



Faculty of  
Psychology and  
Educational Sciences  
"Ovidius" University  
of Constanta, Romania

# BLACK SEA JOURNAL OF PSYCHOLOGY



[www.bspsychology.ro](http://www.bspsychology.ro)



9 772068 464001



## **The role of Emergency Intervention Centers in preventing abandonment**

**Avramescu Doris-Cătălina<sup>1</sup>, Laura Rodica Giuriu<sup>2</sup>**

Ovidius University of Constanta, Faculty of Psychology and Educational Sciences  
[avramescu.doris@yahoo.com](mailto:avramescu.doris@yahoo.com), [lauragiurgiu31@yahoo.com](mailto:lauragiurgiu31@yahoo.com)

**Abstract.** Studies show that one of the main social problems are children abandon, mostly this happened because of poverty. What goes hand in hand with children abandon are teenage mothers. Abandon of newborns and teenage mothers is a real problem in Romania because the numbers it is continues to grow. The hope the the numbers of abandon to decrease „naturally” was in 90’s after the communist period, when the abortion and contraceptive methods become legal. The statistics of National Authority for children, persons with disabilities, adoption rights shows that in Romania, the number of children abandoned in hospitals maternity decreased from 5,130 in 2003 to 1,315 in 2010. The fastest decrease was recorded with a number of children of 4,614 in 2004 and 2,580 in 2005. The present study aims to identify and explore the medical-psycho-social difficulties faced by teenage mothers who arrive in the hospital Saint Andrei from Constanta, for a pregnancy control, to give birth, or other problems related to pregnancy. The research group consists of 30 teenage mothers, the research design was qualitative. Because they are teenage mothers, social workers from the hospital who they belong to the DGASPC Constanta give counseling, support and orientation if they have any problems. To be mention that also the hospital has social workers, but they are working together as a team. The introduction is about teenage mothers and the biological and social problems, marriage, abandon, decision of abortion, monoparental family. The second part is about activiti of a social worker in the hospital and the activties that they are made for the teenage mothers. The third part is about the information collected from the hospital and the interpretaion of the principal difficulties of them.

**Keywords.** Teenage mother, new born, consiliation by social workers in hospital



### **Aspectele particulare ale sarcinii la adolescente și profilul psihosocial al acestora**

Statutul de mamă se dobândește cumva de la sine, doar prin faptul de a aduce pe lume un copil, dar rolul complex de mamă se construiește treptat și este în mare măsură învățării sociale. Mamele minore formează împreună cu copilul sau copiii lor o familie în care mama este celibatară (statut dat de absența căsătoriei), dar în care ea are sarcini extinse, îndeplinind roluri parentale complexe și susținând printr-un efort sporit economic și emoțional copilul aflat în îngrijire (Ștefan, 1999).

Maternitatea se află în raport de subordonare cu alte instituții, în special familia, care în mod tradițional reprezintă baza sprijinirii cuplului mamă-copil (vecini, prieteni sau colegi); însă situația devine extremă atunci când mama nu are nici mijloace de subzistență, nu are un venit, un adăpost și nu se poate baza nici pe ajutorul familiei.

Instituții guvernamentale și non-guvernamentale se implică luând sub ocrotire mama și copilul aflat în dificultate, urmărind integrarea socială și dobândirea de către aceștia a unui mod de viață considerat normal (Ibidem).

Cauzele care duc la sarcină la adolescente sunt următoarele: lipsa planificării familiale și a educației sexuale, condiție socială și economică precară, în special printre anumite grupuri etnice, nivel scăzut de educație, căsătorie timpurie, în special în cazul anumitor grupuri etnice, sex precoce și neprotejat, partener mai în vârstă, abuz, alcool și consum de droguri, nivelul de școlarizare scăzut sau abandonul școlar, influența mediului și a mass-mediei.

Brașoveanu Anca, psiholog-sociolog al spitalului clinic "Filantropia București" abordează în lucrarea sa din cadrul "Conferinței Internaționale de psihologie aplicată" abandonul în maternitate. În realitatea românească abandonul în maternitate al nou-născutului este o anomie a ultimelor două decenii, în spatele căruia se ascund traume și drame ce pot marca pentru tot restul vieții tânăra care renunță, mult sau mai puțin inopinant, la copilul său.

Lăuza în dilemă acționează conform personalității și modelului sociocultural pe care-l reprezintă. Este știut că fiecare persoană își are propriul său "spațiu relational" prin care se deosebeste de ceilalți semenii și prin care se definește pe sine în mod essential.

Tânăra lăuză poate recurge la abandon datorită: vulnerabilități psihice (depresie, stres, anxietate) scăderea stimei de sine un factor poate fi și dobândirea statutului de femeie necăsătorită cu copil, excluderea familială, a comunității datorită sarcinii, respingerea, teama de neacceptare, nesiguranța, pierderea siguranței materiale

Mamele adolescente sunt un grup de paciente cu risc crescut de complicații pe durata sarcinii și în timpul nașterii și asociază un risc crescut de complicații pentru făt și nou-născut.

Perioada de pubertate incompletă prezintă un teren favorabil pentru dezvoltarea patologiilor mixte ale sistemului nervos, endocrin, reproductiv. Depresia după naștere la adolescente are șanse să apară în primele 2-3 luni, să poată avea o durată de până la 4 ani. Gradul de imaturitate biologică a organismului tinerelor mame și datorită faptului că bazinul nu atinge mărimile finale conduce la traumatizarea nou-născuților (Hudson, Elek și Campbell-Grossman, 2000).

La adolescentele cu vârsta de peste 16 ani, factorii de risc sunt mai mult de ordin socio-economic decât de ordin biologic. S-au constatat devieri în complicațiile obstetricale doar la minorele în vârstă 15 ani, comparativ cu femeile gravide de alte grupe de vârstă (Academia Americană de Pediatrie, 1998). Sarcina la adolescente în cele mai multe cazuri este neplanificată, care conduce la decizia de a apela la avort.

În fiecare an, aproximativ 3 milioane de fete cu vârste cuprinse între 15 și 19 ani, suferă de un avort indus în condiții nesigure. Copiii născuți de mame minore se confruntă cu



un risc mult mai mare de a muri decât cei născuți de mamele cu vârsta cuprinsă între 20 și 24 de ani (WHO, 2014).

Problemele psihosociale ale sarcinii în adolescență includ: întreruperea învățământului în instituțiile școlare chiar dacă au dreptul de a-și continua studiile, sărăcia persistentă, oportunitățile profesionale limitate, divorțul și ca rezultat separarea copilului de la tată, sarcina repetată. Cercetările lui Jonathan D. Klein (2005) sugerează că rezultatele sociale negative pe termen lung, nu sunt inevitabile.

„Căsătoria între minori” sau uniunea consensuală, este din ce în ce mai întâlnită în rândul adolescenților. Conform noului cod civil al României care a intrat în vigoare în octombrie 2011 articolului 272 privind vârsta matrimonială stipulează: "(1) Casatoria se poate încheia dacă viitorii soți au implinit vârsta de 18 ani. (2) Pentru motive temeinice, minorul care a implinit vârsta de 16 ani se poate casatori în temeiul unui aviz medical, cu incuviintarea parintilor sai sau, dupa caz, a tutorelui si cu autorizarea instantei de tutela in a carei circumscriptie minorul isi are domiciliul. Astfel, minorul care a împlinit vârsta de 16 ani, obține prin căsătorie capacitatea deplină de exercițiu.

Căsătoria tinerelor are consecințe asupra vieții acestora, în primul rând, acestea se confruntă cu decizia de a pastra sau nu sarcina, dacă partenerul și familia vor accepta sau nu această sarcină, apoi această etapă este urmată de nedezvoltarea fizică și emoțională pentru a avea o sarcină, mai ales că majoritatea se căsătoresc după ce rămân însărcinate, ies din cercul lor de prieteni făcuți în copilărie și se trezesc că sunt mame, majoritatea nu cunosc metodele de contracepție și planificarea familială, riscă să rămână din nou însărcinate și să experimenteze probleme la naștere, deoarece trupurile lor nu sunt încă pe deplin dezvoltate sau "au sarcini repetate și prea timpurii".

### **Rolul și importanța Centrului în Regim de Urgență, în prevenirea abandonului copiilor**

Centrul de Intervenție în Regim de Urgență, este localizat în incinta Spitalului Clinic Județean de Urgență "Sfântul Apostol Andrei" din Constanța și reprezintă o componentă funcțională a D.G.A.S.P.C Constanta.

Serviciile oferite în Centru sunt: asistență socială și medicală, consiliere psihologică a mamelor care se află în dificultate și prezintă riscul de a-și abandona copilul în unitatea sanitară, în scopul dezvoltării abilităților maternale astfel încât abandonul să fie prevenit, iar integrarea copilului nou-născut în familie să se realizeze în condiții optime; consilierea mamelor în ceea ce privește declararea nașterii copiilor; dezvoltarea unei rețele de comunicare rapidă între autoritățile cu atribuții privind protecția drepturilor copilului astfel încât să se realizeze fie o reintegrare rapidă fie fluidizarea procesului de instituire a unei măsuri de protecție specială.

Beneficiarii direcți sunt cuplurile mamă-copil aflate în risc de degradare/ruptură a legăturii familiale, în care copilul nu depășește vârsta de 3 ani:

1. mame cu copii nou-născuți sau cu vârsta de până în 3 ani, cu intenție de abandon (în general mame singure, mame minore, mame provenind din familii marginalizate, sărace etc.);
2. cazuri în care copilul este maltratat fizic/psihic prin neglijare, părinții nefiind capabili să îi asigure un minim de bunăstare (din neștiința sau/și din imposibilitate materială);
3. cazuri în care atât mama, cât și copilul (copiii) sunt abuzați sau neglijăți de tată.
4. Rolul asistenților sociali din spital este acela de a soluționa situațiile de risc: copiii neglijăți sau victime ale abuzurilor (fizice, sexuale), mame minore, copiii ai căror părinți refuză să își asume responsabilitatea creșterii și îngrijirii minorilor, copii fără



forme legale, tineri consumatori de alcool sau droguri, adolescenți cu tentative de suicid etc.

Conform ART. 5 din Ordinul Nr.756/276 din 12 iulie 2005 privind cordonarea activităților de prevenire a abandonului în unitățile sanitare care au în structură secții de nou-născuți și/sau de pediatrie, în scopul asigurării activităților de prevenire a abandonului în maternități, asistenții sociali desemnați de direcțiile generale de asistență socială și protecția copilului au următoarele atribuții principale: consilierea gravidei/mamei, înainte și după actul nașterii; de a prelua copilului în evidența direcțiilor generale de asistență socială și protecția copilului, precum și monitorizarea acestor cazuri; participă la întocmirea documentației pentru preluarea copilului în sistemul de protecție și asigură preluarea de urgență a copilului în sistemul de protecție, conform art. 11 alin. (2) din Legea nr. 272/2004, pe baza sesizării unității sanitare în care a fost abandonat copilul.

Minorele însărcinate și mamele minore au nevoie de sprijinul familiei, iar în cazul în care acesta nu poate fi oferit, se recomandă orientarea către centre de sprijin și protecție a mamelor minore, aflate în dificultate sau supuse abuzului (Mrazek, & Kempe, 2014).

În consilierea lăuzelor se ține cont de: vârsta lăuzei, starea civilă, ocupația, gradul de instruire, numărul total de copii, numărul de avorturi, numărul de copii abandonați anterior, dacă lăuza însăși a fost abandonată de mama sa.

Pe lângă consiliere asistentul social întocmește o declarație pentru stabilirea identității mamei și copilului în care se află date despre copil, mamă, familie (cea extinsă până la gradul IV, dar și familia paternă), mediul de proveniență, cine este tutorele adolescentei și dacă adolescenta sau ocrotitorul legal al copilului în unitatea sanitară se află în una dintre următoarele situații: este minor, este victimă a violenței în familie, este sau a fost beneficiar al sistemului de protecție special, a avut/are copii în sistemului de protecție special, a avut/are copii polispitalizați, care nu se află în evidența cu diagnostice ce presupun dependența de îngrijiri medicale, este consumator de droguri și/sau dependent de consumul de alcool, prezintă o dizabilitate sau o boală cronică gravă, orice altă cauză similară care poate conduce la imposibilitatea acesteia de a se ocupa de creșterea și îngrijirea copilului; date despre medical specialist și cel de familie.

### **Statistica Centrului de intervenție în regim de urgență a minorelor în perioada ianuarie-mai 2017**

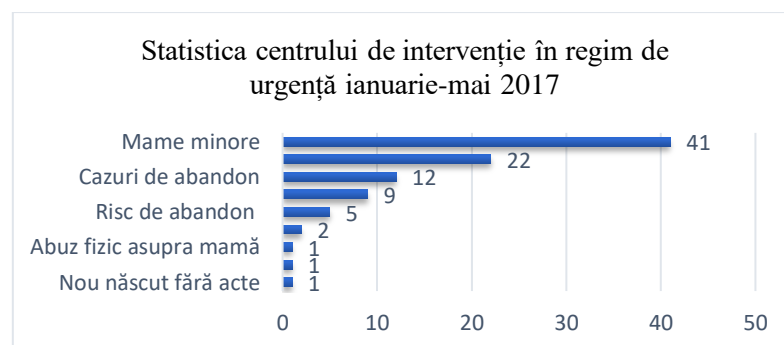


Figura 1. Reprezentarea grafică a statisticii centrului de intervenție în regim de urgență din perioada ianuarie-mai 2017

Se observă că în procent de 44% cele mai întâlnite cazuri în centrul din spital sunt al mamelor minore, apoi este urmat de procentul de 23% al gravidelor minore, procentul de 13% este reprezentat de cazurile de abandon, procentul de 10% este reprezentat de cazurile



minorilor internați, 5% reprezintă cazurile cu risc de abandon, procentul de 2% copii prematuri, 1% abuzul fizic asupra mamei, 1% cazurile de copii neglijați și tot în procent de 1%, sunt reprezentate cazurile de nou născuți fără acte.

În cele mai multe cazuri nou născuți care sunt abandonați sunt luați în asistență maternală, această afirmație, poate fi observată în figura de mai jos, în care datele au fost colectate în urma interviului aplicat asistenților maternali.

Cauzele abandonului s-au sesizat a fi sărăcia sau situația financiară, monoparentalitatea, depresia post-natală, lipsa unei educații sexuale sănătoase și a planificării familiale, restricții privind accesul la avort, starea de sănătate a cuplului (boli psihice, infecție HIV, TBC), sarcină rezultată în urma violenței, abuzul, lipsa serviciilor și resurselor pentru susținerea părinților care au copii cu dizabilități nivel scăzut de educație, lipsa locuinței sau condiții improprii de locuit și lipsa sprijinului partenerului sau a familiei, relația cu partenerul în cazul uniunilor consensuale.

Majoritatea părinților nu doresc să-și abandoneze copiii. Însă atunci când se confruntă cu sărăcia, boala sau excluziunea socială, aceștia iau de multe ori această decizie, gândindu-se că acționează în interesul superior al copilului (Bilson și Markova, 2007).

În România, de asemenea, s-a constatat că părinții pot să „renunțe la” copiii lor, atunci când mamei îi lipsesc documentele de identitate, care pot împiedica înregistrarea oficială a nașterii copilului (aceste cazuri începând să fie din ce în ce mai numeroase). Aceste descoperiri sugerează că aceștia sunt de multe ori abandonați nu din cauză că părinții lor nu îi doresc, ci mai degrabă din cauza lipsei de sprijin a părinților, sau din cauza stigmatului cultural asociat cu copiii născuți de mame singure (UNICEF, 2005).

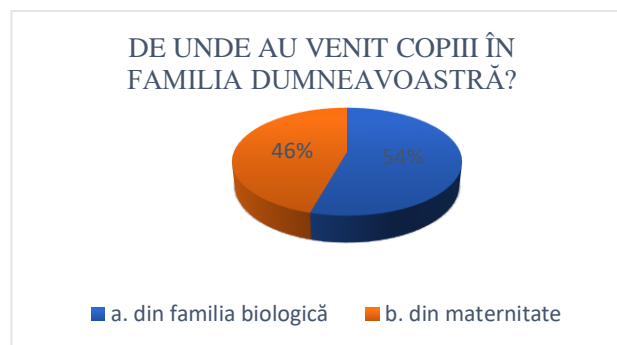


Figura 2. Proveniența copiilor

În procent de 54% copiii au venit din familia biologică și 46% din maternitate.

În cazul în care în unitatea sanitară, mama dorește să își abandoneze copilul, asistentul social întocmește un proces verbal de constatare a părăsirii copilului. Dacă mama până la încheierea procesului verbal se răzgândește și dorește să externeze copilul, asistentul social întocmește un referat de constatare a revenirii mamei și anunță direcția generală de asistență socială și protecție a copilului.

Dar în cazul în care mama nu își schimbă opțiunea se face următorul demers, conform Hotărârii de guvern 1103/2014 în termen de cel mult 48 de ore lucratoare de la întocmirea procesului-verbal de constatare a părăsirii copilului, dacă starea de sănătate a copilului permite externarea, directorul direcției generale de asistență socială și protecția copilului din județul său, după caz, sectorul de la domiciliul mamei, dacă aceasta a fost identificată de



poliție, are obligația de a dispune plasamentul în regim de urgență și asigurarea transportului în vederea preluării copilului.

Deoarece copiii sunt prea mici pentru a fi instituționalizați, aceștia sunt preluați de asistenți maternali. Grupa de vârstă 0-2 ani este cea mai vulnerabilă în ceea ce privește riscul separării de părinți. De aceea importanța intervențiilor specializate ale asistenților sociali în maternități și secții de pediatrie pentru evitarea separării copilului de părinții săi, precum și a unor servicii de prevenire la nivelul comunității, care să ofere servicii gravidelor și tinerelor, înainte și după naștere (Cojocaru, Cojocaru, 2008).

Serviciul de asistență maternală este o altă formă de protecție temporară pentru copiii aflați în dificultate. Caracterul temporar al acestei forme de îngrijire face ca ea să nu poată reprezenta o finalitate dezirabilă a Planului Individual Personalizat (Ibidem). Prin plasamentul la asistentul maternal profesionist se înțelege "transferul efectiv al copilului din căminul părinților biologici, din instituția medicală (spital pediatric, maternitate) sau din instituția de plasament în căminul familiei de îngrijire temporară/ asistent maternal" (Holt România, 2002: 226).

### Rezultatele cercetării

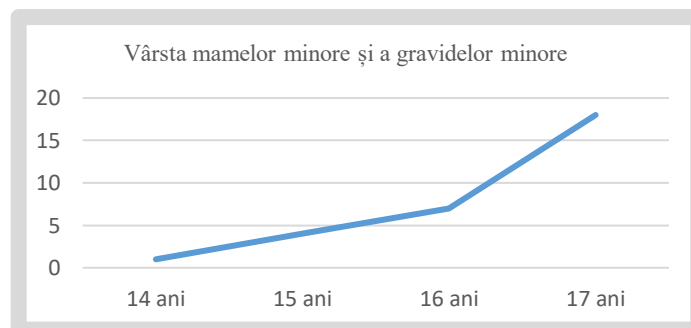


Figura 3. Vârsta mamelor minore la naștere

În figura nr. 1 este prezentată vârsta mamelor minore, aceasta fiind cuprinsă între 14 și 17 ani, 3% aparținând vârstei de 14 ani, 14% având 15 ani, 23% vârsta de 16 ani, iar 60% vârsta de 17 ani. Putem lua în considerare că procentul de 60% arată că vârsta minorelor începe să se apropie de vârsta legală. Un șir de cercetători asociază creșterea numărului de adolescente gravide în ultimii ani cu "liberalizarea sexuală" a relațiilor din societate. Vârsta medie de debut a vieții sexuale în prezent, este: în Brazilia de 12.1 ani, Nigeria - 15.1 ani, în Africa de Sud - 16 ani, în Rusia - 16.1 ani, Franța - 17.4 ani. În relațiile sexuale până la 15 ani intră 20-25% din minorele gravide (Athea N., 2001: 8 (4): 433).

La adolescentele cu vârsta de peste 16 ani, factorii de risc sunt mai mult de ordin socio-economic decât de ordin biologic.

S-au constatat devieri în complicațiile obstetricale doar la minorele în vârstă 15 ani, comparativ cu femeile gravide de alte grupe de vârstă (Academia Americană de Pediatrie, 1998:103: 516-520).

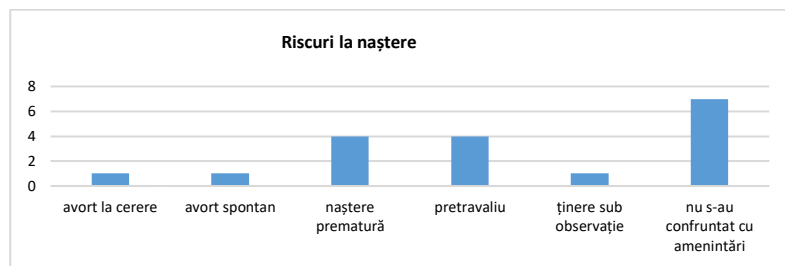


Figura 4. Distribuția amenințărilor / riscurilor la naștere, pe care le au mamele minore din cadrul centrului

Se observă că 22% dintre minore, se confruntă cu pretravaliu sau naștere prematură. Cazurile mai speciale sunt avortul la cerere, minora fiind însoțită de mamă, avortul spontan cauzat de nedeveloparea fizică a minorei și tinerea sub observație. Un procent de 39% dintre cazuri nu se confruntă cu riscuri majore, sănătatea mamei și a copilului fiind bună.

Pentru fetele sub vârsta de 15 ani, sunt de cinci ori mai multe șanse de a muri la naștere decât femeile la vârsta de 20 de ani. Aproximativ 50.000 de femei cu vârste cuprinse între 15 și 19 ani mor din cauza cauzelor legate de sarcină în fiecare an ( 2004, Raj, 2010:931-935).

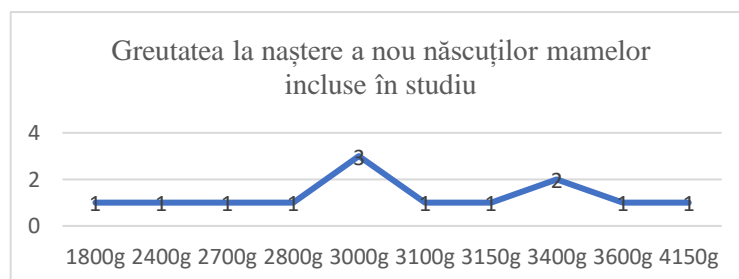


Figura 5. Greutatea la naștere a nou născuților

În acest grafic este prezentată greutatea la nașterea a nou născuților care variază între 1800 de grame și 4150 de grame, 4150 de grame fiind o greutate foarte mare pentru dezvoltarea fizică a acestor tinere, iar greutatea de 1800 de grame reprezentând o amenințare asupra nou născutului. O singură minoră din grup mai are un copil acasă.

Mijloacele de contracepție sunt neglijate în rândul adolescenților, mamele minore, în special cele de etnie romă având și alți copii (cel puțin încă unul), diferența de vârstă între aceștia fiind destul de mică. În acest caz, asistentul social le aduce în vedere mamei importanța mijloacelor de contracepție și importanța consultului unui medic specialist pe întreaga perioadă a sarcinii.

Studiile arată că, odată ce o adolescentă a avut un copil, ea are un risc sporit de a avea altul. Aproximativ 25% din adolescentele gravide nu sunt primipare (Manzini, 2001).

Riscul de a naște un copil cu greutate mică la naștere (< 2500 g) în rândul adolescentelor este dublu față de adulți, și rata decesului neonatal (în termen de 28 zile de la naștere) este aproximativ de 3 ori mai mare, conform datelor lui Jonathan, D. Klein, 2005.

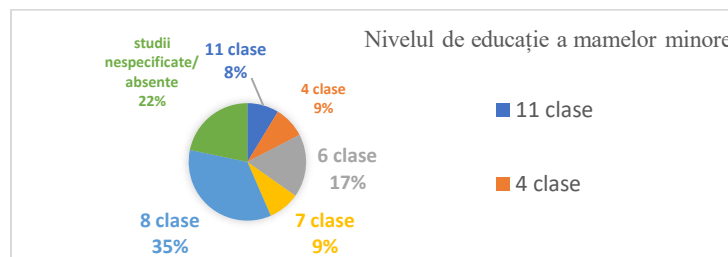


Figura 6. Nivelul de educație al mamelor minore

Mamele adolescente, în cele mai multe cazuri renunță la studiile școlare atunci când rămân însărcinate. Din totalul eșantionului nostru, 35% au doar 8 clase, 22% studii nespecificate, 17% au 6 clase, 9% 7 clase, 8% 11 clase, iar restul de 9% au absolvit doar 4 clase. Acest rezultat este îngrijorător, deoarece tinerele mame renunță cu ușurință la studii, fiind preocupate de creșterea copilului și cel mai probabil, vor rămâne cu un nivel de scolarizare scăzut și fără o calificare ce le-ar putea permite să ocupe un loc de muncă adecvat, pe viitor.

Factorii asociați cu creșterea ratei de absolvire a instituțiilor de învățământ includ: creșterea într-o familie cu număr redus de copii, prezența materialelor de lectură la domiciliu, încadrarea în câmpul de muncă a mamei, prezența în familie a părinților cu studii superioare. Cercetările lui Jonathan D. Klin (2005) sugerează că rezultatele sociale negative pe termen lung nu sunt inevitabile.

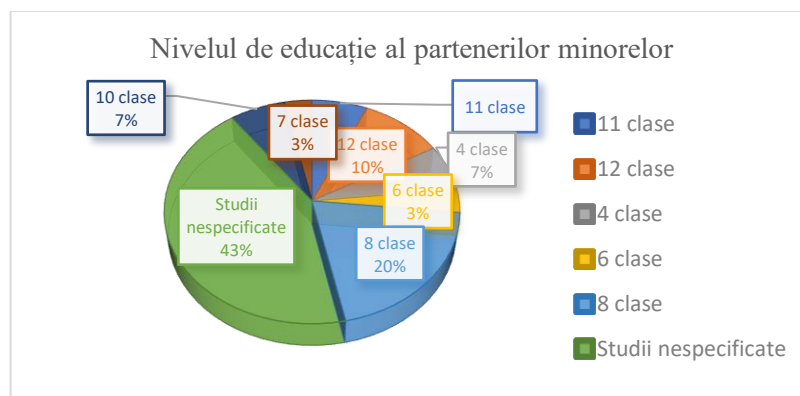


Figura 7. Nivelul de educație al partenerilor minorelor

Observăm că nivelul de educație al partenerilor este asemănător cu cel al minorelor, în procent de 43%, minorele nu au comunicat asistenților sociali nivelul de educație al partenerilor, iar din datele relatate, 20% dintre parteneri au 8 clase, 10% având 12 clase, 7% având 11 clase, un procent de 7% 10 clase, 4 clase absolvite fiind în procent de 7%, iar cei cu 7 clase fiind absolvite în procent de 3% și 3% dintre aceștia absolvind 6 clase.

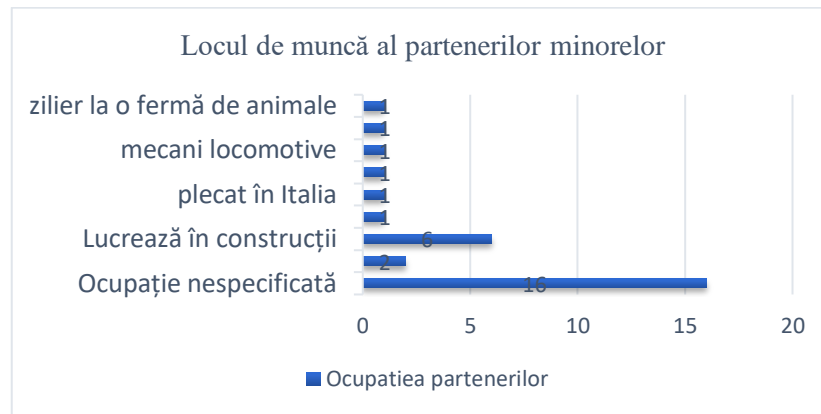


Figura 8. Locul de muncă al partenerilor minorelor

În procent de 54% din ocupațiile partenerilor nu au fost comunicate de către minore asistenților sociali, fiind un fapt îngrijorător, ca unul din parteneri să nu aibă un loc de muncă stabil, acesta poate fi un alt motiv pentru care mama ulterior poate lua decizia de a-si abandona copilul sau a se confrunta cu dificultatea creșterii acestuia. Partenerii în procent de 20% lucrează în construcții, 7% lucrează în Anglia, 4% lucrează în Portugalia.

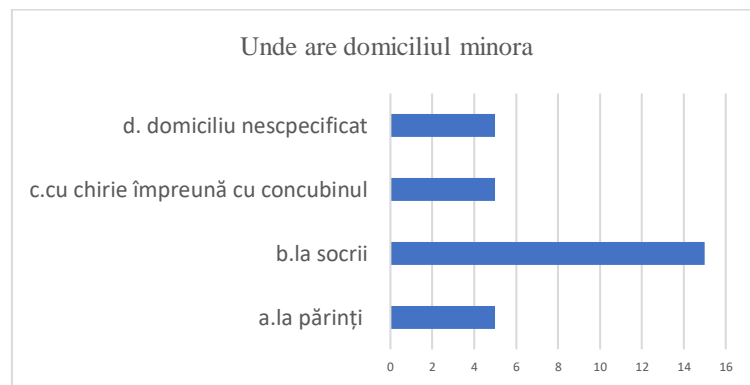


Figura 9. Reprezentarea grafică a domiciliului minorei

Se observă că, în procent de 50% minorele locuiesc împreună cu familia partenerului, fapt ce indică stabilitatea relațiilor acestora cu partenerii de viață, dar în același timp, desi minora nu este căsătorită trebuie să respecte și să îndeplinească atribuții maritale, majoritatea acestora care relatează că locuiesc cu socrii spun că sunt ajutate și de către aceștia.

În procent de 17% dintre cupluri locuiesc cu chirie, 16% locuiesc la părinții minorei, iar 17% nu au dat nici o informație asistenților sociali, cu privire la domiciliul în care locuiesc.

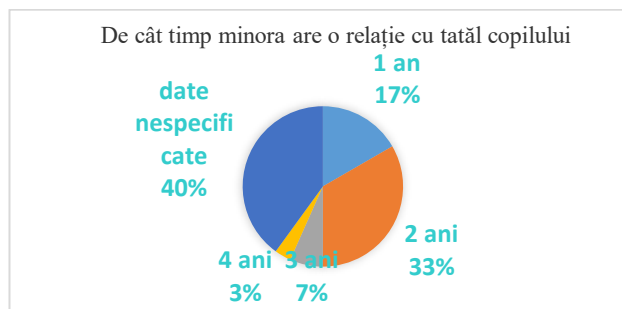


Figura 10. De cât timp minora are o relație cu tatăl copilului

Majoritatea adolescentelor rămân însărcinate după o relație de aproximativ un an cu partenerii, astfel : în procent de 33% rămân însărcinate după 2 ani de relație, 17% rămân însărcinate după aproximativ 1 an de relație, 7% au rămas însărcinate după 3 ani de relație, acest procent arătând faptul că sunt destul de puține minore care concep un copil după ce încep să își cunoască mai bine partenerul de viață, în procent de 3% rămân însărcinate după 4 ani de relație, iar 40% nu specificat asistenților sociali durata relației.

Aproximativ 50% din sarcini la adolescente survin în primele 6 luni de inițiere a vieții sexuale. Există mai mulți factori ai debutului timpuriu al vieții sexuale la adolescente, inclusiv dezvoltarea sexuală precoce, o istorie de abuz sexual, sărăcia, lipsa părinților atenți, modele de familie cu experiență sexuală precoce, lipsa preocupărilor școlare sau a carierei, folosirea alcoolului și a drogurilor, rezultatele școlare slabe sau chiar abandonarea școlii. Cercetătorii sunt de părere că odată ce o adolescentă a trecut prin prima sarcină, aceasta are un risc sporit de a mai avea un altul. În procent de 83% din adolescentele care nasc și 61% dintre cele care au avorturi sunt din familiile sărace. Cel puțin o treime dintre adolescenții părinți (atât bărbați cât și femei) sunt ei însuși născuți de părinți adolescenți. Deși mai mult de două treimi din partenerii sexuali ai adolescentelor sunt de aceeași vârstă, unii parteneri sunt cu mai mult de 4 ani mai în vârstă (Haffner, DW., 1995).

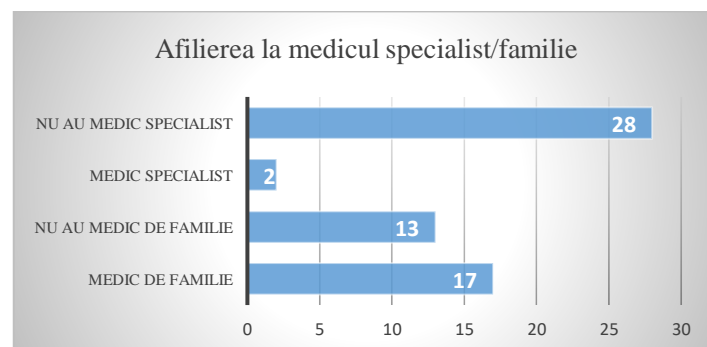


Figura 11. Reprezentarea grafică a situației minorelor înscrise la un medic de familie și la medicul specialist

Pe lângă renunțarea la studii, un alt fapt îngrijorător este că 47% dintre mamele minore nu au un medic specialist care să le urmărească evoluția sarcinii, doar 28% dintre acestea au medic de familie, 22% nu au medic de familie, iar doar 3% au apelat sau le-a fost supravegheată sarcina de un medic specialist.

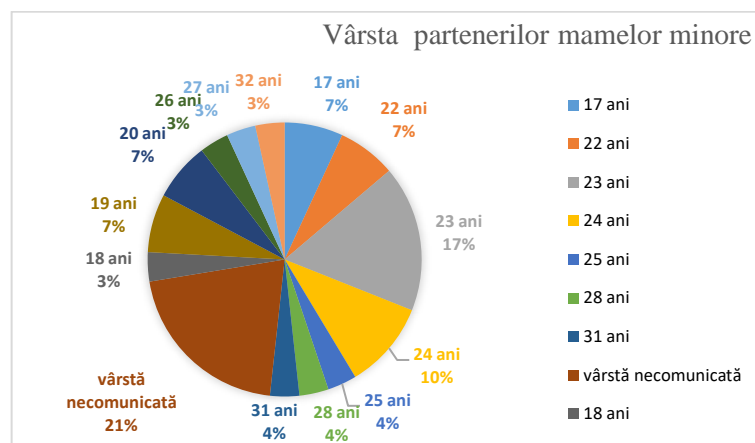


Figura 12. Distribuția vârstei partenerilor minorelor

Vârsta partenerilor mamelor minore este cuprinsă între 17 și 32 de ani, acesta fiind un aspect pozitiv, s-a mai diminuat numărul căsătoriilor între minori, dar pe de altă parte diferența de vârstă destul de mare între parteneri este îngrijorătoare, asistentul social prevenind una din minore că va apela la poliție ca să fie sigur că aceasta nu a fost abuzată fizic sau nu a fost constânsă de alte mijloace (fiind o relație dintre un adult și un minor). Un procent de 21% dintre minore, nu au specificat asistenților sociali, vârsta partenerului.

