

Balanda-Baldyga Agnieszka, Łepecka-Klusek Celina, Pilewska-Kozak Anna B., Pawłowska-Muc Agnieszka K., Stadnicka Grażyna. Macierzyństwo nastoletnich kobiet w aspekcie społecznym, psychologicznym i prawnym = Childbearing among teenage women as seen from the social, psychological and legal points of view. Journal of Education, Health and Sport. 2016;6(6):531-542. eISSN 2391-8306. DOI <http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.56481> <http://ojs.ukw.edu.pl/index.php/johs/article/view/3640>

The journal has had 7 points in Ministry of Science and Higher Education parametric evaluation. Part B item 755 (23.12.2015).
755 Journal of Education, Health and Sport eISSN 2391-8306 7

© The Author (s) 2016;

This article is published with open access at Licensee Open Journal Systems of Kazimierz Wielki University in Bydgoszcz, Poland

Open Access. This article is distributed under the terms of the Creative Commons Attribution Noncommercial License which permits any noncommercial use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original author(s) and source are credited. This is an open access article licensed under the terms of the Creative Commons Attribution Non Commercial License (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>) which permits unrestricted, non commercial use, distribution and reproduction in any medium, provided the work is properly cited.

This is an open access article licensed under the terms of the Creative Commons Attribution Non Commercial License (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>) which permits unrestricted, non commercial use, distribution and reproduction in any medium, provided the work is properly cited.

The authors declare that there is no conflict of interests regarding the publication of this paper.

Received: 25.05.2016. Revised 25.06.2016. Accepted: 27.06.2016.

Macierzyństwo nastoletnich kobiet w aspekcie społecznym, psychologicznym i prawnym

Childbearing among teenage women as seen from the social, psychological and legal points of view

Agnieszka Balanda-Baldyga¹, Celina Łepecka-Klusek², Anna B. Pilewska-Kozak²,
Agnieszka K. Pawłowska-Muc³, Grażyna Stadnicka¹

^{1/} Zakład Podstaw Położnictwa, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Lublinie, 20-081
Lublin ul. Staszica 4/6;

^{2/} Katedra i Klinika Ginekologii i Endokrynologii Ginekologicznej, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet
Medyczny w Lublinie, 20-037 Lublin al. Raclawickie 23.

^{3/} Powiatowe Centrum Medyczne Sp. z o.o., 05-600 Grójec ul. Piotra Skargi 10

dr n. o zdrowiu Agnieszka Balanda-Baldyga,
dr hab. n. med. Celina Łepecka-Klusek,
dr n. med. Anna B. Pilewska-Kozak,
mgr Agnieszka K. Pawłowska-Muc,
dr n. med. Grażyna Stadnicka

Streszczenie

Pomimo obserwowanych zmian w preferencjach, dotyczących zakładania rodziny i rosnących aspiracji życiowych młodych ludzi w zakresie poziomu wykształcenia oraz statusu zawodowego i społecznego, nadal obserwuje się wiele tysięcy urodzeń dzieci przez nastoletnie kobiety, w tym także w krajach wysokorozwiniętych. Przyczyn tej sytuacji upatruje się zarówno w akceleracji rozwojowej młodzieży, jak i w zmianie obyczajowości seksualnej, a szczególnie obniżaniu się wieku inicjacji seksualnej.

Ze względu na konsekwencje przedwczesnego macierzyństwa zagadnienie to trzeba rozpatrywać wieloaspektowo. Konsekwencje bowiem nie są wyłącznie problemem osobistym dziewczyny, ale również rodziny, szkoły, społeczeństwa. Moment pojawienia się nowego życia, wraz z całym okresem ciąży i porodu, wydaje się być jednym z ważniejszych wydarzeń, rzutującym na całą przyszłość kobiety, jej dziecka i rodziny. W pracy omówiono zagadnienie dotyczące nastoletniego macierzyństwa z punktu widzenia socjologii, psychologii i prawa. Zaprezentowano najważniejsze skutki i związane ze zbyt młodym rodzicielstwem komplikacje życia codziennego nastoletnich matek, wynikające w szczególności z braku niezależności finansowej i pełnienia roli uczennicy.

Celem pracy było ukazanie problemu macierzyństwa nastoletnich kobiet w aspekcie społecznym, psychologicznym oraz prawnym.

Słowa kluczowe: ciąża nastolatek, wsparcie społeczne, adaptacja psychologiczna, prawo.

Abstract

Although young peoples' preferences concerning parenthood and aspirations regarding education, social and professional status are changing, every year teenage women are still giving birth to thousands of children in both underdeveloped and developed countries. The reason for this may be a faster development of teenagers as well as changes in sexual behaviour, especially earlier sexual initiation.

The issue has to be looked upon from different standpoints due to various consequences of premature motherhood. Those consequences are not only of personal nature of a mother, but they affect family, school and society too. The moment of creating a new life, together with pregnancy and child delivery, seems to be one of the most important events that will shape the future of a mother, her child and close family. This article focuses on teenage childbearing as it is seen by sociologist, psychologist and lawyers. It also presents the most crucial consequences of becoming a parent too early in life which originate in being financially dependant and the student status.

The aim of this study is to present the problem of teenage motherhood from sociological, psychological and legal standpoint.

