaşi, 2009
2. Arai, Lisa., *Low expectations, sexual attitudes and knowledge: explaining teenage pregnancy and fertility in English communities. Insights from qualitative research*, în *The Editorial Board of The Sociological Review*, 2003
3. Carson, J., Burrs, J.V., Parke, R.D., *Parent-child physical play. Determinants and consequences* în MacDonald, K. (dir.), *Parent-child Play*: *Descriptions and Implication*, Albany, State University of New York Press, 1995
4. Cojocaru, Stefan, coord., *Consilierea gravidelor si a tinerelor mame. Ghid pentru asistenţii sociali,* Iasi, Editura Lumen, 2004
5. Cox, J., Emans, S. J., Bithoney, W., *Sisters of teen mothers: Increased risk for adolescent pregnancy*, în *Adolescent and Pediatric Gynecology*, 6, 1993
6. Davis, S.L., Di Clemente, R.J, Wingood, G.M., Harrington, K.F., Crosby R.A., Sionean C., *Pregnancy desire among disadvantaged African American adolescent females*, în *American Journal of Health Behavior*, 2003
7. East, Patricia.L., *The younger sisters of childbearing adolescents: Their attitudes, expectations, and behaviors,* în *Child Development*, Volume 67, issue 2, 1996
8. Fraser, Alison M., Brockert, and Ward, R.H., *Association of Young Maternal Age with Adverse Reproductive Outcomes*, în *New England journal of Medicine,* 1995
9. Găgăuz, Olga, *Sarcina la vîrsta adolescenţei*, INCE, Chişinău, 2005
Herbigniaux, F., Thai, Y. *Les méthodes contraceptives chez les jeunes.* Enquête menée auprès des 13-21 ans par la fédération des Centres de Planning Familial des Femmes Prévoyantes Socialistes. Bruxelles, mars, 2005

10. Iacobescu, Rodica Maria, *Adolescența,* înNeamțu, George, (coord.), *Enciclopedia asistenței sociale,* Editura Polirom, Iași, 2016
11. Jewell, D., Tacchi, J., & Donovan, J., *Teenage pregnancy : whose problem is it ?*, în *Family Practice*, Oxford Journals, vol. 17, Issue 6, 2000
12. Miller, B.C., Benson, B., Galbraith, K.A., *Family relationships and adolescent pregnancy risk: a research synthesis*, în *Developmental Review*, 2001
13. Papalia. Diane E.; Olds Wendkos,Sally; Feldman Duskin, Ruth, *Dezvoltarea umană*, Editura Trei, București, 2010
14. Pereira, A., Canavarro, M.C., Cardoso, M.F. & Mendonça, D., *Relational factors of vulnerability and protection for adolescent pregnancy : a cross-sectional comparative study of Portuguese pregnant and nonpregnant adolescents of low socio-economic status*., în *Adolescence*, 40, 2005
15. Sience, N., Pharisien, I., Uzan, M., *Grossesse et accouchement des adolescentes*, în *Extrait des Mises à jour en Gynécologie Médicale* ŕVingt-septièmes journées nationales, Paris, 2003
16. Springart, R. W., Durant, R., H., 1996, *Male adolescents involved in pregnancy: Associated health risk and problem behaviours*, Pediatrics nr. 98. 1996
17. Sundby J, Svanemyr J, Maehre T., *Avoiding unwanted pregnancy – the role of communication, information and knowledge in the use of contraception among young Norwegian women*, în *Patient Education and Counseling* 38, 1999
18. Șerban, Elena Petronela, *Asistența socială a mamelor adolescente,* Editura Lumen, Iași, 2005
19. Van, Charlotte, *Les grossesses à l'adolescence: normes sociales, réalités vécues*, LřHarmattan, Paris, 1998