



Przedwczesne macierzyństwo nieletnich

Poradnik dla specjalistów



Fundacja po DRUGIE, 2017 rok

Opracowano w ramach projektu Chcę być z tobą MAMO!
Współfinansowanego ze środków **Fundacji VELUX**

THE VELUX FOUNDATIONS

VILLUM FONDEN ✕ VELUX FONDEN

Spis treści

Wprowadzenie	3
I. Nieletnie matki: środowisko, zasoby, braki	4
Doświadczenia życiowe nastoletnich dziewcząt z problemem demoralizacji	4
W stronę pozytywnej diagnozy wychowawczej	8
Sięganie po substancje psychoaktywne i uzależnienie jako bariera w budowaniu relacji z nieletnimi..	12
II. Przedwczesna ciąża i macierzyństwo	15
Przyczyny przedwczesnej ciąży	15
Najważniejsze konsekwencje przedwczesnego macierzyństwa.....	17
Potencjały rozwojowe tkwiące w przedwczesnym macierzyństwie	22
Prawny wymiar zdrowia reprodukcyjnego i przedwczesnego macierzyństwa.....	23
Systemowe narzędzia wsparcia	31
Możliwe rozwiązania organizacyjne wspierające nastolatki z doświadczeniem przedwczesnego macierzyństwa i demoralizacji.....	33
III. Budowanie relacji	35
Budowanie relacji z nieletnią matką. Wytyczenie granic i ustalanie kontraktu	35
Wspieranie relacji matki i dziecka.....	41
Pryncypia postępowania z nieletnimi z doświadczeniem przedwczesnego macierzyństwa	44
Załącznik I Przebieg ciąży.....	47
Załącznik II Systemowe narzędzia wsparcia dla matek posiadających pełnię praw rodzicielskich	59

Wprowadzenie

Poradnik jest adresowany do pracowników służb integracji społecznej (kuratorów, pracowników socjalnych, asystentów rodziny, wychowawców), którzy w codziennej pracy spotykają się z ciężarnymi i rodzącymi dziećmi nastolatkami. Koncentruje się on wokół problemów tych dziewcząt, które poza wczesnym rodzicielstwem, od dziecka mierzą się z trudną sytuacją rodzinną (wywodzą się ze środowisk defaworyzowanych, grup dotkniętych ubóstwem, przemocą i szeregiem innych patologii społecznych), a także pobycem w placówkach zarówno tych o charakterze opiekuńczym jak i resocjalizacyjnym.

W niniejszej publikacji zawarliśmy informacje dotyczące diagnozy dziewcząt (ich potencjałów jak i deficytów), ale przede wszystkim wskazówki pozwalające na skierowanie do nich takich oddziaływań, które stanowią odpowiednie wsparcie w macierzyństwie, rozwoju społecznym i zawodowym.

Nasza publikacja jest odpowiedzią na liczne maile, telefony, zapytania kierowane do Fundacji po DRUGIE na przestrzeni ostatnich lat. Odkąd nasza organizacja zajęła się problemem nieletnich matek, kilka razy w miesiącu otrzymujemy zgłoszenia zarówno od dziewcząt jak i od pracowników służb integracji społecznej. Wszyscy pytają o radę i pomoc w rozwiązaniu sytuacji. Najczęściej pojawiające się pytanie dotyczy możliwości umieszczenia nieletniej matki w miejscu, w którym mogłaby przebywać razem z dzieckiem. To pytanie odnosi się zarówno do dziewcząt wychowujących się i przebywających w rodzinach dysfunkcyjnych jak i do dziewcząt przebywających w różnego typu placówkach.

Opracowanie, które powstało we współpracy kilku specjalistów, zawiera informacje, które powinny okazać się przydatne w pracy z nieletnią matką. Powinny one pomóc w znalezieniu odpowiedzi na pytania dotyczące możliwości wykorzystania narzędzi systemowych, ale również metod pracy z dziewczętami, które przedwcześnie rodzą dzieci.

I. Nieletnie matki: środowisko, zasoby, braki

*Agnieszka Sikora, Fundacja po DRUGIE
Katarzyna A. Gruszczyńska, psycholog
Renata Szczepanik, Uniwersytet Łódzki*

Doświadczenia życiowe nastoletnich dziewcząt z problemem demoralizacji

Spotykając młodzież z problem demoralizacji i niskimi kompetencjami nawiązywania relacji skupiamy się na objawach deficytów. Widzimy braki, trudności, niewłaściwą postawę i zachowanie. Praca z taką młodzieżą wymaga w pierwszej kolejności zrozumienia warunków, w jakich przebiegał proces kształtowania się jej tożsamości. To podejście stanowi punkt wyjścia dla wszelkich działań wychowawczych i naprawczych.

Zdecydowana większość młodzieży wywodzi się z rodzin funkcjonujących nieprawidłowo (uzależnienia, przemoc, pobyty w zakładach karnych). Zwykle, to właśnie sytuacja rodzinna powodowała zainteresowanie i ingerencję służb społecznych (pracowników socjalnych, kuratorów sądowych), a nawet konieczność umieszczania młodzieży w placówkach. Można także powiedzieć, że mówimy o grupie młodzieży z ryzykiem tzw. społecznego dziedziczenia statusu i problemów społecznych swoich rodziców.

W niniejszym opracowaniu koncentrujemy się na dziewczętach wywodzących się z tego właśnie środowiska. Dziewczętach, które mając naście lat zostają matkami.

Rodziny nieletnich matek zamiast być miejscem wsparcia, stanowią podstawowe źródło problemów i zagrożeń.

Rodzina nie zapewniała im możliwości prawidłowego rozwoju. Przede wszystkim nie była w stanie zabezpieczyć ich podstawowych potrzeb bytowych, co nie tylko wiązało się z niewłaściwym odżywianiem, zaniedbywaniem kwestii higienicznych i zdrowotnych, ale także powodowało, iż dziewczęta musiały koncentrować swoje działania na zabezpieczeniu tych potrzeb i dorastały w poczuciu bycia gorszymi (brak możliwości posiadania dóbr, które

powszechnie są dostępne dla jej rówieśników). Proces socjalizacji nieletnich dziewcząt przebiegał w warunkach niekorzystnych dla ich rozwoju. Oprócz niezaspokojonych potrzeb socjalnych, borykały się z problemami natury psychologicznej. Dysfunkcje, a często głębokie patologie życia rodzinnego powodowały, że dorastały w atmosferze niepewności, strachu – nawet o własne życie. Rodzina zamiast być miejscem wsparcia, stanowiła podstawowe źródło problemów i zagrożeń.

Na szczególną uwagę zasługuje **rozwój psychoseksualny** dziewcząt ze wskazanej grupy. Zdecydowana większość z nich dorastała w warunkach zagrażających rozwojowi właściwego stosunku do seksualności, nawet patalogizujących go. Świadczy o tym chociażby fakt, że znaczna część z nich to ofiary nadużyć seksualnych w dzieciństwie.

Negatywne i często dramatyczne doświadczenia seksualne dziewcząt nierzadko dokonujące się w środowisku rodzinnym, są pomijane w pracy wychowawczej. Brakuje odpowiednich oddziaływań terapeutycznych, które umożliwiłyby przepracowanie traum i korygowanie ich nastawienia do sfery seksualności.

Przemoc seksualna wobec nich miała charakter pośredni (bycie świadkiem) i bezpośredni. Wiele dziewcząt było świadkami zachowań seksualnych dorosłych. Wiele doznawało przemocy za przyzwoleniem rodziców, a nawet z ich inicjatywy (np. traktowanie ciała dziecka jako narzędzia pozwalającego

zdobyć alkohol). Co więcej, jako dzieci same musiały radzić sobie z traumą nadużyć seksualnych i uruchomić mechanizmy nastawione na przetrwanie. Często właśnie dlatego jednym z obserwowanych przez otoczenie objawów demoralizacji dziewcząt jest niefrasobliwe i destrukcyjne podejście do sfery życia seksualnego (przypadkowe kontakty seksualne, przemoc w relacjach intymnych, traktowanie seksu jako źródła zarobkowania itp.).

Znaczącym objawem demoralizacji są także niepowodzenia i opóźnienia szkolne. Bywa, że nieprawidłowości w funkcjonowaniu szkolnym dziecka stanowią pierwszy impuls do interwencji kontroli formalnej (np. zainteresowanie sądu rodzinnego i nieletnich). Dziewczęta z grupy, której problemy stanowią treść niniejszego

opracowania, ma **znaczące braki edukacyjne**, co z jednej strony związane jest ze środowiskiem pochodzenia, które nie przywiązywało wagi do prawidłowego przebiegu procesu edukacji, z drugiej zaś niskim poczuciem wiary we własne możliwości, które kształtuje się pod wpływem niemożności samodzielnego sprostania roli społecznej ucznia oraz etykieta „ucznia problemowego”. Nauczyciele postrzegani są przez nieletnie przede wszystkim jako ktoś, kto się „czepia” – kontroluje, upomina, wypomina. Zwykle relacje z nauczycielami są zaburzone i nacechowane obustronną niechęcią.

Często barierą w rozwoju edukacyjnym jest specyficzne nastawienie placówek oświatowych do ucznia wywodzącego się z tzw. trudnych środowisk wychowawczych. Szkoły nie są przygotowane w wystarczającym zakresie do pracy z uczniem sprawiającym trudności. Koncentrują się na nauce szkolnej pomijając sprawy socjalne i związane z emocjonalnym oraz społecznym rozwojem ucznia. Dziewczęta, które z dużymi deficytami szkolnymi (zaległościami sięgającymi nawet trzech czy czterech lat) trafiają do placówek resocjalizacyjnych nie mają możliwości nadrobienia braków. Warto zaznaczyć, że nauka w zamkniętej placówce znacznie różni się od oferty szkół powszechnych i jest dostosowana do poziomu grupy, zatem poziom jest zaniżony.

Dziewczęta posiadają również **trudności w funkcjonowaniu społecznym**, co związane jest z nieprawidłowo przebiegającym procesem socjalizacji, brakiem doświadczeń w pozytywnych relacjach społecznych, brakiem odpowiedniego wychowania i przebywaniem w środowisku instytucji. Im dłuższy będzie pobyt w ośrodku/zakładzie, tym większe będą trudności w adaptowaniu się do środowiska otwartego.

Nawet prawidłowo funkcjonujący w warunkach placówki opiekuńczej, wychowawczej czy resocjalizacyjnej nastolatek może mieć poważne trudności w życiu poza jej murami. Pobyt w placówce, szczególnie izolacyjnej, powoduje **znaczące ograniczenie kontaktów społecznych** młodzieży i sprowadza je do relacji w obrębie placówki – wychowawcy, współwychowankowie, ewentualni goście. W znacznym stopniu ograniczone są kontakty z osobami postronnymi, takimi jak np. urzędnik,

sprzedawca czy kierowca autobusu. Młodzież nie ma możliwości wchodzenia w spontaniczne relacje ze środowiskiem sąsiedzkim. W doświadczenia wpisują się natomiast liczne kontakty z przedstawicielami służb kontroli społecznej, jak pracownicy sądu, policjanci czy pracownicy socjalni. To powoduje, że młodzież ta postrzega otoczenie osób dorosłych przez pryzmat kontroli i zinstytucjonalizowanej opieki. Tłumaczy to także specyficzną postawę życiową, która określana bywa przez pracowników służb społecznych mianem „roszczeniowej”. Wychowywany w murach placówki resocjalizacyjnej człowiek uczy się, że zaspokojenie jego potrzeb bytowych i kulturalnych to oczywiste prawa wychowanka wpisane w regulamin placówki. Instytucja „wymaga”, ale i „daje”. Nastolatek nie ma możliwości obserwowania zależności przyczynowo-skutkowej świata społecznego. Jego potrzeby zaspakaja instytucja (nocleg, wyżywienie, rozrywki, hobby) i nie wykształca się w nim lub zamiera motywacja do samodzielnego zadbania o własny los.

W warunkach instytucji kształtuje się u młodzieży postrzeganie otoczenia przez pryzmat pytań: co on/a może mi zaoferować? Co będę miał/a z kontaktu z nim/nią? Jak znaleźć miejsce, w którym ktoś mi coś da?

W odniesieniu do placówki resocjalizacyjnej jako miejsca rozwoju dziecka można więc mówić o problemie tzw. pozornego uspołecznienia. W czasie pobytu w placówce dziewczęta adaptują się

do panujących w niej zasad i sposobu funkcjonowania, nabywają umiejętności zaspokajania potrzeb w obrębie izolacji, nie wyrabiając umiejętności niezbędnych do funkcjonowania w środowisku. Nie korygują swoich wcześniejszych przyzwyczajeń i postaw wyniesionych z domu rodzinnego.

Warto również zwrócić uwagę na emocjonalny wymiar nawiązywanych przez dziewczęta więzi. Wychowanki instytucji to osoby ze specyficzną traumą porzucenia przez bliskich, zwłaszcza rodzinę. Pozbawienie naturalnego wsparcia dorosłych i bliskości emocjonalnej powoduje, że są to osoby nieufne, odporne, a jednocześnie zamknięte w sobie. Zachwiana w toku instytucjonalizacji potrzeba więzi oraz konieczność sprostania trudnym sytuacjom wykształciła u nich ambiwalentne

zachowania. Z jej strony będzie to umiejętność odgradzenia się, nieokazywania uczuć i zachowania kamiennej twarzy, z drugiej zaś nadmierna wylewność. Często właśnie dlatego ich opiekunom trudno dotrzeć do prawdziwych emocji.

Odbiór społeczny nieletnich dziewcząt jest związany z rodzajem placówki, w której przebywają. O ile dziewczęta z pieczy zastępczej mogą budzić pozytywne reakcje i współczucie, o tyle nastolatki mające za sobą pobyty w placówkach resocjalizacyjnych będą mierzyć ze stygmatem osoby „podejrzanej”, złej. Dziewczęta z tych placówek oceniane są jako leniwe i „łatwe”, które w przyszłości będą „podejrzanyimi matkami” – zaniedbującymi potrzeby dzieci i chętnie powierzającymi opiekę nad nimi instytucjom.

Na bagaż społeczny nieletnich dziewcząt, składać się będą:

- pochodzenie z rodziny patologicznej;
- kontakty z przedstawicielami kontroli formalnej (policją, kuratorami sądowymi itp.)
- bycie wychowanką placówek opiekuńczych i resocjalizacyjnych (także: bycie byłą
- wychowanką instytucji);
- bycie osobą biedną (pozbawioną stabilizacji socjalnej i nastawioną na konieczność permanentnej walki o swój byt);
- bycie osobą zależną od instytucji.

W stronę pozytywnej diagnozy wychowawczej

Złożoność sytuacji psychologicznej i społecznej nieletnich dziewcząt powoduje, że sięgnięcie do jej zasobów może dla wielu wydać się niemożliwe. Tymczasem nawet tak „skomplikowana” grupa naznaczona wieloma deficytami, posiadać będzie swoje mocne strony. Co więcej dotychczasowe, negatywne doświadczenia życiowe tworzące specyficzne warunki uczenia się, pozwoliły na wykształcenie przez nie różnych przydatnych umiejętności.

Zasygnalizowane wcześniej problemy nieletnich stanowią treść wielu diagnoz wychowawczych i resocjalizacyjnych. W praktyce pedagogicznej dominuje bowiem diagnoza opracowywana w oparciu o opis zaburzeń i ich uwarunkowań (diagnoza negatywna) nad rozpoznaniem pozytywnych sił i potencjałów tkwiących w wychowanku (diagnoza pozytywna). Jeśli już formułuje się tę drugą, to traktowana jest ona jako pomocnicza, a nie stanowiąca punkt wyjścia dla działań wychowawczych. Należy jednak pamiętać, że praca wychowawcza w oparciu o diagnozę negatywną i nastwiona jedynie na korekcję zawsze wiązać się będzie z trudnościami w budowaniu dobrych relacji z wychowankiem. Będzie to bowiem oczekiwanie od niego bezwzględnej zmiany, a nie troska o jego rozwój. Osiągnięcie celów w oparciu o diagnozę negatywną powoduje, że w relacjach na pierwszy plan wysuwa się kontrola i nadzór.

Diagnoza traktowana jako punkt wyjścia do formułowania celów wychowawczych może być rozumiana jako swoisty bagaż nieletniej – ten, który dźwiga i który stanowi dla niej przysłowiową „kulę u nogi”. Można jednak odnaleźć w negatywnych doświadczeniach wartości pozytywne. Będzie to pakiet, jakim dysponuje i (często) dzięki któremu udaje jej się funkcjonować mimo ekstremalnie negatywnych warunków życia. Gdybyśmy chcieli spojrzeć na tę diagnozę przez pryzmat punktu wyjścia do naszej pracy z nieletnią, to będzie ona specyficznym kalkulatorem jej życiowych zysków i strat.

Diagnoza negatywna w pierwszej kolejności wymienia deficyty i dysfunkcje (straty), jakie przejawia nieletnia. Są to najczęściej niewłaściwe sposoby reagowania i wadliwe taktyki wchodzenia w relacje z otoczeniem itp. W pierwszej kolejności i spontanicznie, wychowawca, pracownik socjalny podejmuje próby uświadomienia nastolatce jej braków i problemów, które stwarza. Naturalnie więc bazując na diagnozie negatywnej w przekazach, mimo najlepszych intencji, dominują komunikaty nacechowane krytyką i deprecjonowaniem nieletniej.

Diagnoza pozytywna uwzględnia te same czynniki i właściwości, które brane są pod uwagę przy formułowaniu diagnozy negatywnej. Różnica polega na tym, że diagnosta patrzy na dotychczasowe doświadczenia nieletniej poprzez jej osobowość rozumianą jako **zbiór przekonań ukształtowanych w procesie uczenia się społecznego, zasoby poznawczo-intelektualne** czyli potencjały posiadane przez wszystkich ludzi i w końcu **kreatywność jednostki** decydującą o podejmowaniu działań służących jej rozwojowi.

Potencjały

(przykłady)

- umiejętność przetrwania w ekstremalnych warunkach
- elastyczność i umiejętności adaptacyjne
- godzenie różnych, czasem sprzecznych planów działania i interesów
- umiejętność odczytywania oczekiwań innych osób;
- kompetencje obserwowania i kalkulowania właściwości otoczenia
- umiejętność diagnozowania otoczenia przez pryzmat zaspokojenia swoich dążeń i potrzeb;
- umiejętność organizowania i korzystania z pomocy;
- waleczność, odporność, wysoki próg bólu;
- wysoka motywacja do zapewnienia własnemu dziecku lepszych warunków egzystencji.

W diagnozie pozytywnej szczególną rolę pełni opis zasobów poznawczo-intelektualnych. Zwykle określanie inteligencji kojarzone jest z ustalaniem poziomu IQ. Szczególnie istotne w diagnozie pozytywnej jest natomiast uwzględnienie inteligencji wielorakich, np. emocjonalnej, społecznej. Paradoksalnie niekorzystne warunki dorastania wytworzyły u nieletnich dziewcząt swoiste kompetencje obserwowania i kalkulowania właściwości otoczenia. Można to określić elementem tzw. **zaradności życiowej**, polegającej na tym, że szybko diagnozują one otoczenie przez pryzmat możliwości (lub ich braku) zaspokojenia swoich dążeń i potrzeb.

Młode mamy mające za sobą „placówkową” przeszłość są często zaradne, w tym znaczeniu, że **potrafią zorganizować dla siebie odpowiednie zaplecze i pomoc**

(samodzielnie przygotowują wyprawki dla dziecka, potrafią wykorzystać dostępne narzędzia wsparcia, szybko orientują się w możliwościach systemu pomocy społecznej). Istotny jest również fakt, iż grupa ta nie ma oporów w przyjmowaniu wsparcia. Korzystanie z pomocy jest dla nieletnich naturalne. Wychodzą one z prostego założenia, że pomoc im się należy i nie odczuwają z tego powodu żadnych dolegliwości – nie mają poczucia zależności od systemu i nie utożsamiają tego z brakiem własnych umiejętności czy niską pozycją społeczną.

Młode kobiety same określają się jako: „waleczne”, „zacięte”, i „odporne”. Niepowodzenia nie zniechęcają ich i traktowane są jako naturalne. Nabyta w procesie socjalizacji specyficzna **odporność na porażki życiowe** powoduje pewnego rodzaju otwartość na nowe propozycje ze strony osób, które pełnią rolę ich opiekunów.

Wiele nieletnich matek stawia sobie za **podstawowy cel zapewnić dziecku inne, lepsze warunki socjalne i emocjonalne** niż same miały. W ich wypowiedziach i deklaracjach zawsze pojawia się właśnie to dążenie – bycia innymi niż ich własna matka czy ojciec. Ten punkt wyjścia jest znaczącą motywacją dla młodzieży i w istocie przyczynia się do rozpoczęcia przez młodych rodziców pracy na rzecz poprawy własnej sytuacji, również zmiany stylu życia.

Nieletnie (zwłaszcza były wychowanki instytucji) nauczyły się w swoim życiu przetrwania, mimo skrajnie niekorzystnych warunków. