

**UNIVERSITATEA BABEȘ-BOLYAI CLUJ-NAPOCA**  
**FACULTATEA DE SOCIOLOGIE ȘI ASISTENȚĂ SOCIALĂ**  
**ȘCOALA DOCTORALĂ SOCIOLOGIE**

**PERSPECTIVA MATERNITĂȚII LA MAMELE**  
**ADOLESCENTE**

**-Rezumat teză de doctorat-**

**Conducător științific**  
**Prof. univ. dr. Maria Roth**

**Doctorand**  
**Monica Elena Ghițiu**

**Cluj- Napoca**  
**2012**

## **CUPRINSUL LUCRĂRII**

### **Introducere**

### **CAPITOLUL 1 Maternitatea la vârsta adolescenței- o problemă privată de interes public**

#### **1.1. Introducere**

#### **1.2. Clarificări conceptuale cu privire la maternitatea adolescentină**

#### **1.3. Contextul internațional al maternității adolescente**

##### **1.3.1. Date statistice la nivel mondial**

##### **1.3.2. Abordări la nivel internațional ale maternității la vârsta adolescenței.**

##### **Emergența maternității adolescente ca problemă în context internațional**

#### **1.4. Prezentarea contextului național în ceea ce privește maternitatea la vârsta adolescenței**

##### **1.4.1. Date statistice**

##### **1.4.2. Particularități ale maternității la vârsta adolescenței în spațiul românesc**

#### **1.5. Concluzii**

### **CAPITOL 2 Perspective teoretice și discursuri ale maternității adolescente**

#### **2.1. Introducere**

#### **2.2. Teoria construcționismului social**

##### **2.2.1. Teoretizarea foucaultiană a maternității**

##### **2.2.2. Foucault și feminismul**

#### **2.3. Discursul științific și maternitatea adolescentină**

#### **2.4. Discursuri ale adolescenței**

#### **2.5. Discursuri ale sexualității**

#### **2.6. Discursuri ale maternității**

##### **2.6.1. Discursul maternității adolescente patologice**

##### **2.6.2. Conceptul de mamă bună**

##### **2.6.3. Maternitatea ca diadă**

##### **2.6.4. Maternitatea ca abilitate**

#### **2.7. Etnicizarea maternității**

#### **2.8. Discursul economic**

#### **2.9. Concluzii**

### **CAPITOLUL 3 Rezultate ale cercetărilor cu privire la maternitatea la vârsta adolescenței**

### **3.1. Introducere**

### **3.2. Aspecte socio-demografice ale maternității la vârsta dolescenței**

### **3.3. Nivelul educațional, abandonul școlar și maternitate adolescentină**

### **3.4. Starea de sănătate și maternitatea adolescentină**

#### **3.4.1. Maternitatea la vârsta adolescenței și sănătatea mentală**

### **3.5. Stima de sine scăzută și maternitatea adolescentină**

### **3.6. Abuzul și neglijarea copilului ca factor de risc pentru maternitatea la vârsta adolescenței**

### **3.7. Istoricul de instituționalizare și mamele adolescente**

### **3.8. Concluzii**

## **CAPITOLUL 4 Metodologia cercetării**

### **4.1. Introducere**

### **4.2. Natura cercetării calitative**

#### **4.2.1. Considerații ontologice, epistemologice și metodologice**

### **4.3. Contextul cercetării**

#### **4.3.1. Obiectivele cercetării**

#### **4.3.2. Întrebările cercetării**

#### **4.3.3. Participanții**

### **4.4. Metode de cercetare Interviu**

### **4.5. Designul cercetării**

### **4.6. Metoda de analiză. Template analysis**

### **4.7. Validitatea cercetării**

### **4.8. Aspecte etice**

### **4.9. Concluzii**

## **CAPITOLUL 5 Analiza și interpretarea datelor**

### **5.1. Experiența mamelor adolescente**

#### **5.1.1. Reprezentarea conceptului de "mamă bună" la adolescente**

#### **5.1.2. Maternitatea adolescentină ca abilitate**

#### **5.1.3. Istoricul de abuz și neglijare/maternitatea restaurativă**

#### **5.1.4. Maternitatea adolescentină la nivel intrinsec**

#### **5.1.5. Configurația de roluri din viața mamei adolescente**

## **5.2. Suportul social în viața mamelor adolescente**

### **5.2.1. Suportul familial**

### **5.2.2. Suportul instituțional**

#### **5.2.2.1. Suportul din partea serviciilor sociale**

#### **5.2.2.2. Suportul din partea serviciilor medicale**

#### **5.2.2.3 Suportul din partea altor instituții**

### **5.2.3. Rolul tatălui/al partenerului de viață. Între implicare și absență.**

### **5.2.4. Concluzii**

## **5.3. Decizia de a avea un copil**

### **5.3.1. Maternitatea adolescentină ca eveniment expectat**

### **5.3.2. Maternitatea adolescentină neplanificată**

#### **5.3.2.1. Momentul ”descoperirii”**

#### **5.3.2.2. Procrastinarea și potențialele ei efecte**

### **5.3.3. Avortul și plasamentul ca opțiuni**

#### **5.3.3.1. Avortul ca opțiune**

#### **5.3.3.2. Plasamentul ca opțiune**

### **5.3.4. Reacții**

#### **5.3.4.1. Reacțiile părinților**

#### **5.3.4.2. Reacția tatălui**

#### **5.3.4.3. Reacțiile grupului de egali**

### **5.3.5. Concluzii**

## **5.4. Educația- o șansă pierdută sau o șansă de viitor?**

### **5.4.1. Mamele adolescente și abandonul școlar**

### **5.4.2. Mamele adolescente și continuitatea în sistemul educațional. Perspective de integrare pe piața muncii**

### **5.4.3. Maternitatea adolescentină în context educațional. Atitudinea cadrelor didactice**

### **5.4.4. Educația- șansa de viitor pentru mamă și pentru copil**

### **5.4.5. Concluzii**

## **5.5. Stigmatizarea mamelor adolescente**

### **5.5.1. Maternitatea adolescentină și panica morală în România**

### **5.5.2. Stigmatizarea în context medical**

## **CAPITOLUL 6 Reorganizarea vieții în contextul maternității adolescente**

## **CAPITOLUL 7 Concluzii**

### **7.1. Limite ale cercetării**

### **7.2. Direcții viitoare de cercetare în România**

### **7.3. Recomandări cu privire la politicile publice și strategiile de intervenție în domeniul maternității adolescente în România**

#### **Anexa 1**

#### **Anexa 2**

#### **Anexa 3**

#### **Anexa 4**

## Cuvinte cheie

mamă adolescentă, stigmatizare, construct social, suport social, etnie, experiența maternității

## Rezumat teză de doctorat

Discursul maternității adolescente ca fenomen patologic nu este promovat doar la nivelul mass-mediei; maternitatea adolescentină, factorii asociați, consecințele sale sunt de patru decenii subiectul cercetărilor din domeniul socio-uman. Literatura tradițională dedicată acestui subiect reflectă o preocupare extensivă asupra excluziunii sociale a acestor mame și a dependenței de servicii a acestora. Aceste cercetări științifice tradiționale, în general de factură cantitativă, sunt cele care au conferit întotdeauna legitimitate intervențiilor de specialitate, sunt cele care au conturat politicile publice ce au vizat mamele adolescente. Conexiunea cu știința conferă legitimitate acestor intervenții și poate îmbrăca subtil substraturi politice și interese biologice, influențând modul în care experențiem lumea (Foucault, 1980).

La confluența discursurilor defăimătoare din mass-media, a celor științifice și, nu în ultimul rând, al experienței mele ca specialist care a venit în contact cu experiențele mamelor adolescente, s-a născut interesul meu pentru această temă. Astfel, am pornit de la asumția că maternitatea adolescentină este construită social (Macleod, 2001) și am încercat, în cadrul teoretic al lucrării, să conturez cele mai importante discursuri cu privire la maternitatea adolescentină.

Am dorit să surprind percepția mamelor adolescente asupra experienței maternității, considerând experiența acestora ca fiind un punct important de pornire pentru viitoare strategii de intervenție în domeniu. În lumina acestui punct de vedere am asumat în această cercetare o abordare de tip calitativ.

**Primul capitol** al tezei de doctorat oferă un cadru general în care maternitatea la vârsta adolescenței poate fi înțeleasă, oferindu-se date statistice relevante la nivel național și mondial, delimitându-se câteva aspecte conceptuale cu privire la maternitatea adolescentină, oferindu-se informații despre modul în care maternitatea la vârsta adolescenței a devenit o ”problemă”, despre modul în care această ”problemă” a fost abordată la nivelul politicilor publice. Gradual, discursul este îndreptat spre particularitățile situației mamelor adolescente din România.

Există numeroase inconsistențe în terminologia utilizată pentru a descrie o mamă adolescentă (Dennison & Coleman 1998), unele studii abordând grupul țintă al mamelor adolescente cu vârsta chiar de până la 24 ani. Stabilirea unui interval clar înăuntrul căruia să încadrăm aceste mame este dificil de realizat datorită inconsistențelor legate de ceea ce înseamnă o persoană tânără/adolescentă, în diferite țări și chiar la nivelul aceleiași țări, dar în domenii diferite (din punct de vedere legislativ, educațional, al sistemului sanitar sau al protecției sociale).

Particularizând cazul României, vârsta majoratului este de 18 ani, ceea ce presupune dobândirea capacității depline de exercițiu, conform articolului 38 din noul Cod Civil. Prin căsătorie minorul dobândește capacitatea de exercițiu la vârsta de 16 ani, când există avizul Direcției generale de asistență socială și protecția copilului din respectiva unitate administrativ-teritorială. Un element de noutate îl constituie introducerea articolului 40 care prevede că ”pentru motive temeinice, instanța de tutelă poate recunoaște minorului care a împlinit vârsta de 16 ani capacitatea deplină de exercițiu.

Conform definiției date de Organizația Mondială a Sănătății, prin adolescență se înțelege orice tânără cu vârsta cuprinsă între 15 și 19 ani, această definiție fiind cea luată în considerare în această lucrare, în ceea ce privește mamele adolescente.

Marea Britanie ocupă primul loc la nivelul Uniunii Europene în ceea ce privește natalitatea la vârsta adolescenței până la aderarea României și Bulgariei. Conform Eurostat 2002-2003, numărul de născuți vii la femei sub 19 ani era în Marea Britanie de 49.633, comparativ cu 26.522 în Germania și 3.324 în Olanda (Eurostat, 2005). În Europa cea mai ridicată rată este în regiunea estică (27/1000). Pe primul loc, la nivel continental se află Bulgaria (41/1000).

Oferirea de astfel de date statistice sunt relevante deoarece patologizarea maternității este văzută de autorii revizioniști (Arai, 2003) ca datorându-se, într-o anumită măsură, și utilizării datelor statistice cu privire la maternitatea la vârsta adolescenței, ignorându-se unele variabile confundate și accentuându-se doar acele aspecte care permit și fundamentează intervenția specialiștilor. Un exemplu concret îl constituie situația unor state precum Marea Britanie și SUA unde, deși ratele natalității au fost în scădere în ultimele decenii, maternitatea adolescentină a devenit o problemă datorită faptului că rata natalității la mamele mai în vârstă a început să scadă mult mai repede decât la cele tinere, adolescenții născuți în timpul exploziei natalității au devenit la rândul lor părinți, ceea ce a condus la un număr foarte ridicat de nașteri, deși, procentual, numărul nașterilor la adolescente era în scădere.

De-a lungul istoriei omenirii, mamele care nu au reușit să se încadreze în patternurile de comportamente considerate „normale” pentru acea perioadă au fost în mod invariabil poziționate în roluri deviate asociate cu sărăcia și/ sau ilegitimitatea. Mai demult, statutul marital al mamelor determina patologizarea lor. Astăzi, patologizarea maternității este legată de vârsta mamei: mamele adolescente au devenit un grup marginalizat și stigmatizat, la fel cum erau mamele necăsătorite și cele mai în vârstă în trecut.

Astfel de convingeri și idei vehiculate la nivel social sunt asociate cu politicile publice. Daguerre și Nativel (2006) arată în lucrarea lor intitulată ”When children become parents: welfare state responses to teenage pregnancy” că pot fi delimitate *patru categorii majore de argumente* care justifică intervenția statului în această problemă: un prim argument este legat de faptul că adolescenții sunt încă nepregătiți din punct de vedere fiziologic și psihologic pentru a aduce pe lume copii, al doilea este legat de faptul că adolescenții nu au capacitatea de a lua decizii informate cu privire la sexualitatea lor, un al treilea argument este acela că maternitatea adolescentină conduce la sărăcie, iar cel de al patrulea tip de argument este acela că la această vârstă tinerii părinți sunt, la rândul lor, dependenți financiar de părinții lor iar dobândirea autonomiei financiare la 18 ani este în prezent un deziderat greu de atins.

În ceea ce privește situația României conform datelor oferite de Institutul Național de Statistică<sup>1</sup> (INS), anual în România nasc peste 30000 de mame adolescente. În ceea ce privește rata fertilității pe regiuni în România, regiunea cu cea mai ridicată rată a fertilității la adolescente este Regiunea Sud-Muntenia. Totodată, rata fertilității la adolescente este mai ridicată în mediul rural decât în mediul urban în România. Datele statistice din România întăresc asumția conform căreia există o relație între deprivare socio-economică și maternitate la vârsta adolescenței și că există o repartizare geografică, spațială a sărăciei (regiunile/județele sărace din România sunt acelea unde ratele fertilității la mame adolescente prevalează iar, din aceleași considerente în mediul rural ratele sunt mai mari).

Din punct de vedere al politicilor publice, ca și stat al bunăstării, România a traversat după 1989 încă o etapă de tranziție în care se renunță la politica de distributivitate ce a caracterizat fostul regim comunist și s-a încercat consolidarea unui nou stat al bunăstării.

Din punct de vedere socio-demografic se poate observa faptul că vârsta de începere a vieții sexuale a crescut, la fel ca și numărul de copii născuți în afara căsătoriei. S-a produs o eroziune a valorilor tradiționale pe de-o parte, tinerii devenind mai deschiși spre anumite aspecte legate de sexualitate, spre coabitarea partenerilor. Deși a pierdut din popularitate în

---

<sup>1</sup> <http://www.insse.ro>



rândul tinerilor, instituția căsătoriei s-a dovedit a fi destul de rezilientă la aceste schimbări socio-demografice, valoare transmisă mai ales de generațiile mai în vârstă.

Raportat la problematica sexualității la vârsta adolescenței și a maternității la această vârstă, normele socio-culturale apar ca fiind marcate de anumite aspecte reziduale: valorizarea abstenenței premaritale, influența puternică a Bisericii și intervenția minimă la nivel de politici publice.

Politicile publice din România sunt încă într-o fază incipientă în ceea ce privește problematica maternității adolescente, existând prevederi legislative, programe disparate cu privire la această categorie, prevederi care nu sunt neapărat corelate. Totodată, nu există documente programatice care să ia în discuție exclusiv problematica mamelor adolescente și care să contureze anumite direcții de acțiune specifice. Cu titlu de exemplu, amintesc câteva dintre *prestațiile* care sunt oferite mamelor adolescente precum: concediul și indemnizația lunară de creștere a copilului (doar dacă au frecventat fără întrerupere, cursurile de zi ale învățământului preuniversitar), alocația de susținere a familiei, alocația de stat pentru copii. În ceea ce privește serviciile oferite, mamele pot beneficia de: consiliere psihologică, servicii de zi pentru copii, *serviciile* unui centru maternal. În ceea ce privește *măsurile cu caracter preventiv* propuse de legiuitor amintim: educarea adolescenților și a părinților în spiritul valorilor familiale, al responsabilităților parentale și al noii viziuni referitoare la protecția drepturilor copilului în familie, introducerea în legislație a obligativității consilierii premaritale pentru cei aflați la vârsta minimă legală pentru căsătorie și care doresc să se căsătorească. O problemă se impune a fi menționată în acest cadru, și anume aceea că, în ceea ce privește prestațiile sociale, mamele nu pot fi direct solicitante, ci doar prin intermediul reprezentantului legal (în situația în care nu sunt căsătorite).

**Cel de al doilea capitol** încearcă să prezinte la nivel teoretic modul în care maternitatea la vârsta adolescenței este construită. În primă instanță relevă modul în care teoria constructivistă s-a dezvoltat definește constructul social ca fiind un concept sau o practică, care este de fapt construcția (sau artefactul) unui anumit individ sau a unui grup (Fischer, 1991).

Ulterior, de la cadrul teoretic general al constructivismului social discuția virează spre influența lui Michel Foucault asupra științelor sociale. În acest context este definit discursul ca fiind ”o mulțime de relații de putere ce pătrund, caracterizează și constituie corpul social” (Foucault, 1980). În accepțiunea autorului discursul este acela care stabilește un set de regularități care sunt sau nu urmate de individ. Discursurile transmit și produc atât putere cât și adevăr. Puterea a apărut pentru filozoful francez ca fiind experiențiată și exercitată la nivel

micro-social; ulterior, Foucault a introdus conceptul de guvernamentalitate ("governmentality"), arătând că în aceeași modalitate în care au fost studiate relațiile de putere la nivel microsocial pot fi analizate și relațiile de putere ale guvernelor asupra indivizilor. Normalizarea este un alt concept foarte important utilizat de Foucault. Din perspectivă foucaultiană, puterea operează prin intermediul mecanismelor și proceselor de normalizare. Astfel guvernarea modernă operează mai degrabă prin intermediul tehnicilor de normalizare decât prin intermediul coerciției. Un alt termen introdus de Foucault este acela de bio-putere ("bio-power"). Bio-putere este cuvântul pe care Foucault l-a creat pentru a desemna modul de funcționare a puterii asupra organismului uman. Acesta are două aspecte interdependente. Primul este acela de control asupra speciei umane, ca populație (macro-nivel) iar cel de al doilea este de control asupra organismului (micro-nivel).

Există unele puncte de convergență între munca lui Foucault și domeniul larg al feminismului (McNay, 1992; Sawicki, 1988 cit. în Macleod & Durrheim, 2002 ) și anume: accentul pe sexualitate, ca un domeniu cheie al luptei politice, o extindere a dominației politice asupra socialului, o critică a determinismului biologic, a umanismului, și a căutării "adevărului absolut", o atitudine critică în ceea ce privește științele socio-umane, în măsura în care acestea și-au adus aportul la forme moderne de dominare, o analiză a politicii de relații personale și a vieții de zi cu zi, o critică a subiectului rațional.

Un element de conexiune a perspectivei foucaultiene cu feminismul este conceptul de rezistență. Puterea în sens foucaultian nu presupune doar opresiune ci poate fi folosită și în sens invers, de putere eliberatoare. În acest context, maternitatea adolescentină poate fi privită ca o rezistență, ca o alternativă la traiectoria normală de viața.

Înainte de a discuta despre maternitate la vârsta adolescenței, trebuie luată în discuție adolescența ca un concept social construit, ce poate fi creionat doar într-un cadru specific social și istoric, acela al industrializării, când tinerii au început să își părăsească familia, plecând în marile orașe pentru a fi ucenici muncitori sau servitori/servitoare. Conform lui Aries (1973, cit. în Wilson & Huntington, 2006) această trecere de la dependență la independență este cea care a influențat delimitarea unei noi etape de dezvoltare. Această etapă a creat întotdeauna o anumită anxietate, fiind asociată cu devianța. În special emergența noțiunii de "delincvență juvenilă" la sfârșitul secolului al XIX-lea și atenția deosebită ce i-a fost acordată de către cercetători la începutul sec. al XX-lea, au contribuit la patologizarea acestei etape de dezvoltare. Astfel maternitatea la vârsta adolescenței poate fi analizată din această perspectivă a patologizării care, de obicei, este țintită înspre tineri, alături de comportamente deviate cum ar fi consumul de droguri, alcool, delincvența juvenilă.

Maternitatea adolescentină ocupă o poziție ”privilegiată” (Arai, 2009) față de alte probleme sociale construite datorită complexității de variabile pe care le implică: dependență financiară, tați absenți, imaturitate, lipsa aptitudinilor parentale.

Așa cum conceptul de adolescență a suferit multiple transformări de-a lungul timpului, în funcție de diferitele contexte socio-culturale, tot într-o manieră similară s-a metamorfozat și sexualitatea. Astfel, ”inocență” și ”risc” sunt cele două categorii binare în care sexualitatea adolescentină se situează și ele reprezintă argumente în intervenția statului asupra acestei probleme. Imaginea femeii și a adolescentelor implicit este aceea a unei ”prăzi ușoare” sau aceea de ”tentative”. În acest context Wilson & Huntington (2006) inferează existența unei anxietăți la nivel social față de sexualitatea feminină.

În ceea ce privește discursurile referitoare la maternitate, aceasta din urmă este jalonată de anumite canoane de vârstă, statut marital, statut pe piața muncii. Arai (2009) face referire la vârsta ”potrivită” pentru a deveni mamă, acceptată din punct de vedere social, menționând că este potrivit ca o femeie să aibă copii atunci când nu este nici prea tânără, nici prea în vârstă, când are o educație, dispune de independență financiară și maturitate personală (Knudson & Valle cit. în Daguerre, A. & Nativel, C., 2006). Totodată, se regularizează apariția maternității înăuntrul unei familii, a unei căsnicii, a unei relații securizante.

Folosirea foarte frecventă în studiile de natură socială și medicală a unor termeni precum ”incidență”, ”etiologie”, ”epidemie”, ”prevalență” conduc la construirea unui discurs patologic despre maternitate, ca fiind un fenomen din afara sferei normalității.

Discursul despre maternitate ca patologie transcende limitele complicațiilor medicale ale maternității la vârsta adolescenței. Metafora ”patologiei” care cuprindea aspecte legate de complicații medicale și mortalitate se extinde și spre riscuri de natură socială, educațională și psihologică și astfel vorbim despre complicații, ”simptome” precum: abandon școlar, depresie post-partum, dependența de servicii, abilități parentale scăzute. Utilizarea acestui tip de discurs oferă un cadru pentru cercetările din domeniul socio-medical și sugerează ideea necesității *monitorizării* și *intervenției*. Monitorizarea și controlul sunt promovate sub două aspecte: unul presupune monitorizarea ratelor natalității la vârsta adolescenței pentru a se obține astfel certitudinea că situația este controlată și un alt aspect implică monitorizarea mamelor adolescente prin identificare indivizilor și familiilor la risc.

Un concept la care se raportează discursurile despre maternitate este acela de *mamă bună* (Johnson, 1990). Ideologiile dominante din punct de vedere politic și științific conduc la crearea unor dihotomii de genul mamă bună/ mamă nepotrivită, iar această dualitate mamă

bună/mamă rea este inerent și intrinsec legată de construcția socială a maternității și a mamelor adolescente.

În discuțiile legate de tema maternității, un alt concept care apare este *diada mamă-copil*, în care accentul cade pe relații, contextul apărând în plan secund. Acest fapt conduce din perspectiva feministă post-structuralistă (Macleod, 2001) conduce la ”omiterea relațiilor sociale, structurale, a celor de putere [...] și asta duce la obnubilarea modului în care relațiile structurale mai largi penetrează și sunt reproduse în cadrul relațiilor micro-sociale” (Burman, 1994 în Macleod, 2001); această opinie permite așadar idealizarea și deopotrivă patologizarea relațiilor mamei cu copilul.

Diada mamă-copil este prezentată de autoare ca fiind în general idealizată, pe când diada mamă adolescentă/copil este patologizată, fiind asociată cu emoții negative ale mamei față de copil, insuficienta relaționare cu acesta, lipsa de pregătire pentru un copil, reacții negative vis-a-vis de sarcină. Diada mamă adolescentă-copil este pornește, în fapt, de la premisa lipsei capacității de a fi mamă bună.

*Discursul maternității ca abilitate* vine în contradicție cu discursurile conform cărora maternitatea este văzută ca fiind instinctuală și biologică și este uzitat în problematica maternității adolescente. Deși acest discurs naturalist este, în general, extrem de popular, el este destul de marginalizat în relație cu problematica mamelor adolescente. Explicația este simplă: dacă s-ar considera că maternitatea este ceva instinctual, pur biologic atunci dată fiind capacitatea adolescentelor de a avea copii, acest lucru s-ar înscrie în norme și nu ar mai presupune intervenția specialiștilor.

Deși abordările maternității în termeni diadici mamă-copil sunt frecvente, o abordare comprehensivă a fenomenului maternității adolescente nu poate fi realizată fără a reține aspecte diferențiatore legate de clasă și etnie. Actul de maternitate este construit în general în cadrul unor ideologii dominante care sunt relaționate cu clasa socială, rasa și etnia (ex: Rutman, Strega, Callahan și Dominelli, 2002, Gillies, 2006), reflectând, de pildă, clasa de mijloc spre ”superioară”, valorile rasei albe legate de resursele materiale, structuri familiale și practici de creștere a copilului. Maternitatea reflectă imaginea privilegiată a familiei occidentale, mononucleare. Realitatea calității de mamă este de multe ori diferită față de imaginea idealizată în mod curent de către mass-media iar reprezentarea idealizată a maternității le face pe multe femei să se simtă inadecvat în rolurile lor.

*Discursul economic* abordează problematica mamelor adolescente din perspectiva limbajului specific domeniului economic, mai precis în termeni de costuri, atât pentru ele însele cât și pentru societate. În contextul focalizării doar pe mamele adolescente, familiile

biparentale, adulte trec în plan secund sub aspectul costurilor ce le presupun pentru societate. Discursul economic se constituie, la rândul lui, într-un argument solid pentru intervenția specialiștilor.

Acest discurs descrie totodată rolul primar al indivizilor de a contribui la economie ca fiind un rol primar în societate, care se realizează prin urmarea traseului educațional și intrarea apoi pe piața muncii. Utilizând rolul economic ca și criteriu evaluativ, ”mamele adolescente sunt poziționate ca fiind agenți ai disoluției sociale” (Macleod, 2002).

Taoate aceste discursuri menționate contribuie la crearea ”unei construcții sociale negative copleșitoare” (Phoenix, 1993) în ceea ce privește mamele adolescente.

**Capitolul trei** tratează factorii de vulnerabilitate și consecințele maternității la vârsta adolescenței. Am optat pentru tratarea celor două aspecte împreună pentru a contura în primul rând o imagine compactă asupra cercetărilor, cantitative și calitative existente pe această temă dar și datorită inexistenței unui consens asupra delimitării clare a factorilor și consecințelor maternității adolescente.

Printre aspectele socio-demografice ale maternității adolescente discutate în acest capitol se pot aminti: particularități spațiale și geografice, vulnerabilitatea socio-economică, apartenența la un grup etnic, aspectele intergeneraționale, supravegherea din partea părinților, monitorizarea părinților.

O relație frecvent inferată este aceea a relației dintre mediul defavorizat și incidența crescută a sarcinilor la adolescente. Această asumție a fost confirmată de unii autori care au arătat că adolescentele aparținând grupurilor vulnerabile prezintă un risc mai crescut de a rămâne însărcinate (Allen & colab., 1997). Pe de altă parte însă, adolescentele din zonele mai puțin defavorizate prezintă rate mai crescute în ceea ce privește întreruperile de sarcină (Kiernan, 1997).

Din punct de vedere spațial, geografic, cercetările indică o incidență crescută a numărului de mame adolescente în zonele geografice sărace. Arai (2007) și Brindis (2006) indică faptul că vecinătățile sau comunitățile pot avea impact asupra comportamentelor (inclusiv reproductive) iar Buston și colaboratorii săi (2007) indicau că rezidența în locuințe sociale sau închiriate corelează cu riscul unei sarcini la o vârstă mai fragedă.

Aspectele legate de rasă și de etnie tind să fie de multe ori neglijate în raport cu maternitatea la vârsta adolescenței. Totuși, studiile din SUA constituie un bloc solid de cercetări care au investigat fenomenul maternității la vârsta adolescenței, în special în rândul adolescenților afro-americani și a tinerilor hispanici și au confirmat existența unei legături între cele două variabile (Ryan și colab., 2005). Procrearea în unele comunități are un rol

normativ și conduce la dobândirea rapid a statutului de adult. Merrick (1995) a revizuit literatura de specialitate care viza explicarea atitudinilor ambivalente față de maternitate în funcție de cultură și etnie și a arătat că, odată ce devin mame, unele adolescente dobândesc un statut social ridicat.

S-a mai sugerat că abandonul școlar este principalul factor predictiv al sarcinii la vârsta adolescenței și că este un precursor decât o consecință a maternității adolescente (Bonell și alții, 2005). Pe de altă parte, Hosie (2007) a evidențiat că frecvența la cursuri a crescut în cazul tuturor mamelor prezente la studiu după ce acestea au născut, majoritatea dintre ele dând dovadă de interes crescând și/sau de o atitudine semnificativ îmbunătățită față de educație.

În general, în literatura mainstream apariția unei sarcini la vârsta adolescenței este privită ca rezultatul unui melanj de ignoranță, stânjenire și așteptări reduse de la viață (Arai, 2003). Lipsa unei educații sexuale adecvate, nefolosirea metodelor contraceptive sunt alte corelate (cauze) ale maternității adolescente. Diferența între adolescentele ce rămân însărcinate și cele ce nu rămân însărcinate este dată de frecvența folosirii contraceptivelor, raportată la cea a activității sexuale. Este evident, atunci când ne uităm la inițiativele politice prezente în alte state, că educația sexuală, contracepția și sănătatea sexuală sunt prioritare ca răspunsuri tehnice pentru reducerea sarcinilor în rândul minorelor. Totuși, există anumite aspecte problematice în această ipoteză universal acceptată conform căreia adolescentele ajung să rămână însărcinate din ignoranță. De exemplu, Churchill și alții (2000), au descoperit că este foarte probabil ca aceste femei tinere, care au rămas însărcinate, să-și fi consultat medicul în prealabil, pentru a le administra contraceptive.

O întrebare firească care poate apărea este dacă de fapt adolescentele doresc sau nu să rămână însărcinate. Conform unor statistici din SUA, 85% dintre adolescente nu doresc să rămână însărcinate. Totuși, există studii care investighează problema în profunzime și care au arătat că mamele care declară că nu doresc să rămână însărcinate au de fapt o atitudine ambivalentă față de ideea de a avea un copil. În situația în care adolescentele au o astfel de atitudine ambivalentă, este mai probabil ca ele să folosească mai puțin eficient mijloacele contraceptive (Zabin, Aston & Emerson, 1993).

Câteva întrebări trebuie ridicate pe marginea problemelor menționate mai sus. Trebuie să ne întrebăm, de exemplu, de ce maternitatea adolescentină apare ca având un impact atât de semnificativ asupra sănătății mamelor și a bebelușilor. Sănătatea mentală ar trebui să fie foarte bună, în special în cazul adolescentelor de aproape douăzeci de ani iar, din punct de vedere biologic, nu ar fi logic să aibă loc reproducerea înainte ca organismul femeii să poată

susține o sarcină (Cunnington, 2001). Nu ar trebui nici să presupunem că adolescenții nu fac schimbări în comportamentul lor ca urmare a sarcinii. Scholl, Hediger și Belsky (1994) au realizat o metaanaliză referitoare la posibilele complicații la naștere în adolescență în țările dezvoltate și în cele în curs de dezvoltare și au găsit o reducere a comportamentelor de risc (fumat, consum de alcool și droguri) în rândul adolescentelor, în special în rândul grupurilor minoritar etnice. Aceștia au descoperit faptul că, în țările dezvoltate au scăzut ratele de nașteri prin cezariană, incidența hipertensiunii arteriale și a anemiei, în comparație cu cele din rândul mamelor mai în vârstă.

Un corp important de cercetări atrag atenția asupra posibilelor consecințe negative ale maternității la vârsta adolescenței în ceea ce privește sănătatea: sănătatea mamei și sănătatea neonatală precară (Botting & colab., 1998), greutatea scăzută la naștere (Rogers, Peoples-Sheps Suchindran, 1996), incidența crescută a afecțiunilor congenitale în general asociate cu un consum mic de acid folic în timpul sarcinii. Există însă și voci critice raportat la aceste afirmații: Scholl, Hediger & Belsky (1994) au realizat o metaanaliză referitoare la posibilele complicații la naștere în adolescență în țările dezvoltate și în cele în curs de dezvoltare și au găsit o reducere a comportamentelor de risc (fumat, consum de alcool și droguri) în rândul adolescentelor însărcinate.

Lawer și Shaw (2004) sugerează că studiile realizate la o scară mai mare, în care sunt controlate variabilele confundate, au indicat că riscurile maternității adolescente sunt mai degrabă relaționate cu circumstanțele sociale, economice și cu comportamentul decât cu vârsta prea mică a mamei și au concluzionat că apariția unei sarcini la vârsta adolescenței prezintă, de fapt, riscuri reduse. (Cunnington, 2001).

Tot aceiași autori arată că valorile predominante ale specialiștilor din domeniul sănătății și valorile societății în general pot să aibă un impact semnificativ asupra sănătății mamei. Astfel, în momentul nașterii, mamele valorizează sprijinul în alinarea durerii venit din partea moașelor. Acestea au mărturisit că nu erau ajutate ca să-și aline durerea, sugerând că ori nu erau ascultate, ori erau lăsate intenționat să sufere (Sauls, 2004). Bineînțeles, acest sentiment se poate datora unui nașteri mai grele decât anticipaseră ele sau pentru că nu dispuneau de informații ca să știe cum să facă față singure durerii.

Cercetările lui Arline T. Geronimus (1997, 2003), unul dintre cele mai sonore nume în studiul maternității la vârsta adolescenței, indică faptul că ratele de mortalitate infantilă din Harlem în 1990, se dublaseră în momentul în care mamele ajunseseră la vârsta de douăzeci și ceva de ani. Sănătatea mamelor de culoare, care trăiesc în zone urbane marcate de sărăcie

acută începe să suporte un declin la o vârstă fragedă, ceea ce face ca, pentru unele dintre ele, a deveni mamă în adolescență, să fie mai degrabă o strategie decât o problemă.

Problemele de sănătate mentală sunt asociate frecvent cu maternitatea la vârsta adolescenței în literatura de specialitate. Să fii etichetat că având sănătatea mentală precară este foarte ostracizant, iar stigmatizarea unei persoane în acest mod poate avea consecințe negative la nivel individual. Nu se știe clar dacă aceste riscuri, la care ne referim, presupun că mamele care prezintă deja probleme de sănătate vor avea o sarcină timpurie ori dacă o sarcină timpurie sau maternitatea în adolescență vor afecta sănătatea mentală a tinerei. Oricare ar fi situația, implicațiile acestei relații pot să stârnească îngrijorări cu privire la stabilitatea și capacitatea tinerei mame, etichetată cum că ar avea probleme de sănătate mentală, de a crește copilul.

În referințele din literatura de specialitate referitoare la mamele adolescente se folosesc categorii destul de ample precum *sănătate mentală*, *dificultăți de ordin psihologic*, *dificultăți de ordin emoțional* sau se menționează boli specifice precum *depresia*, *tulburarea de comportament* și *tulburarea ca urmare a abuzului de substanțe*.

În raportul Teenage Pregnancy (1999) era menționat printre altele, în termeni generali, faptul că mamele adolescente au o sănătate mentală precară; în cercetările (vezi Moffitt & E-risk Study Team, 2002) care susțin însă această asumție nu au fost controlate variabilele confundate și nu a fost posibil să se determine care efecte sunt corelate cu maternitatea adolescentină și care efecte sunt corelate cu lipsurile economice și lipsa de sprijin.

Maternitatea la vârsta adolescenței este totodată asociată frecvent cu afecțiuni precum: depresia (Moffitt & E-Risk Study Team, 2007), tulburarea emoțională severă (Yampolskaya & colab., 2002), tulburările de comportament (Zoccolillo & colab, 1997), consumul ilicit de substanțe (Allen & colab., 2007), stimă de sine scăzută (Emler, 2001). În toate aceste cercetări există o serie de variabile a căror efect nu a fost controlat și astfel este greu de inferat o relație cauzală directă între maternitatea adolescentină și tulburările psihice menționate.

Există relativ puține cercetări despre impactul pe care îl are neglijarea timpurie a copilului asupra vieții sale de mai târziu. Legătura dintre abuz, neglijare și maternitatea adolescentină este cercetată în câteva studii (Lanctot & Smith, 2001). Cu toate că, de obicei, se presupune automat că abuzurile și neglijarea suferite în copilărie conduc spre o conduită parentală inadecvată, studiul lui Popillion (1997) realizat pe un lot de participante ce fuseseră abuzate fizic, emoțional sau sexual și care proveneau din familii disfuncționale indică faptul că mamele vedeau rolul matern într-o manieră pozitivă, dorind să ofere copilului afecțiunea de care ele nu avuseseră parte în copilărie.



În ceea ce privește istoricul de instituționalizare, acesta, de obicei, aduce cu sine efecte negative pe termen lung și este corelat cu posibilitatea de a deveni părinte în timpul adolescenței. În același studiu autorii arată că tinerii instituționalizați apar ca prezentând o neîncredere sporită în adulți, sentimente de singurătate și respingere, mărturisind că au trecut printr-o serie de dificultăți, de la consumul de droguri și alcool, depresie, probleme de sănătate mentală, tulburări alimentare până la autoagresivitate, violență domestică, lipsa unui cămin, comportament antisocial și exploatare sexuală – de pildă, fac sex pentru a se simți protejați și acceptați în mediul lor. Tot aceeași autori arată că, pentru adolescentele cu un istoric de instituționalizare, ideea de a deveni mamă este asociată cu schimbări pozitive în viața lor, iar importanța acestui moment este de la sine înțeles semnificativă: întemeierea unei familii, sentimentul de dragoste, de apartenență și plăcerea de a fi părinte.

În **capitolul 4** este prezentată metodologia folosită în prezenta lucrare, prezentându-se raționamentele care au stat la baza alegerilor făcute. Conștientizând faptul că în literatura științifică din România, studiile calitative care să surprindă perspectiva proprie a mamelor adolescente și care să nu se angajeze în discursuri moralizatoare sau stigmatizante sunt sumare, am decis abordarea metodologiei calitative în studiul meu. Am considerat că doar cercetarea calitativă poate surprinde valențele experienței maternității la vârsta adolescenței și poate aduce câteva clarificări în ceea ce privește perspectiva mamelor aflate în această situație. Am avut în vedere în această alegere a mea unele avantaje incontestabile ale cercetării calitative: faptul că permite interacțiunea față în față cu participanții, permite follow-up-uri de clarificare, oferă flexibilitate, facilitează cooperarea, permite colectarea de informații într-un timp relativ scurt, facilitează evidențierea nuanțelor, explorează percepțiile participanților (Yin, R.K., 2011).

Caelli, Ray & Mill (2003) considerau că pentru a fi conferi credibilitate cercetării calitative autorii trebuie să fie cât mai transparenți în ceea ce privește opțiunile lor legate de perspectiva teoretică abordată, de metodele și metodologiile alese. În acest context, trebuie să menționez faptul că, în cariera mea profesională încă de la debut am venit în contact cu tema maternității la vârsta adolescenței. Am lucrat cu mame provenind din medii sociale diferite, de diferite etnii, unele dintre acestea având un istoric în sistemul de protecție a copilului, care au luat diverse decizii în ceea ce privește copilul ce urma să se nască: unele au optat pentru păstrarea copilului, altele pentru alternativa unui centru maternal, altele au ales varianta adopției pentru copilul lor. Experiența mea cu aceste mame a fost una foarte bogată și încărcată de semnificații, ea stând la baza poziției mele ontologice. Am considerat

reflexivitatea ca fiind foarte importantă în studierea temei maternității la vârsta adolescenței, reținând faptul că "un cercetător reflexiv își recunoaște influențele personale".

Ținând cont de aceste aspecte am considerat că ar fi lipsit de transparență și nerealist să mă poziționez într-o perspectivă exclusivă a cercetătorului și astfel am optat pentru o perspectivă a practicianului/cercetător care se dedică găsirii sensului, acolo unde există cunoaștere a priori și se focalizează pe deconstruirea constructelor deja existente și reconstruirea de noi cunoștințe.

În ceea ce privește prezenta cercetare, aceasta înseamnă că realitatea contextuală și construită a fiecărei participante (Thorne et al., 2004) va oferi informații și în cele din urmă va reformula o cunoaștere a priori a domeniului și va crea o înțelegere diferită a experienței mamelor adolescente.

Scopul acestei cercetări este înțelegerea construcției sociale a maternității în România pornind de la percepția mamelor adolescente asupra experienței maternității considerând experiența acestora ca fiind un punct important de pornire pentru viitoare strategii de intervenție în domeniu. Prin prezenta cercetare mi-am propus să răspund la următoarele întrebări:

Cum este percepută experiența maternității de către adolescentele care sunt mame în România?

și în particular:

1. Care sunt din perspectiva mamelor adolescente principalele surse de suport din viața lor?
2. Care sunt factorii care influențează procesul decizional de păstrare-abandon al copilului?
3. Care sunt circumstanțele în care mamele adolescente sunt stigmatizate?
4. Ce schimbări aduce experiența maternității în viața mamelor adolescente?

În prezenta cercetare am utilizat un lot de 20 de mame adolescente. Criteriile de selecție au fost următoarele: tânăra să fi născut un copil la vârsta adolescenței, să aibă vârsta cuprinsă între 15 și 21 de ani. Totodată, am căutat ca lotul să fie cât mai diversificat din punctul de vedere al etniei și al situației familiale și locative. Astfel, două mame au fost de etnie maghiară, opt mame au fost de etnie romă, zece mame au fost de etnie română. Sub aspectul rezidenței: două mame locuiau în centre maternale, nouă mame locuiau cu familia maternă, o mamă locuia cu partenerul, patru mame locuiau cu tatăl copilului și familia paternă, trei mame locuiau doar cu tatăl copilului și o mamă locuia cu tatăl copilului și cu familia maternă. Mamele au provenit din mediul urban (Cluj-Napoca).

Metoda de eșantionare folosită a fost eșantionarea teoretică. Dimensiunea eșantionului nu a fost a priori stabilită ci au fost realizate interviuri până când am observat că sunt saturate temele supuse investigației.

Metoda de adunare a datelor aleasă a fost interviul semi-structurat. Interviuurile au avut o durată de cca. 75 minute și au fost realizate pe parcursul anului 2011. Inițial a fost creată o grilă de interviu pe baza unor teme conturate în urma studierii literaturii de specialitate și având în vedere experiențele anterioare de practician. Interviuurile cu mamele adolescente au fost realizate în diferite locații, după cum au preferat acestea: în locuința lor, în cadrul centrelor maternale unde își aveau reședința sau la sediul unui serviciu social.

După realizarea interviurilor am procedat la transcrierea acestora și la recitirea și reascultarea lor. Odată transcrise am procedat la codarea lor, aceasta realizându-se cu un soft CAQDAS, respectiv Atlas Ti. Pentru analizarea datelor am utilizat analiza tip șablon (template analysis) dezvoltată de King (1998). Analiza template se referă la dezvoltarea unui șablon (template) de codare care presupune codarea ierarhică. Ideea principală este construirea unui șablon inițial, care apoi să fie folosit ca un ghid pentru temele emergente (King, 1998). Șablonul inițial este de multe ori conceput cu ajutorul unor coduri apriori stabilite, care identifică temele principale care sunt de așteptat să fie relevante pentru analiză" (King, 1998). Șablonul este apoi utilizat pentru a analiza întregul set de date. În timpul analizei, șablonul va fi completat cu noi teme ce apar, în timp ce alte teme vor fi neglijate cu totul. Acest proces continuă până ce un șablon final este definit și întregul set de date a fost codificat folosindu-l (King, 2004).

Capitolul patru cuprinde totodată referiri în ceea ce privește validitatea cercetării. În contextul studiului de față am considerat ca fiind foarte utilă folosirea celor patru criterii menționate de către Lincoln și Guba (1985): *credibilitatea, transferabilitatea, transparența, confirmabilitatea*. În ceea ce privește aspectele etice ale cercetării, acestea au fost descrise în finalul capitolului punându-se accentul pe aspecte cum ar fi: consimțământul informat al participantelor, dilemele practicianului/ cercetător.

**Cel de al cincilea capitol** prezintă în detaliu analiza și sinteza datelor cercetării în vederea conturării unui tablou al percepției maternității la mamele adolescente. Am analizat pe parcursul acestui capitol temele majore care s-au reliefat din analiza interviurilor, respectiv: *experiența și împuternicirea mamelor adolescente, suportul social, decizia de a avea un copil, reacții și relații, educație, stigmatizare*. Aspectele teoretice prezentate în primele trei capitole al lucrării vor suține interpretarea datelor.

Una dintre ideile centrale desprinsă din toate interviurile este aceea a *schimbărilor*, mamele descriind experiența maternității în termeni de relații, scopuri, auto-percepții și modul în care acestea s-au modificat din momentul în care adolescentele au devenit mame. Schimbările din viața mamelor au fost prezente atât la nivel intrinsec (noi trăiri, noi roluri internalizate), cât și extrinsec (noi activități, schimbări în dinamica relațiilor). Impresia generală care s-a reliefat din analiza datelor a fost aceea că femeile își reorganizează viața în jurul copilului, canalizându-și toate energiile pentru satisfacerea nevoilor acestuia. Reorganizarea capătă sensul rearanjării tuturor aspectelor ale vieții atât pentru binele al copilului cât și al mamei.

Reprezentarea a ceea ce înseamnă a fi o mamă bună, a felului în care își operaționalizează acest construct, a remodelat alegerile și schimbările făcute în viață. Procesul de reorganizare a vieții tinerelor mame este declanșat în momentul în care acestea rămân însărcinate, și, mai apoi, în momentul în care iau decizia de a avea acest copil. Acestui moment decizional îi corespund o serie de emoții, cogniții, comportamente. Dacă sarcina a fost una așteptată mama era bucuroasă, dacă apariția ei a fost impusă mama s-a aliniat valorilor familiale și culturale, îndeplinindu-și rolul conturat de comunitate, tradiție și familie. Dacă sarcina nu a fost una așteptată, se declanșează o serie de emoții negative, anticipări și reprezentări catastrofale asupra a ceea ce va urma, intervin de multe ori mecanismele dezadaptative de coping care conduc la negare, la procrastinarea dezvoltării.

Persoanele cărora le este dezvoltată pentru prima dată sarcina sunt fie persoane din grupul de egali, fie mamele, fie partenerul. Pentru mamele care locuiau în comunitatea de romi, nu a existat niciun fel de anxietate în a dezvoltă sarcina, această "stare" marcând simbolic trecerea spre o nouă etapă a vieții, spre statutul de femeie și mamă, ultimul din urmă fiind valorizat în comunitățile de romi: "Rolul de mamă este unul cu prestigiu în comunitate și de fapt este modul în care o fată începe să fie recunoscută ca o persoană adultă" (Magyari Vincze, 2006).

Pentru unele dintre adolescentele din pătura socială mijlocie, a spune părinților despre sarcină a fost un lucru extrem de dificil. Prin apariția unei sarcini timpurii, adolescentele ieșeau din patternul normalității, se contrapuneau valorilor din familie, discursului despre normalitatea parcurgerii unor etape de viață "la timpul lor". Stilul parental autoritar, tabu-urile legate de discutarea unor teme ca sexualitate, reproducere, controlul reproducerii au făcut și mai dificilă dezvoltarea. Anxietatea cea mai mare a presupus-o, de obicei, dezvoltarea către figura paternă din familie ("*deși nu m-a bătut niciodată mă tem mai tare de el ca de mama*"),

aspect care întregește cadrul de înțelegere al stresorilor care o determină pe tânăra mamă să amâne decizia de a dezvălui sarcina.

Amânarea deciziei de a dezvălui sarcina spunând persoanelor din proximitate determină restrângerea spectrului de opțiuni pentru adolescenta însărcinată (maternitate, plasament, avort). Astfel, avortul nu a mai constituit o opțiune pentru multe dintre mamele participante la studiu, după cum ele însele arată. Explorarea variantei plasamentului aduce cu sine intrarea specialiștilor (din domeniul medical și social) în cadrul problemei. Discursul acestora, așa cum îl percep adolescentele, este unul de susținere a variantei păstrării copilului, oferind mamei posibilitatea de a anticipa modul în care viața lor se va restructura după naștere și ajutându-le să se clarifice în ceea ce privește decizia. Clarificarea poate apărea foarte rapid, așa cum este în cazul Laurei care, după consultarea părinților decide imediat că păstrarea copilului este cel mai bun lucru, sau poate interveni imediat după naștere, așa cum se întâmplă în cazul Crenguței.

În general, din interviuri am observat evitarea oferirii de către mame a detaliilor despre perioada de indecizie în care au explorat alte variante decât aceea a păstrării copilului.

Reacțiile după dezvăluire sunt variate și ambivalente: unele persoane susțin decizia (unii membrii ai familiei, cadrele didactice, colegi, comunitate), alte persoane se îndepartează de viitoarele mame (în unele situații viitorii tăți, prieteni); mamele sunt poziționate astfel între două mesaje de acceptare și de respingere. Poate cel mai dureros mesaj resimțit la nivel intrinsec este acela de respingere din partea unora dintre tați, care, în unele cazuri, merge până la negarea paternității în mod formal.

Maternitatea apare pentru tinerele mame ca fiind o experiență trăită intens: cu emoții variate, cu temeri, cu planuri de viitor, cu obiective. Chintesența experienței maternității este dorința de a fi o mamă bună- conceptul apare operaționalizat în mod diferit de către tinerele mame; pentru unele dintre aceste mame apare ca fiind prioritară satisfacerea nevoilor bazale ale copilului, pentru altele este poziționată în prim plan satisfacerea nevoilor emoționale.

Mamele au relatat o serie de emoții legate de această experiență a maternității: iubire, temeri, regrete. Experiența maternității, așa cum mi-a fost relatată, nu este diferită de experiența oricărei mame, poate mai mult unele trăiri au fost chiar mai puțin cenzurate de către mamele adolescente. Schimbările de roluri din viața tinerelor adolescente, schimbările la nivelul identității, al proceselor cognitive, al stilului de viață nu apar în mod linear. O schimbare dintr-un anumit domeniu al vieții poate determina, prin contagiune, schimbări în alt domeniu, procesul fiind într-o continuă dinamică, fără a exista o ordine prestabilită. Una dintre cele mai importante schimbări apărute este împuternicirea lor ca mame; rolul de mamă

le face mai puternice, capabile să facă față unor situații noi, complexe (prezentarea la medic ca urmare a unei afecțiuni a copilului).

În ceea ce privește schimbările apărute în viața lor, mamele s-ar încadra, potrivit propriilor reprezentări în două categorii: mame care resimt ca majore schimbările ivite în viața lor și mame care cataloghează aceste schimbări ca fiind insignifiante (în special cele dintr-un mediu socio-economic defavorizat).

Concret, susținerea familiei tinerei mame și a familiei viitorului tată sunt cel mai des amintite de intervievate. Din aceste familii se disting, din punct de vedere al susținerii oferite, figurile feminine: mama, ”mama soacră”, bunica sunt cele care îi transmit tinerei mame modelul de îngrijire. Figurile masculine, fie că este vorba de tații copiilor, de partenerii mamelor adolescente alții decât tații, de viitorii bunici materni sau paterni, se situează într-un plan secund în relatările tinerelor referitoare la suportul oferit de aceștia.

Specialiști din cadrul serviciilor sociale, medicale, din domeniul educațional sunt amintiți ca surse de suport în viața tinerelor mame. Specialiștii amintiți din domeniul social au fost psihologi, asistenți sociali și personal al centrelor maternale. Rolul psihologilor, asistenților sociali a fost de a le susține pe mame în vederea clarificării deciziei cu privire la copil, de a oferi tinerelor informații despre drepturile pe care le au ca viitoare mămici. Intervenția specialiștilor din centre maternale a fost de obicei una post-natală și s-a centrat pe formarea de abilități la tânăra mamă, pe formarea adolescenței ca ”o mamă bună”.

În ceea ce privește sprijinul cadrelor medicale din perspectiva adolescentelor, acesta este un suport, de cele mai multe ori, de tip instrumental: consult ginecologic, îngrijire pre și post-natală, consult pentru copii. Ceea ce tinerele mame au resimțit ca lipsindu-le a fost susținerea emoțională și o atitudine tolerantă, de foarte multe ori mamele simțindu-se stigmatizate în acest context medical.

Cadrelle didactice și colegii de la școală au fost descriși de tinerele mame ca fiind suportivi, respectiv cadrele didactice mai înțeleghătoare cu privire la condiția tinerelor adolescente iar colegii de clasă interesați de bunăstarea ei. Nu toți cei din grupul de egali s-au dovedit a fi la fel de suportivi. Unele dintre prietene au ales să nu mai țină legătura cu tinerele mame: acestea nu mai aveau activități comune, obiective comune, interese comune.

Sprijinul unor alte instituții (poliție, instanță) a fost privit ca fiind destul de ”timid” de către una dintre mame, după un proces de recunoaștere a paternității, polițiștii fiind percepuți ca transferând responsabilitatea din sfera competenței (de a veghea la modul în care o sentință este respectată) lor înspre sfera privată.

Comunitatea apare a fi un sprijin pentru mămicile care locuiesc în zone defavorizate (comunitatea de romi Pata Rât). Dobândirea statutului de mamă este valorizată, iar în procesul îngrijirii proximitatea apare ca fiind un factor de suport (posibilitatea de a-ți lăsa copii cu vecinii atunci când mergi în oraș).

Din analizarea interviurilor, această experiență a maternității este legată de variabile individuale: stimă de sine, capacitate de rezolvare a problemelor, anxietate, nivel cognitiv; aceste concluzii transpar și din observațiile efectuate în timpul interviurilor. Istoricul de abuz, neglijare, instituționalizare este relevant în contextul reliefării modului în care tinerele își structurează experiența maternității.

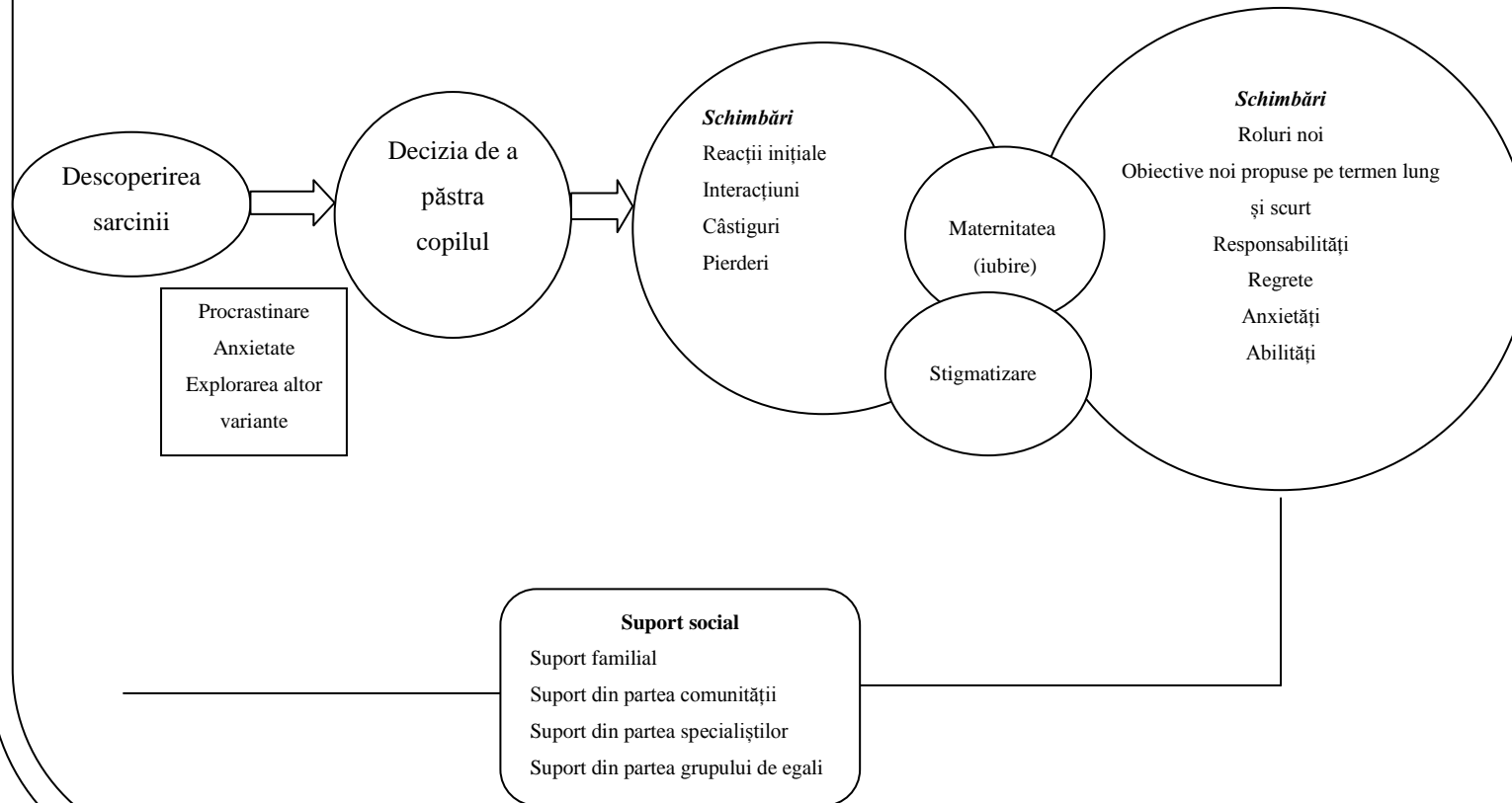
Acesta este amintit de tinere ca fiind definitiv pentru procesul lor de de venire ca mame "bune". Ele declară că își doresc să fie opusul a ceea ce au fost mamele lor pentru ele. Contextul socio-economic marchează experiența maternității adolescente și obiectivele, pe termen lung și scurt ale tinerelor mame; în contexte socio-economice dificile mamele au ca obiectiv pe termen scurt satisfacerea nevoilor de bază ale copilului, iar ca obiective pe termen lung, evadarea din acel mediu.

Mamele adolescente sunt supuse stigmatizării prin discursuri care fie le patologizează, fie le cataloghează ca fiind deviante, atât la nivelul mass-mediei, cât și de specialiști sau alte persoane cu care mamele vin în contact.

Toate aceste aspecte prezentate mai sus, intercațiunile dintre teme le-am sintetizat într-un model al reconstrucției vieții în contextul maternității la vârsta adolescenței. Modelul nu este unul exhaustiv care să acopere toate problemele pe care le-am discutat în capitolul anterior, scopul său fiind de a facilita înțelegerea asupra maternității adolescente.

Context (social, cultural, economic)

Factori individuali, istoric personal





Ultimul **capitol** al lucrării include, pe lângă concluziile cercetării și limitele acesteia, direcții viitoare de cercetare și recomandări pentru politicile publice. Rezultatele acestei cercetări se dovedesc a fi inovative sub aspectul aducerii în prim plan a experiențelor mamelor adolescente din România prin intermediul cercetării calitative.

Prin alegerea metodei calitative, cercetarea dorește completarea corpului de studii existent la nivel național care abordează această temă (vezi Hărăguș, 2011). Am dorit completarea reprezentării de ordin descriptiv a fenomenului maternității adolescente cu un insight al emoțiilor și cognițiilor acestor femei (Wilson & Huntington, 2006).

Prin această cercetare am încercat să înțeleg construcția socială a maternității pornind de la percepția mamelor adolescente asupra experienței maternității, considerând experiența acestora ca fiind un punct important de pornire pentru viitoare strategii de intervenție în domeniu. Pornind de la această asumție a construcției sociale a maternității am încercat, prin intermediul analizei de tip șablon (template analysis), să conturez imaginea ei la intersecția contextului socio-economic, a etniei și a discursurilor stigmatizante.

Dincolo de generarea modelului reorganizării vieții mamelor adolescente în contextul maternității care a fost prezentat în capitolul anterior și care se structurează în jurul temei *schimbărilor*, din analiza datelor mi s-a părut important și inovativ să relievez unele „diferențe” ale tinerelor intervievate care se pot grupa în jurul a două variabile: *etnia (în acest caz etnia romă)* și *contextul socio-economic*. Conturarea pe lângă experiențele comune și a experiențelor distincte care au reieșit din discursurile participatelor, îmi permite ca prin analiză „*să fac auzite vocile diferitelor femei*”, să scot în prim plan anumite particularități ale acestora, care pot conferi repere importante pentru înțelegerea maternității adolescente.

În acest context trebuie să menționez faptul că în această cercetare apartenența la etnia romă se juxtapune peste statutul socio-economic scăzut și localizarea spațială a comunității, așa cum se întâmplă în cazul adolescentelor care locuiesc în comunitatea de romi Pata Rât.

Pentru mamele provenite din comunitatea de romi Pata Rât dar și pentru cele provenind din comunitatea romilor gabori, maternitatea timpurie este considerată „normativă și chiar dezirabilă” (Arai, 2009).

În țările în curs de dezvoltare și chiar în comunitățile sărace din țările industrializate, familiile tradiționale își păstrează încă hegemonia. Caracteristici precum: gospodăriile mari în care locuiesc mai multe generații, puterea deținută de către bărbați, absorbția tânărului cuplu căsătorit într-o gospodărie deja existentă, mariajele timpurii se opun caracteristicilor familiilor occidentale în care individualitatea este accentuată, reproducerea este amânată, în care formarea propriei gospodării, distinctă de cea a părinților, este dezirabilă. Ceea ce nu este

considerat a fi „normal” și ceea ce constituie un motiv pentru stigmatizare în comunitatea de romi din care făceau parte mamele intervievate este lipsa unui partener, infertilitatea.

„Normalitatea” apariției unei sarcini la vârsta adolescenței la tinerele rome nu trebuie privită ca o caracteristică specifică a etniei rome, ca ceva genetic programat. Maternitatea adolescentină la aceste mame poate fi văzută ca fiind o „strategie” transmisă inter-generațional prin care reproducerea la o vârstă cât mai timpurie oferă posibilitatea mamelor de a fi un timp cât mai îndelungat alături de copiii lor. Acest fapt este adaptativ în contextul în care comunitățile de romi au fost în general situate marginal, fiindu-le caracteristice condiții precare de trai și o rată ridicată a mortalității timpurii. Rezultate similare au fost relevate de Geronimus (1997, 2003) în cercetările sale derulate în Harlem (New York, SUA) prin care investiga ratele ridicate ale maternității timpurii s-a dovedit că ratele de mortalitate la femei, se dublaseră în momentul în care mamele ajunseseră la vârsta de douăzeci și ceva de ani.

În mod contrar, amânarea vârstei de reproducere corespunde unei poziții majoritare a clasei mijlocii, în care traiectoria normală și valorizată de viață presupune succedarea unor etape într-o ordine exactă și a priori stabilită: educație, carieră, formarea unei familii (Geronimus, 1997). Astfel, adolescentele care au devenit mămici sunt privite ca fiind rezistente la imperativele sociale actuale, conform cărora independența economică și statutul social nu pot fi atinse decât prin muncă plătită, carieră și respectarea unor patternuri cu privire la formarea unei familii.

Pe parcursul fundamentării teoretice a lucrării am arătat faptul că în diferitele perioade istorice și culturi există o mare variabilitate în practicile de creștere a copilului și în felul relațiilor dintre mame și copiii lor, lucru care s-a reliefat și în prezenta cercetare.

Astfel am constatat că discursurile mamelor din comunitatea de romi Pata Rât, cu o situație socio-economică precară, despre ceea ce înseamnă o mamă bună sunt îndreptate spre satisfacerea nevoilor bazale ale copiilor. Consider această strategie a lor ca fiind adaptată la contextul socio-economic în care trăiesc, unde se dă o luptă acerbă pentru supraviețuire.

La mamele provenite din pătura mijlocie a societății am constatat o focalizare pe componenta emoțională a relației cu copilul: Pe de-o parte, desigur, acest fapt vine să contrazică asumpțiunile conform cărora mamele adolescente relaționează mult mai puțin cu copiii lor (Barrat, 1991), dar pe de altă parte, poate indica tendința acestor mame de a încadra în „normalitate” de a se alinia imperativelor care indică modul în care trebuie crescut un copil. Mamele adolescente resimt faptul că uneori sunt privite ca fiind inadecvate în acest rol matern și caută să își „dovedească” competența. Cazul lui Alis, tână rezidentă a unui centru maternal, inițial anxioasă cu privire la abilitățile ei materne este edificatoare în acest sens.

În ceea ce privește cunoștințele despre contracepție și utilizarea acestor metode, descoperirile din interviuri au venit ca neașteptate pentru mine. Expectanța mea era ca informațiile despre metodele contraceptive să fie mult mai acurate și numeroase în cazul mamei adolescente din pătura mijlocie a populației, care erau angrenate într-o formă de învățământ, față de mamele care abandonaseră școala sau erau neșcolarizate din comunitatea de romi. Dimpotrivă, am constatat că acestea aveau cunoștințe despre tipurile de metode contraceptive existente (asta neînsemnând că stăpâneau foarte bine modul de administrare a lor) și că discutau destul de liber despre acestea. Acest fapt se datorează faptului că în comunitate se derulează și s-au derulat programe de contracepție, fiind astfel facil pentru fete să obțină informații direct. În acest context trebuie problematizat acest aspect al sănătății reproducerii în România, mai ales în comunitățile marginale- consider că este deosebit de important ca femeile să aibă acces la servicii de sănătate a reproducerii, dar decizia finală, informată, trebuie să le aparțină pentru ca ele să nu devină subiectul unui ”control al fertilității de tip rasist, care să pretindă că oferă contracepție pentru femeile rome în timp ce de fapt își propune să prevină supra-popularea etnicilor romi ”(Magyari-Vincze, 2006).

În ceea ce privește tinerele mame care frecventaseră școala și proveneau din familii de nivel mediu, acestea păreau destul de timorate în a vorbi despre sexualitatea lor și metodele contraceptive, arătând că, de cele mai multe ori, s-au informat singure asupra acestora, părinții sau cadrele didactice fiind reticente în a le oferi informații. Aceste afirmații sunt congruente cu opiniile lui Wilson & Huntington (2006) care inferează existența unei anxietăți la nivel social față de sexualitatea feminină.

Apariția unei sarcini la vârsta adolescenței este, așa cum am văzut, firească în comunitatea de romi; acceptarea în comunitate a unor astfel de situații are două posibile semnificații- pe de-o parte adolescența dobândește un statut privilegiat (Merrick, 1995), pe de altă parte, sunt acționate „mecanismele” de suport la nivelul comunității (vecinii au grijă unii de copii alora când sunt plecați, își oferă informații reciproc despre diferite demersuri instituționale). În cazul adolescentelor care nu erau de etnie romă, comunitatea (vecinii) au privit apariția unui copil la această vârstă ca fiind nefirească, deviantă.

Adevărată problemă în ceea ce privește maternitatea la vârsta adolescenței în anumite comunități deprivat din punct de vedere socio-economic și în care prevalează etnia romă este dată de diferențele de clasă. “Acest eșec în a accepta maternitatea adolescentină în anumite contexte este legată de *miopia* opiniei publice și a factorilor de decizie în a înțelege per ansamblu situația tinerilor din comunități socio-economice deprivat”(Arai, 2009). Fără o

înțelegere și o apropiere de situația comunităților de romi, a tinerilor provenind din comunități deprivatăe, factorii de decizie nu vor putea contura intervenții cu adevărat suportive.

Studiul nu se dorește a fi o cercetare care să surprindă amploarea fenomenului maternității adolescente ci dorește să surprindă în profunzime și să interpreteze experiența acestor mame, experiență ce astfel să poată fi contrapusă stereotipurilor generale despre maternitatea adolescentină. Pe parcursul lucrării am punctat considerentele pentru care am perceput ca fiind esențială o abordare calitativă a fenomenului (interacțiunea față în față cu participantele, flexibilitatea, posibilitatea colectării datelor într-un timp relativ scurt, cooperarea facilă, posibilitatea evidențierii nuanțelor, posibilitatea explorării percepțiilor participantelor); prin această opțiune nu minimalizez importanța cercetării cantitative care poate surprindă alte aspecte importante ale maternității la vârsta adolescenței (amploarea fenomenului, corelații între diverși factori care pot conduce la apariția unei sarcini la vârsta adolescenței, inferarea unor posibile consecințe pe populații mai mari).

O limită a studiului este faptul că se desfășoară doar în mediul urban, pe raza municipiului Cluj-Napoca. Totodată, centrându-mă pe explorarea experiențelor mamelor în profunzime nu am creat spațiu pentru alte aspecte care ar fi putut fi valoroase: surprinderea experiențelor și opiniilor membrilor familiei mamei adolescente, cu o focalizare pe relația mamă (bunică maternă)-fiică (mamă adolescentă). Ar fi fost interesant de suprins dinamica acestei relații și totodată aprofundate pattern-urile care se transmit trans-generațional. Totodată, în cazurile în care tăticii erau prezenți în viața copiilor lor ar fi fost interesant de investigat și opiniile acestora.

O altă limită a cercetării este dată de faptul că aceasta nu este una longitudinală. Nu știm peste cinci ani dacă alegerile asumate de către tinerele mămici acum, determinarea lor de a construi un viitor mai bun copiilor se vor menține. Luând în considerare această limită, am decis includerea în lotul de participante și a unor mămici cu copii mai mari (ex. Crenguța a cărei fetiță are cinci ani) pentru a nuanța perspectiva și în timp.

În acest context trebuie să amintesc faptul că unele din poveștile de viață ale participantelor au fost extrem de interesante și ofertante, putând face obiectul unor analize mai aprofundate. Amintesc aici, din nou, narațiunea Crenguței devenită mamă la 16 ani, la momentul interviului având 21 de ani și a cărei experiențe sunt foarte interesante mai ales în ceea ce privește modul în care a luptat pentru recunoașterea și asumarea de către tată a paternității. Povestea Ramonei, care are 15 ani, cu un istoric de abuz, neglijare și instituționalizare ar fi putut constitui obiectul unui studiu de caz, cu un accent pus pe

analizarea măsurilor luate și a serviciilor oferite de instituțiile abilitate și pe aportul adus de aceste măsuri la menținerea copilului în familie.

Subliniez că acest studiu surprinde percepția mamelor asupra unor aspecte legate de modul în care relaționează cu copilul, abilitățile pe care le dețin, unele răspunsuri putând fi dezirabile. Analiza acestor aspecte ar fi putut fi realizată cu instrumente validate științific cum ar fi testele psihologice, chestionarele (de ex. Social Provisions Scale, Inventarul semistrukturat HOME) dar acest fapt ar fi depășit cadrul de analiză asumat inițial, acela al unei cercetări de factură sociologică.

În cercetare am fost totodată conștientă de faptul că pe parcursul cercetării trebuie să asum o poziție de obiectivitate, căutând să tratez cu echidistanță aspectele relatate chiar dacă erau sau nu în favoarea sau defavoarea persoanelor intervievate sau ale specialiștilor amintiți. Am încercat să caut critici la adresa situațiilor de fapt, argumente și dovezi privind nevoia și posibilitatea de schimbare ale unor aspecte.

Consider că tema maternității adolescente este una extrem de ofertantă care poate deschide numeroase *noi direcții de cercetare* în context românesc. Ar putea fi studiate realizate cu ajutorul metodologiei calitative, narațiuni al mamelor care au avut un copil la vârsta adolescenței, mame a căror vârste să se întindă pe o plajă mai mare de ani. S-ar putea evidenția particularitățile modului în care maternitatea adolescentină a fost percepută în diverse perioade istorice, în diferite medii (rural și urban) și cu femei de diferite etnii. O astfel de cercetare, realizată în context românesc ar releva modul în care problema maternității adolescentină a fost "construită" în România.

Ducând mai departe această idee consider că pentru a releva modul în care s-au structurat discursurile referitoare la maternitatea adolescentină la noi în țară, ar fi oportună realizarea unei analize a documentelor legislative, a publicațiilor apărute pe această temă începând cu secolul trecut.

În general, în literatura de specialitate cu câteva excepții (Bunting & Auley, 2004; Reeve, 2007), tații adolescenți sunt destul de puțin studiați.

O altă posibilitate de cercetare o constituie repartizarea spațială (nu doar rural, urban ci și diferențele din același oraș) a mamelor adolescente în România, investigarea posibilelor relații între statul socio-economic și maternitatea adolescentină. Astfel de studii ar permite factorilor de decizie să își îndrepte intervenția spre acele zone, comunități care au cu adevărat nevoie de susținere.

Relația maternității adolescente cu anumiți factori de individuali, familiali ar constitui obiectul unor cercetări interdisciplinare: incidența unor afecțiuni ca: depresia,

anxietatea, tulburări de personalitate la mamele adolescente, incidența violenței domestice în familiile mamelor adolescente. Pornind de la câteva repere din această teză referitoare la istoricul de abuz și neglijare al mamelor adolescente consider că ar fi oportună studierea acestei teme și a posibilelor efecte pe care acest istoric îl are asupra deciziilor viitoare ale mamei și asupra comportamentului ei în relația cu copilul. Aspecte ale sănătății reproducerii în relație cu mamele adolescente ar putea fi aprofundate prin diverse cercetări.

Totodată intervenția de specialitate (socială, medicală) și satisfacția mamelor adolescente ca beneficiare ar putea fi studiată pentru a oferi posibilități perpetue de îmbunătățire a intervențiilor specialiștilor. Poziția specialiștilor vis-a-vis de această temă, modul în care sunt structurate intervențiile și politicile publice pot fi teme de cercetare; la fel și opinia mass-mediei și modul în care mesajele transmise se repercutează asupra mamelor adolescente și de ce nu modul în care discursurile religioase contribuie la poziționarea mamelor adolescente într-un spectru al anormalității.

Lucrarea se încheie cu *recomandări* cu privire la politici publice și strategii de intervenție în România. Acestea din România sunt încă într-o fază incipientă în ceea ce privește problematica maternității adolescente, existând prevederi legislative, programe disparate cu privire la această categorie.

Raportat la problematica sexualității la vârsta adolescenței și a maternității la această vârstă, normele socio-culturale românești apar conturate între trei dimensiuni: valorizarea abstenenței premaritale, influența puternică a Bisericii și intervenția minimă la nivel de politici publice. Acest aspect este semnificativ prin prisma faptului că dacă mamele adolescente se simt stigmatizate ele vor avea rețineri în a apela la servicii (Phoenix, 1991)

Așa cum am arătat în primul capitol al acestei teze consider că dobândirea capacității de exercițiu este un prim aspect care ar trebui reglementat în ceea ce le privește pe mamele adolescente; dobândirea acestei capacități înaintea vârstei de 18 ani doar prin căsătorie consider că este profund discriminatorie și contribuie la menținerea unor inegalități de gen la nivelul familiei. Un element care ar putea fi explorat în acest context îl constituie introducerea articolului 40 din noul Cod Civil care prevede că ”pentru motive temeinice, instanța de tutelă poate recunoaște minorului care a împlinit vârsta de 16 ani capacitatea deplină de exercițiu. În acest scop, vor fi ascultați și părinții sau tutorele minorului, luându-se, când este cazul, și avizul consiliului de familie ”; astfel s-ar putea supune atenției instanței cazuri ale unor mame minore pentru dobândirea acestei capacități. A nu se înțelege că fac pledoaria dobândirii capacității de exercițiu pentru toate mamele neapărat, dincolo de aspecte de ordin cognitiv, dar aș pleda pentru existența posibilității analizării fiecărui caz în parte și

oferirea de soluții în consecință. Reglementarea acestui aspect are o serie de implicații practice, uneori nefaste- mamele adolescente nu pot fi internate, la fel ca orice altă mamă alături de copilul lor în spital, nu pot lua decizii în cazul unei intervenții chirurgicale, nu pot aplica, fără reprezentantul lor legal pentru anumite prestații convenite, nu pot lua niciun fel de decizie în ceea ce privește copilul. Mamele sunt plasate într-un context ambivalent în care pe de o parte li se pune în evidență de către autorități importanța menținerii copilului în familie dar pe de altă parte nu au niciun fel de libertate de decizie în raport cu copilul.

În ceea ce privește serviciile oferite mamei adolescente, consider că un element esențial îl constituie reținerea particularităților de natură etnică. Este greșit să tratăm fenomenul maternității adolescente în mod similar la nivel de cercetare la fel cum ar fi și la nivel de intervenție.

Totodată, aș sublinia importanța responsabilizării taților care au apărut în această cercetare ca fiind destul de slab reprezentați sub raportul implicării în viața copilului. Povestea Crenguței este edificatoare pentru modul în care organismele care ar trebui să intervină (poliție) se dovedesc a fi total ineficiente.

Cercetările calitative indică faptul că mamele tinere pot fi foarte motivate să reușească, pentru a le oferi copiilor lor, pe cât posibil, cea mai bună calitate a vieții (Pillow, 2004; Cater & Coleman, 2006) și este mult mai logic să se valorifice acea motivație la timpul potrivit, moment care este diferit pentru fiecare tânăr, opinie careia i se subsumează și această cercetare.

## Bibliografia rezumatului

- Allen & colab., (1997). *Study guide for Baron and Byrne Social psychology*. Boston, Mass: Allyn and Bacon.
- Arai, L., Harding, S., & Medical Research Council (Great Britain). (2003). *Health and social care services for ethnic minorities in the United Kingdom: Review of the literature on access and use*. Glasgow: MRC Social and Public Health Sciences Unit.
- Arai, L. (2007). *Peer and neighbourhood influences on teenage pregnancy and fertility: Qualitative findings from research in English communities*. *Health & Place*, 13, 1, 87-98.
- Arai, L. (2009). *Teenage pregnancy : the making and unmaking of a problem*. Bristol, UK; Portland, OR: Policy Press
- Bonell, C. P., Strange, V. J., Stephenson, J. M., Oakley, A. R., Copas, A. J., Forrest, S. P., Johnson, A. M., Black, S. (2003). *Effect of social exclusion on the risk of teenage pregnancy: development of hypotheses using baseline data from a randomised trial of sex education*. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 57, 11, 871-6.
- Brindis, C. D. (January 01, 2006) *A public health success: understanding policy changes related to teen sexual activity and pregnancy*. *Annual Review of Public Health*, 27, 277-95.
- Cassell, C., & Symon, G. (1998). *Qualitative methods and analysis in organizational research: A practical guide*. London: Sage Publications.
- Cunnington, A. J. (January 01, 2001). *What's so bad about teenage pregnancy?. The Journal of Family Planning and Reproductive Health Care*. Faculty of Family Planning & Reproductive Health Care, Royal College of Obstetricians & Gynaecologists, 27, 1.
- Daguerre, A., & Nativel, C. (2006). *When children become parents: Welfare state responses to teenage pregnancy*. Bristol, UK: Policy Press.
- Danzinger, S. K. (1995). *Child poverty, public policies and welfare reform*. New York: Pergamon Press.
- Dennison, E. P., & Coleman, R. (1998). *Historic Dalkeith: The archaeological implications of development*. Edinburgh: Historic Scotland in association with Scottish Cultural Press.
- Emler, N. (2001) *Self-esteem: The costs and causes of low self-worth*. Layerthorpe: Publ. for the Joseph Rowntree Foundation by York Publ. Services.
- Fisher, D. D. V. (1991). *An introduction to constructivism for social workers*. New York: Praeger.
- Foucault, M. (1980) *The history of sexuality*. New York: Vintage Books.



Furstenberg, Frank F. (1991) *As the Pendulum Swings: Teenage Childbearing and Social Concern*. Family Relations, 40(2), 127-138.

Hosie, A. C. S. (January 01, 2007). *'I Hated Everything About School': An Examination of the Relationship between Dislike of School, Teenage Pregnancy and Educational Disengagement*. Social Policy and Society, 6, 3, 333-347.

Johnson, S. E. (1990). *Staying power: Long term lesbian couples*. Tallahassee, Fla: Naiad Press.it

Lanctot, N., & Smith, C. A. (June 01, 2001). *Sexual Activity, Pregnancy, and Deviance in a Representative Urban Sample of African American Girls*. Journal of Youth and Adolescence, 30, 3, 349-72.

Lincoln, Y. S., & Guba, E. G. (1985). *Naturalistic inquiry*. Beverly Hills, Calif: Sage Publications.

Macleod, C. (2001). *Teenage Motherhood and the Regulation of Mothering in the Scientific Literature: The South African Example*. Feminism and Psychology, 11, 493-510.

Macleod, C., & Durrheim, K. (2002). *Racializing teenage pregnancy: 'culture' and 'tradition' in the South African scientific literature*. Ethnic and Racial Studies, 25, 5, 778-801.

Magyari Vincze, E. (2006). *Social exclusion at the crossroads Of gender, ethnicity and class A view through romani women's Reproductive health Research paper with policy recommendations*. Cluj: EFES.

Miles, M. B., & Huberman, A. M. (1994). *Qualitative data analysis: An expanded sourcebook*. Thousand Oaks: Sage Publications.

Moffitt, R., & National Bureau of Economic Research. (2002). *The Temporary Assistance for Needy Families program*. Cambridge, MA: National Bureau of Economic Research.

Phoenix, 1993(September 01, 1993). *Review of Young Mothers?. British Journal of Sociology, 44, 3.*

Rogers, M. M., Peoples-Sheps, M. D., & Suchindran, C. (January 01, 1996). *Impact of a Social Support Program on Teenage Prenatal Care Use and Pregnancy Outcomes*. Journal of Adolescent Health : Official Publication of the Society for Adolescent Medicine, 19, 2, 132.

Rutman, D., Strega, S., Callahan, M., & Dominelli, L. (August 01, 2002). *'Undeserving' mothers? Practitioners' experiences working with young mothers in/from care*. Child & Family Social Work, 7, 3, 149-159.

Ryan, S., Franzetta, K., Manlove, J., & Child Trends, Incorporated. (2005). *Hispanic teen pregnancy and birth rates: Looking behind the numbers*. Washington, DC: Child Trends.

Sauls, F. A. (2004) *HIV/AIDS: An exploratory study of the knowledge, attitudes and sexual behaviours of undergraduate psychology students*.

Scholl, T. O., Hediger, M. L., & Belsky, D. H. (January 01, 1994). *Prenatal care and maternal health during adolescent pregnancy: a review and meta-analysis*. *The Journal of Adolescent Health : Official Publication of the Society for Adolescent Medicine*, 15, 6, 444-56.1994.

Thorne, R., & Auckland Women's Centre. (2004). *Are you a young parent or about to be one?: Here's an information book especially for you*. Auckland, N.Z.: Auckland Women's Centre.

Wilson, H., & Huntington, A. (2006). Deviant (M)others: The Construction of Teenage Motherhood in Contemporary Discourse. *Journal of Social Policy*, 35, 1.).

Yampolskaya, Brown și Greenbaum și alții, 2002; *Yampolskaya, S., Brown, E. C., & Greenbaum, P. E. (September 06, 2002). Early Pregnancy among Adolescent Females with Serious Emotional Disturbances: Risk Factors and Outcomes*. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, 10, 2, 108-15.

Yin, R. K. (2011). *Qualitative Research from Start to Finish*. New York: The Guilford Press.

Zabin, L. S., Astone, N. M., & Emerson, M. R. (January 01, 1993). *Do Adolescents Want Babies? The Relationship Between Attitudes and Behavior*. *Journal of Research on Adolescence*, 3, 1, 67-86.

<http://www.insse.ro>

[http://www.dreptonline.ro/legislatie/codul\\_civil\\_republicat\\_2011\\_noul\\_cod\\_civil.php](http://www.dreptonline.ro/legislatie/codul_civil_republicat_2011_noul_cod_civil.php)