Studiile raportează un interval de la 7% până la 67% de sarcini, la adolescentele unde tatăl copilului este un adult. Deși mai mult de două treimi din partenerii sexuali ai adolescentelor sunt de aceeași vârstă, unii parteneri sunt cu mai mult de 4 ani mai în vârstă. (Haffner, 1995).

### Concluzii

Rolul asistentului din cadrul Centrului de Intervenție în Regim de Urgență al spitalului "Sfântul Apostol Andrei" din Constanța este foarte important, spitalul fiind o instituție foarte populată în care zilnic apar numeroase cazuri cu care asistentul social intră în contact.

Deși atribuțiile asistentului social au ca scop conștientizarea în rândul mamelor minore a importanței folosirii metodele de contracepție, planificarea familială și sprijinirea și îmbunătățirea relațiilor cu familiile, consider că ar trebui identificate și alte metode de prevenție a unei sarcini, înainte de a ajunge în spital, dar și sprijinirea mamelor minore, în scopul de a permite acestora continuarea studiilor, încurajarea lor în găsirea unui loc de muncă pe viitor și de a-ș crește în siguranță copii chiar și în cazul în care este vorba doar de cuplul mamă-copil.



### **Bibliografie**

- Academia Americană de Pediatrie, Comitetul pentru adolescență. Sarcina adolescenței - tendințe și probleme actuale.(1998). *Pediatrie*. (1999), 103: 516-520
- Athea N.. (2001). Debutul în sexualitate și pericolele sale, *Arch Pediatr*, 8 (4): 433.
- Bilson, A. and Markova, G. (2007). But you should see their families: preventing child abandonment and promoting social inclusion in countries in transition. *Social Work and Social Sciences Review*, 12 (3), 57-78
- Brașoveanu Anca, psiholog-sociolog al spitalului clinic "Filantropia București" abordează în lucrarea sa din cadrul "Conferinței Internaționale de psihologie aplicată" [www.psihologiaonline.ro](http://www.psihologiaonline.ro)
- Cojocaru,Ș., Cojocaru,D. (2008) *Managementul de caz în protecția copilului*, Editura Polirom
- Haffner, DW..(1995). Raportul Comisiei Naționale pentru Sănătatea Sexuală a Adolescenților. New York: Consiliul de informare și educație sexuală din Statele Unite, ed. Fapte de față: sănătatea sexuală pentru adolescenții din America
- Holt România. (2002). Ghiduri de bună practică în asistența socială a copilului și a familiei. Editura Lumen, București
- Hudson, Elek, Campbell-Grossman. (2000).Depresie, respect de sine, singurătate și sprijin social în rândul mamelor adolescente care participă la proiectul noilor părinți. *Adolescență*
- Jonathan, D. Klein. (2005). MD, MPH și Comitetul pentru adolescență. *Pediatrie*, 281-286
- Manzini, N. (2001). Inițiere sexuală și fertilitate în rândul fetelor adolescente din KwaZulu Natal, Africa de Sud. *Sănătatea reproducției contează* 2001, 9 (17): 44-52
- Mrazek, P. B., & Kempe, C. H. (Eds.). (2014). *Sexually Abused Children & Their Families*. Oxford: Elsevier.
- Raj, A..(2010). When the mother is a child: the impact of child marriage on the health and human rights of girls. *Archives of Disease in Childhood*, 95(11), 931-935.
- Ștefan, C.(1999).Fetele-mame. *Instituția maternității între mit și realitate. AnALize: Revista de studii feministe*, 06:3-9
- UNICEF. 2005. *The Situation of Child Abandonment in Romania*. Geneva: UNICEF
- WHO (2014).Sarcina la adolescente [http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs364/en/articolului\\_272](http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs364/en/articolului_272)
- Surse web:  
[http://www.dgaspc-ct.ro/\\*\\*despre-noi/rof/](http://www.dgaspc-ct.ro/**despre-noi/rof/) accesat la data de 11.02.2017.  
<http://www.dgaspc-ct.ro/despre-noi/rof/> accesat la data de 15.04.2017.
- Cadru legislativ:  
Autoritatea Națională pentru drepturile persoanelor cu Dizabilități, Copii și Adopții  
[www.copii.ro](http://www.copii.ro)
- Hotărârea Nr. 1103 din 10 decembrie 2014 pentru aprobarea metodologiei privind realizarea obligațiilor ce revin autorităților administrației publice locale, instituțiilor și profesioniștilor implicați în prevenirea și intervenția în cazurile de copii aflați în situație de risc de părăsire sau părăsiți în unități sanitare
- Legea nr. 272/2004. Privind protecția și promovarea drepturilor copilului
- Ordinul Nr. 756/276 din 12 iulie 2005. Privind coordonarea activităților de prevenire a abandonului în unitățile sanitare care au în structură secții de nou-născuți și/sau de pediatrie