Keywords: adolescent pregnancy, social support, adaptation psychological, law.

Wprowadzenie

Przedwczesne macierzyństwo zaburza powszechnie przyjęty w naszym społeczeństwie model życia, w którym kolejno jest: zdobywanie wykształcenia, podjęcie pracy zawodowej i uzyskanie niezależności finansowej, a dopiero później założenie rodziny [1]. Narodziny dziecka nie czynią z nastoletniej dziewczyny kobiety. Nadal pozostaje ona dzieckiem, niedojrzałym emocjonalnie, intelektualnie i społecznie. Znajduje się teraz tylko w nowej sytuacji życiowej, która wymaga od niej pełnienia roli matki, co wiąże się z wzięciem odpowiedzialności za życie, zdrowie i los dziecka [1,2,3,4].

Nastoletnie matki stanowią dość zróżnicowaną grupę, w której znajdują się dziewczęta pochodzące zarówno ze środowisk nie dbających o zdrowie (często niedożywione, nadużywające substancji psychoaktywnych), jak i z rodzin prawidłowo ukształtowanych i w dobrym stanie zdrowotnym. Przebieg ciąży i porodu może być bardziej uwarunkowany ogólną sytuacją socjalną i zdrowotną nastolatki, aniżeli jej wiekiem. Ze względu jednak na konsekwencje przedwczesnego macierzyństwa zagadnienie to trzeba rozpatrywać wieloaspektowo. Konsekwencje bowiem nie dotyczą wyłącznie dziewczyny, ale również rodziny, szkoły, społeczeństwa [5,6].

Celem pracy było ukazanie problemu macierzyństwa nastoletnich kobiet w aspekcie społecznym, psychologicznym oraz prawnym.

Uwarunkowania funkcjonowania psychospołecznego młodocianych matek

Dojrzałość społeczna jest to zdolność do odpowiedzialnego podejmowania decyzji. Ciąża u nastolatek jest wynikiem niedojrzałości psychicznej i społecznej [7]. W literaturze podkreśla się, że ciąża u nastoletnich kobiet może mieć swoje negatywne konsekwencje w wymiarze społecznym. Dotyczą one w szczególności niskiego poziomu wykształcenia, zdecydowanie gorszej sytuacji emocjonalnej i finansowej, w tym przebiegu kariery zawodowej, oraz gorszej sytuacji ekonomicznej w porównaniu z kobietami, które później zostały matkami. Nastoletnie matki zmuszone są często do korzystania ze wsparcia różnych instytucji pomocy i często po urodzeniu dziecka kończą naukę na poziomie gimnazjalnym lub zasadniczej szkoły zawodowej. Często też ich nastoletni partnerzy, podobnie do nich, są bez zawodu, zdobywają niskie wykształcenie oraz mają niski status socjoekonomiczny. Ojcowie tacy niejednokrotnie znikają z życia matek oraz ich dzieci i tylko część z nich stara się podolać trudom ojcostwa, nie będąc do tego jeszcze w pełni przygotowanym [8,9,10,11].

Wśród czynników społecznych ważna jest sytuacja życiowa nastolatki, jej tryb życia, dostępność do opieki przedporodowej, poziom materialny, ale również relacje z najbliższym otoczeniem i otrzymywane wsparcie. Na chęć kontynuacji nauki przez nastoletnie matki w dużym stopniu wpływają stosunki z najbliższym otoczeniem. Wsparcie rodziców, dalszej i bliższej rodziny, jak i nauczycieli oraz rówieśników daje młodej matce poczucie mniejszej izolacji, osamotnienia i odtrącenia. Przez to umożliwia jej kontynuację planów życiowych. Rodzina jest fundamentalną bazą społeczną i pierwotnym środowiskiem, zapewniającym potrzeby zarówno materialne, ale i emocjonalne oraz duchowe. Dziewczęta pochodzące z rodzin pełnych i małodziejnych, których rodzice mają wyższe wykształcenie i pracują zawodowo, mają większe szanse na zdobywanie wykształcenia. Dobry status materialny zwiększa też ich możliwości własnego rozwoju. Zarówno starsza, jak i najnowsza literatura podaje, że nastolatki tracąc kontakt z rówieśnikami stają się socjalnie wyizolowane, a zapewnienie im wsparcia przyczynia się do poczucia satysfakcji w życiu, kształtowania się prawidłowych postaw macierzyńskich i akceptacji rodzicielstwa [8,12]. Można zatem sądzić, iż od różnych form wsparcia społecznego zależy dobre samopoczucie nastoletnich dziewcząt w macierzyństwie. Wsparcie chroni też niektóre nastolatki przed aborcją, która wiąże się z poważnymi problemami natury psychologicznej, między innymi przed tzw. syndromem poaborcyjnym. Ponadto przed oddaniem dziecka do adopcji czy próbami samobójczymi [9,12].

Problematyka wsparcia społecznego obejmuje wszystkie etapy życia człowieka, znajdującego się w trudnych, ale i codziennych sytuacjach, wymagających wspierającej obecności innych osób. Zapotrzebowanie na nie wzrasta w sytuacjach psychologicznie nowych, wyraźnie różniących się od tych, w których człowiek dotychczas realizował swoje cele [13].

W literaturze istnieje wiele definicji wsparcia społecznego. Można je rozpatrywać z perspektywy strukturalnej i funkcjonalnej. Większość autorów czyni to w kontekście funkcjonalnym, czyli jako interakcję, która zaistniała w wyniku pojawienia się stresu, problemu. Jej celem jest zmniejszenie złego samopoczucia, towarzyszenie w trudnych chwilach czy tworzenie aury bezpieczeństwa i przynależności. Wsparcie społeczne ma przybliżyć człowieka do wyjścia z trudnej sytuacji. W strukturalnym ujęciu wsparcia znajdują się jego źródła. Znaczenie priorytetowe przypisywane jest zawsze rodzinie, której dobrowolne, wzajemne i najbardziej wartościowe działanie zwiększa efektywność udzielanego wsparcia [13,14].

Wsparcie społeczne jest opisywane na gruncie psychologii społecznej, jako pomoc dostępna dla jednostki w sytuacjach trudnych; zasoby dostarczane jednostce przez interakcję z innymi ludźmi, konsekwencje przynależności człowieka do społeczeństwa, zaspokajanie potrzeb w trudnych sytuacjach przez osoby znaczące i grupy odniesienia. Najczęściej jednak wsparcie społeczne definiuje się jako „rodzaj interakcji społecznej, która podjęta przez jednego lub obu uczestników w sytuacji problemowej, trudnej, stresowej lub krytycznej”. Kryzys jest stanem nacechowanym dużym napięciem emocjonalnym, poczuciem przerażenia, bezradności, a osoba je przeżywająca bardzo często wymaga pomocy z zewnątrz [15].

Wsparcie społeczne w powszechnej opinii jest pomocą i bliskością różnych ludzi, wywiera wpływ na samopoczucie, zdrowie i na zdolność radzenia sobie z problemami życiowymi w trudnych sytuacjach. Jest pojęciem wielowymiarowym, a mechanizmy jego wpływu na stres i zdrowie mogą być złożone. Podstawowym jego źródłem są osoby, z którymi człowiek utrzymuje najbliższe kontakty, a w przypadku kobiet w okresie okołoporodowym (bez względu na wiek) jest nią ojciec dziecka i rodzina. Udzielana przez nich pomoc korzystnie wpływa na stan emocjonalny matki, szczególnie nastoletniej, zmniejsza natężenie stresu, ma dobry wpływ na samopoczucie i chęć korzystania z profesjonalnej opieki zdrowotnej [10,16].

Istnieje kilka rodzajów wsparcia społecznego. Najczęściej wyodrębnia się: emocjonalne, informacyjne, instrumentalne i wartościujące. Wsparcie emocjonalne polega na przekazywaniu w kontakcie emocji uspokajających, odzwierciedlających troskę i pozytywne ustosunkowanie do osoby wspieranej. Powinno ono zwiększać nadzieję, poczucie bezpieczeństwa i przynależności oraz podwyższać samoocenę jednostki. Wsparcie informacyjne odnosi się do wymiany informacji, ułatwiających lepsze zrozumienie sytuacji doświadczanej przez daną osobę, jej istotę i przyczyny. W tym zagadnieniu mieści się również dostarczenie informacji zwrotnych, na temat skuteczności podejmowanych przez osobę wspieraną różnych działań zaradczych, które mogą pomóc w rozwiązaniu problemu. Jest to udzielanie porad prawnych, medycznych oraz informacji, które mogą być wykorzystywane w rozwiązywaniu problemów. Wsparcie instrumentalne (rzeczowe) jest związane z udzielaniem wskazówek, zawierających informacje o konkretnych sposobach lub procedurach postępowania. Przypomina ono instrukcję. Pomoc taka może przyjąć formę wymiany sposobów zdobywania informacji i dóbr materialnych. Przejawia się w udzielaniu konkretnej pomocy materialnej i finansowej oraz bezpośredniego działania fizycznego na rzecz osoby potrzebującej, np. przekazywanie środków do życia, udostępnienie mieszkania, dożywianie. Wsparcie wartościujące ma na celu podwyższenie poczucia własnej wartości

osoby wspieranej. Należy dać jej do zrozumienia, że posiada takie zdolności, które są ważne dla prawidłowego funkcjonowania. Wszystkie rodzaje wsparcia nawzajem się przenikają i współwystępują, a ich celem jest zmniejszenie stresu, podniesienie jakości życia, opanowanie kryzysu – doprowadzenie do psychicznego dobrostanu (*well-being*) [13,14,17].

Najważniejszym źródłem wsparcia społecznego dla człowieka jest rodzina, gdzie poprzez pozytywną więź emocjonalną możliwe jest zaspokojenie potrzeb psychicznych jej członków, zwłaszcza potrzeby pewności siebie i bezpieczeństwa, przynależności, solidarności i łączności z bliskimi osobami, potrzebę akceptacji, miłości. Bliskie więzi z najbliższą rodziną stanowią ochronę przed poczuciem alienacji oraz wzmacniają odporność człowieka. W literaturze dotyczącej problematyki wsparcia społecznego, oprócz rodzinnych źródeł wsparcia (mąż, dzieci, rodzice, rodzeństwo i dalsi krewni), zazwyczaj wskazuje się na przyjaciół, znajomych, sąsiadów. Efekt pomocy uzależniony jest od rodzaju sytuacji stresowej, nasilenia oraz od indywidualnych potrzeb osoby przeżywającej trudność. Zdaniem Tardy’ego ważnymi grupami wsparcia są także przyjaciele, sąsiedzi, koledzy ze szkoły lub pracy, organizacje nieformalne (kluby, grupy towarzyskie), organizacje formalne (organizacje społeczno-polityczne), profesjonaliści (nauczyciele, lekarze, duchowni) oraz punkty usługowe [15,17].

Warto podkreślić, iż wszystkie wymienione rodzaje wsparcia powinny mieć zastosowanie, zwłaszcza w odniesieniu do młodych i bardzo młodych matek. Niedostatek wsparcia bowiem sprawia, iż nie mają one możliwości nadrobienia określonych zaległości i szybko ponownie zachodzą w ciążę [18]. Oprócz tego dzieci tych matek wolniej rozwijają się i mają gorsze perspektywy na przyszłość. Często zdarza się, że mają trudności w nauce, przyjmują używki, a tym samym znajdują się w grupie wysokiego ryzyka przedwczesnego rodzicielstwa. Jest to efekt zaniedbywania dzieci przez nastoletnie matki, braku umiejętności i możliwości osiągnięcia takich zdolności, jak kobiety dorosłe.

Zmiany hormonalne zachodzące w organizmie kobiety, jak również jej sytuacja prawno-ekonomiczna, sprawiają, że w ciąży przeżywają one różnorakie stany emocjonalne - od optymizmu i zadowolenia do skrajnego pesymizmu [19,20]. Pojęcie „optymizm” jest obecnie w powszechnym użyciu i jednocześnie rozumiane jest na wiele sposobów. Najwięcej teorii, opisujących optymizm, można odnaleźć w literaturze psychologicznej, a najbardziej znaną jest koncepcja optymizmu dyspozycyjnego Carvera i Scheiera. Autorzy traktują optymizm jako względnie trwałą cechę dyspozycyjną jednostki. Uważają, że skłonność do oczekiwania wydarzeń pomyślnych lub niepomyślnych jest cechą osobowościową, a w związku z tym rozwój tej cechy zależy od czynników biologicznych i jest elementem uwarunkowanym genetycznie. Kształtowanie tendencji do optymizmu ma ścisły związek z

doświadczeniami z okresu dziecięcego, które rozwijają poczucie kontroli lub kształtują bezradność [21].

Współcześni naukowcy, zajmujący się problematyką optymizmu, odkryli obszary mózgu, odpowiadające za myślenie optymistyczne. Aktywność dziobowej części przedniego zakrętu obręczy oraz ciała migdałowatego, a także łączność między tymi strukturami ulegają podwyższeniu w trakcie wyobrażania sobie pozytywnych sytuacji w przyszłości. Optymizm spełnia również ważną rolę w problematyce uzależnień. Nadużywanie przez młodzież środków uzależniających (alkoholu, papierosów, narkotyków), prowadzi do zmian osobowości, wywołujących jego obniżenie. Optymizm, jako jeden z zasobów osobistych, sprzyja skutecznemu radzeniu sobie ze stresem, przez co pełni on funkcję prozdrowotną, ponieważ stres jest jednym z czynników negatywnie wpływających na dobrostan psychofizyczny [21].

Ciąża może być powodem lęku, stresów i wahań nastrojów. Urodzenie dziecka jest czynnikiem obciążającym dla wszystkich kobiet niezależnie od wieku, jednak szczególnie dla młodych i jeszcze niedojrzałych. Bardzo ważną sprawą jest zaakceptowanie ciąży, a pierwszym ruchem w tym kierunku jest poinformowanie rodziców. Często od ich reakcji i dobrej woli, ale również pomocy zależą dalsze losy ciąży. Stres jest bardzo ważnym elementem wpływającym na przebieg ciąży i porodu u nastolatek. W najnowszej literaturze pojawiło się nawet określenie „*pregnancy – specific stress*”, czyli szczególny stres ciążowy, który różni się od ogólnie pojętego stresu. U kobiet z wysokim poziomem stresu i lęku obserwuje się wyższą liczbę porodów przedwczesnych i poprzez cięcie cesarskie ze wskazań nagłych, częstsze problemy z karmieniem piersią oraz depresję poporodową. Wysoki poziom stresu u matki w czasie ciąży stanowi czynnik ryzyka pojawienia się zaburzeń u dziecka, zarówno w wieku niemowlęcym, jak i późniejszym (zaburzenia zachowania, lęk separacyjny). Wśród czynników wysokiego wskaźnika lęku prenatalnego i przed porodem badacze wymieniają czynniki demograficzne i socjoekonomiczne. Należą do nich młody wiek matki, niski poziom wykształcenia, niski status socjo-ekonomiczny, brak pracy, mieszkanie osobno z ojcem dziecka, brak wsparcia ze strony partnera, matki i innych osób - rodzeństwa, przyjaciół. Ponadto rodzice często traktują ciążę u córki jako wyraz sprzeniewierzenia się pokładanym w niej planom, a to sprawia, że młoda kobieta czuje wokół siebie izolację psychiczną. W dużej mierze ma to związek z brakiem wsparcia ze strony rodziców [20,22,23].

Ważnym czynnikiem nasilającym lęk w sytuacji przedwczesnego macierzyństwa jest zajście w nieplanowaną ciążę, często również niestabilna sytuacja w relacjach z ojcem dziecka oraz brak wsparcia ze strony najbliższych. Podobnie jest w sytuacji niezadowolenia z

partnera życiowego i ze związku. Lęk przed porodem jest tym silniejszy im gorsze jest przygotowanie do jego odbycia i wiedza w tym zakresie. Ogólne samopoczucie w ciąży zależy od jej akceptacji, a to często wymaga długiego czasu. Młode matki zdecydowanie częściej wykazują gorszy stosunek do macierzyństwa. W znacznym stopniu uzależnione jest to od ich sytuacji socjalnej, która przyczynia się do zwiększenia poziomu stresu [10,20,24].

Niektóre nastolatki wypierają ze swojej świadomości fakt bycia w ciąży, na zasadzie buntu przeciw sytuacji, w jakiej się znalazły. Może to prowadzić do błędnego rozumienia i braku akceptacji zmian, jakie następują w jej organizmie, a tym samym wywołać lęk, niepokój albo strach. Dodatkowo pojawiają się obawy związane z pełnieniem roli matki, poczuciem niekompetencji i niewiedzą, dotyczącą opieki nad noworodkiem. Szczególnie zagubione mogą być nastolatki, które nie mają żadnego doświadczenia i wiedzy w tym zakresie. Ważne zatem jest zachęcanie ich do uczestnictwa w szkole rodzenia, gdzie wzbogacą swoją wiedzę i nabędą podstawowe umiejętności pielęgnacyjne. W konsekwencji przełoży się to na poprawę poczucia własnej wartości i umocnienie w przekonaniu, że podążają obowiązkom, związanym z urodzeniem dziecka [2,3,5,9,12].

Nastoletnie ciężarne obawiają się nieznanego, boją się samego aktu porodu, szczególnie bólu, oraz niepokoją się o zdrowie dziecka, a także ujawniają lęk przed utratą własnej atrakcyjności fizycznej. Poród jest wydarzeniem rodzinnym, a obecność bliskiej osoby daje kobiecie poczucie bezpieczeństwa. Rodzące samotnie (a tak często jest w przypadku nastolatek) sygnalizują wyższe natężenie lęku, a ból odczuwany w samotności jest znacznie większy [9,25].

Niekiedy źródłem niepokoju jest trudna sytuacja materialna matki. Świadomość dodatkowych wydatków, w związku z pojawieniem się dziecka, może być przyczyną długotrwałego stresu, który dodatkowo nasila nieustalona sytuacja rodzinna. W przypadku gdy na kobiecie, szczególnie nastoletniej, spoczywa obowiązek samotnego wychowywania dziecka, nie tylko brakuje jej emocjonalnego wsparcia ojca dziecka, ale również pomocy finansowej. Stan emocjonalny matki uzależniony jest od reakcji partnera i jego stosunku do ciąży. W tym kontekście dużą wartość ma siła związku emocjonalnego z ojcem dziecka, gdyż jego pozytywne nastawienie do ciąży korzystnie wpływa na satysfakcję emocjonalną kobiety [9].

Na przestrzeni lat w literaturze przedmiotu pojawiły się dość kontrowersyjne opinie autorów, co do wpływu wczesnego macierzyństwa na rozwój osobowy dziewcząt. Zdarza się, że niektóre dziewczęta nawet w przypadku niechcianej ciąży akceptują zaistniałą sytuację. Jakkolwiek na początku ciąży przejawiają do niej stosunek negatywny, co wyraża się

niekiedy w symptomach złej tolerancji somatycznej, w postaci wymiotów czy zawrotów głowy. W późniejszym czasie następuje wzrost jej akceptacji, co prawdopodobnie wiąże się z naturalnym rozwojem więzi uczuciowej z dzieckiem, zwłaszcza od kiedy zaczynają odczuwać ruchy płodu [26].

Warto zauważyć, że część nastoletnich matek kończy szkołę, podejmuje pracę i zakłada rodzinę. Ponadto ciąża u bardzo młodej kobiety może być też wyborem takiej drogi życiowej i wcale nie musi być nieakceptowana i niepożądana, a w wręcz postrzegana pozytywnie. Problem nastoletniego macierzyństwa jest niezwykle ważny. Szczególne znaczenie powinny odgrywać programy edukacyjne dla młodzieży, uwzględniające edukację prozdrowotną i seksualną. Warto byłoby też stworzyć system wsparcia w postaci sieci współpracujących ze sobą ośrodków interdyscyplinarnej opieki dla nastoletnich matek [9,12].

Aspekt prawny

Charakterystyczne problemy prawne, odnoszące się do nastoletnich matek, a pośrednio także ich rodzin, dotyczą osób, które nie ukończyły osiemnastego roku życia. Powyższe wynika z faktu nieposiadania przez nie pełnej zdolności do czynności prawnych, czyli możliwości nabywania własnym działaniem praw oraz zaciągania zobowiązań. Przede wszystkim niepełnoletnia matka nie nabywa władzy rodzicielskiej nad urodzonym dzieckiem, która obejmuje w szczególności prawo i obowiązek do pieczy nad nim, zarządzania majątkiem dziecka oraz jego wychowywania. Brak władzy rodzicielskiej powoduje, iż nie może ona także reprezentować dziecka, jako jego przedstawiciel ustawowy, przy załatwianiu różnego rodzaju spraw, np. w instytucjach publicznych. W takiej sytuacji władzę rodzicielską pełni ojciec dziecka, jeżeli jest pełnoletni i uprzednio uznał dziecko lub jego ojcostwo zostało stwierdzone przez sąd. Jeżeli natomiast ojcem dziecka jest również osoba niepełnoletnia, to sąd ustanawia dziecku opiekuna prawnego, który staje się jego przedstawicielem ustawowym. Kobieta ukończyła 16 lat może uzyskać władzę rodzicielską nad swoim dzieckiem, jeśli zawrze związek małżeński za zgodą sądu. Małoletnia bowiem przez zawarcie małżeństwa uzyskuje pełnoletność, a tym samym, jako matka, władzę rodzicielską nad swoim dzieckiem (Ustawa z dnia 25 lutego 1964 r. Kodeks rodzinny i opiekuńczy (Dz. U. z 2012 r., poz. 778 z późn. zm.).

Oprócz problemów natury prawnej, wynikających z braku władzy rodzicielskiej nad dzieckiem, dużego znaczenia w życiu nastoletniej kobiety nabierają również problemy związane z kontynuacją i obowiązkiem nauki. Nieletnie bowiem najczęściej w życiu społecznym występują w roli uczennic. Zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie

przepisami prawa szkoła, jako jedno ze źródeł wsparcia społecznego, ma obowiązek udzielić uczennicy w ciąży urlopu oraz innej pomocy niezbędnej do kontynuowania nauki, w miarę możliwości nie powodując opóźnień w zaliczaniu przedmiotów. Jeżeli ciąża, poród lub połów powoduje niemożliwość zaliczenia w terminie egzaminów, ważnych dla ciągłości nauki, szkoła zobowiązana jest do wyznaczenia dodatkowego terminu egzaminu dogodnego dla kobiety, w okresie nie dłuższym niż 6 miesięcy (Art. 2 ust. 3 ustawy z dnia 7 stycznia 1993 r. o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży (Dz. U. nr 17, poz. 78 z późn. zm.)). Ponadto obowiązujące przepisy prawa dają możliwość kontynuowania nauki przez uczennicę w okresie jej ciąży i porodu w innych formach niż uczęszczanie do szkoły na obowiązkowe zajęcia. Istnieje możliwość nauki poza szkołą, w tym w ramach indywidualnego nauczania (Art. 16 ust. 8 i art. 71b ust. 1a ustawy z dnia 7 września 1991 r. o systemie oświaty (Dz. U. z 2004 r. nr 256, poz. 2572 z późn. zm.)).

Omawiając problem nastoletnich ciężarnych i matek w aspekcie prawnym warto wspomnieć o uprawnieniach takich osób, w związku ze sprawowaniem nad nimi opieki zdrowotnej. Zasady sprawowania opieki w tym zakresie regulują przepisy ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty. Uprawnienia kobiet są zróżnicowane ze względu na ich wiek. Dziewczyna, która ukończyła 16 lat, w świetle prawa i w zakresie niektórych uprawnień, traktowana jest jak osoba pełnoletnia. W szczególności lekarz sprawujący nad nią opiekę ma obowiązek udzielić jej przystępnej informacji o jej stanie zdrowia, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych, leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania, wynikach leczenia oraz rokowaniu (Art. 31 ust. 1 i 5 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (tekst jednolity: Dz. U. z 2011 r. nr 277 poz. 1634 z późn. zm.)). Powinien też uzyskać jej zgodę, oprócz zgody wyrażonej przez opiekuna prawnego, na wykonywanie badań lub inne świadczenia zdrowotne (Art. 32 ust. 1, 2 i 5 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (tekst jednolity: Dz. U. z 2011 r. nr 277 poz. 1634 z późn. zm.)). W przypadku zabiegów operacyjnych, stosowania określonej metody leczenia lub diagnostyki, stwarzającej podwyższone ryzyko dla pacjenta, powyższe zgody powinny być wyrażone na piśmie (Art. 34 ust. 1, 3 i 4 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (tekst jednolity: Dz. U. z 2011 r. nr 277 poz. 1634 z późn. zm.)). Jeśli nastolatka ukończyła 16 lat i nie wyraża takiej zgody, konieczne jest uzyskanie zezwolenia sądu opiekuńczego na wykonanie działań medycznych. Inaczej wygląda sytuacja prawna nastolatki, która nie ukończyła 16 lat. W takim przypadku wszystkie prawa i współdecydowanie o leczeniu przysługują opiekunowi prawnemu. W takim przypadku lekarz

także zobowiązany jest udzielić jej informacji o planowaniu i realizacji procesu leczenia i wysłuchać jej zdania w tym zakresie (Art. 31 ust. 7 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (tekst jednolity: Dz. U. z 2011 r. nr 277 poz. 1634 z późn. zm.).

Rozpatrując sytuację nastoletniej matki i ciężarnej w aspekcie prawnym należy zwrócić uwagę na ewentualne konsekwencje w prawie karnym, jakie mogą nastąpić w związku z zaistnieniem ciąży. Wynika to z faktu, że średnia wieku inicjacji seksualnej kobiet stale się obniża, choć mieści się między 15 a 18 rokiem życia [9,27]. Jakkolwiek inne badania pokazują, że pierwsze kontakty seksualne, jeszcze przed ukończeniem 15 roku życia, ma około 20% dziewcząt i 28% chłopców [28]. Jeżeli dziewczyna zachodzi w ciążę przed ukończeniem 15 lat istnieje podejrzenie popełnienia przestępstwa. W polskim prawie karnym osoba, która obcuje płciowo z małoletnim poniżej 15 roku życia lub dopuszcza się wobec takiej osoby innej czynności seksualnej lub doprowadza ją do poddania się takim czynnościom albo do ich wykonania, podlega karze pozbawienia wolności od lat 2 do 12 (Art. 200 § 1 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny (Dz. U. nr 88, poz. 553 z późn. zm.). W tym przypadku bez znaczenia jest, że współżycie odbyło się za zgodą obu stron. Wszelkie instytucje państwowe i samorządowe, które w związku ze swą działalnością dowiedziały się o popełnieniu przestępstwa ściganego z urzędu, są obowiązane niezwłocznie zawiadomić o tym prokuratora lub policję (Art. 304 § 2 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks postępowania karnego (Dz. U. nr 89, poz. 555 z późn. zm.).

Wobec tego, ojciec dziecka, poczętego w wyniku współżycia seksualnego z dziewczyną poniżej 15 roku życia, musi liczyć się z konsekwencjami karnymi. Może być skazany przez sąd za przestępstwo pedofilii [7,9,19,27,29,30,31].

Podsumowanie

Przedwczesne macierzyństwo to duży problem nie tylko medyczny, lecz także psychologiczny, społeczny i prawny. Sytuacja, w jakiej znalazła się nastoletnia matka, jest wyjątkowa, zmienia cel i sens jej życia. Nie sprzyja ani młodej matce, ani też urodzonemu przez nią dziecku. Zazwyczaj nie jest ona gotowa na podjęcie się nowej roli społecznej, potrzebuje zrozumienia i wsparcia bliskich jej osób. W przeciwnym wypadku czuje się zagubiona i osamotniona, a przez to bardziej podatna na podejmowanie ryzykownych zachowań. Wzrost dojrzałości osobowej w tym czasie występuje znacznie rzadziej. Z przeglądu piśmiennictwa dotyczącego problemu macierzyństwa nastoletnich kobiet wynika, że jest to okres w życiu, który można nazwać kryzysowym. To jak młoda matka będzie radzić

sobie w nowej sytuacji zależy w dużym stopniu od tego, w jaki sposób będzie odbierana w rodzinie, społeczeństwie i grupie rówieśniczej. Konsekwencje, które dotyczą takie matki są liczne i można je grupować w różnoraki sposób.

Bibliografia:

1. Bałanda-Bałdyga A. Postawy młodych matek wobec ciąży i porodu. Praca doktorska. Lublin 2014.
2. Assini-Meytin LC, Green KM. Long-term consequences of adolescent parenthood among African-American urban youth: a propensity score matching approach. *J Adolesc Health* 2015, 56(5): 529-535
3. Jarząbek-Bielecka G, Mizgier M. Wybrane problemy związane z ciążą, porodem i położeniem młodocianej. *Pol Prz Nauk Zdr* 2011, 2(27): 250-255.
4. Ulan A, Wagner E, Sadowska M i wsp. Matki młodociane – pogląd na problematykę zagadnienia. *Eur J Med Technol* 2014, 2(3): 56-60.
5. Wróblewska W. Psychospołeczne i demograficzne następstwa wczesnej inicjacji seksualnej nastolatków. *Nowa Med* 2007, 4: 85-91.
6. Mukhopadhyay P, Chaudhuri RN, Paul B. Hospital - based perinatal outcomes and complications in teenage pregnancy in India. *J Health Popul Nutr* 2010, 28(5): 494-500.
7. Jarząbek-Bielecka G, Durda M, Sowińska-Przepiera E i wsp. Aktywność seksualna dziewcząt. Aspekty medyczne i prawne. *Ginekol Pol* 2012, 83(11): 827-834.
8. Kearney MS, Levine PB. Why is the teen birth rate in the United States so high and why does it matter? *J Econ Perspect* 2012, 26(2): 141-166.
9. Jarząbek-Bielecka G, Jarząbek Z, Andrzejak K i wsp. Prawne, medyczne i etyczne problemy związane z ciążą młodocianych. *Pol Prz Nauk Zdr* 2015, 1(42): 63-65.
10. Królikowska S. Sytuacja społeczna młodocianych matek. Dysfunkcje rodziny. [w:] *Roczniki Socjologii Rodziny. Studia socjologiczne oraz interdyscyplinarne*. Kotlarska-Michalska A (red). UAM Poznań 2011, 21: 79-101.
11. Weber JB. Becoming teen fathers: stories of teen pregnancy, responsibility, and masculinity. *Gender Society* 2012, 26(6): 900-921.
12. Włodarczyk E. Nastoletnie macierzyństwo jako problem indywidualny i społeczny. [w:] *Kapitał społeczny a nierówności – kumulacja i redystrybucja*. Marzec-Holka K, Guzy-Steinke H (red). Wyd. Uniwersytetu Kazimierza Wielkiego Bydgoszcz 2009.
13. Szymańska J, Sienkiewicz E. Wsparcie społeczne. *Curr Probl Psychiatry* 2011, 12(4): 550-553.
14. Knol-Michałowska K, Goszczyńska E, Petrykowska A. Fora internetowe jako źródło wsparcia społecznego dla kobiet ciężarnych uzależnionych od nikotyny. *Stud Eduk* 2012, 23: 141-162.
15. Sęk H, Cieślak R. Wsparcie społeczne – sposoby definiowania, rodzaje i źródła wsparcia, wybrane koncepcje teoretyczne. [w:] *Wsparcie społeczne, stres i zdrowie*. Sęk H, Cieślak R (red). PWN Warszawa 2006.
16. Szyszko-Perłowska A, Lachowicz J, Szpakow A i wsp. Cięża, porody i noworodki u kobiet poniżej 18 lat – studium socjomedyczne przypadków z Grodna na Białorusi. *Probl Hig Epidemiol* 2012, 93(1): 32-37.
17. Kmiecik-Baran K. Skala wsparcia społecznego. Narzędzia do rozpoznawania zagrożeń społecznych w szkole. *Młodzież i Przemoc. Przegląd Oświatowy*, Gdańsk 2000.

18. Reime B, Schücking BA, Wenzlaff P. Reproductive outcomes in adolescents who had a previous birth or an induced abortion compared to adolescents' first pregnancies. *BMC Pregnancy Childbirth* 2008, 31(8): 4.
19. Bałanda-Bałdyga A, Łepecka-Klusek C. Przedwczesne macierzyństwo. *Pielęg XXI w* 2012, 2: 57-61.
20. Guskowska M. Lęk przed porodem i determinujące go czynniki – przegląd literatury. *Perinatol Neonatol Ginekol* 2012, 5(3): 154-161.
21. Potempa K. Optymizm a zdrowie. *Med Og Nauki Zdr* 2013, 19(2): 130-134.
22. Cole-Lewis HJ, Kershaw TS, V.A. Earnshaw VA. i wsp. Pregnancy-specific stress, preterm birth, and gestational age among high-risk young women. *Health Psychol* 2014, www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24447189 (dostęp: 26.03.2014).
23. Harville EW, David A, Savitz DA i wsp. Stress questionnaires and stress biomarkers during pregnancy. *J Womens Health* 2009, 18(9): 1425-1433.
24. Łepecka-Klusek C, Bałanda-Bałdyga A, Stadnicka G i wsp. Wczesna inicjacja seksualna w grupie nieletnich matek. *Zdr Pub* 2012, 122(2): 181-184.
25. Bielawska-Batorowicz E. Psychologiczne aspekty prokreacji. Śląsk, Katowice 2006.
26. Baxter S, Blank L, Guillaume L i wsp. Views regarding the use of contraception amongst young people in the UK: a systematic review and thematic synthesis. *Eur J Contracept Reprod Health Care* 2011, 16(3): 149-160.
27. Sowińska-Przepiera E, Jarząbek-Bielecka G, Andrysiak-Mamos E i wsp. Wybrane aspekty prawne w ginekologii wieku rozwojowego. *Ginekol Pol* 2013, 84(2): 131-136.
28. Skrzypulec-Plinta V, Drosdzol-Cop A. Antykoncepcja u młodocianych. *Perinatol Neonatol Ginekol* 2012, 5(2): 96-99.
29. Krajewski R. Prawno karne aspekty dobrowolnej aktywności seksualnej małoletnich. *Prokur Prawo* 2012, 10: 5-25.
30. Łąbecka M, Jarząbek-Bielecka G, Lorkiewicz-Muszyńska D. Przesłpstwa seksualne – wybrane przypadki. *Ginekol Pol* 2013, 84(4): 309-313.
31. Zarazowska M, Lewicka M, Sulima M. Aspekt prawny wczesnego macierzyństwa. *Eur J Med Technol* 2015, 2(7): 30-35.

Przepisy prawa:

- Ustawa z dnia 23 kwietnia 1964 r. Kodeks cywilny (tekst jednolity: Dz. U. z 2014 r., poz. 121).
- Ustawa z dnia 25 lutego 1964 r. Kodeks rodzinny i opiekuńczy(tekst jednolity: Dz. U. z2012 r., poz. 788 z późn. zm.).
- Ustawa z dnia 26 października 1982 r. o postępowaniu w sprawach nieletnich (tekst jednolity: Dz. U. z 2010 r. nr 33, poz. 178 z późn. zm.).
- Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry (tekst jednolity: Dz. U. z 2011 r. nr 277 poz. 1634 z późn. zm.).
- Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny (Dz. U. Nr 88, poz. 553 z późn. zm.).
- Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks postępowania karnego (Dz. U. nr 89, poz. 555 z późn. zm.).
- Ustawa z dnia 7 stycznia 1993 r. o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży (Dz. U. nr 17, poz. 78 z późn. zm.).
- Ustawa z dnia 7 września 1991 r. o systemie oświaty (tekst jednolity: Dz. U. z 2004 r. nr 256, poz. 2572 z późn. zm.).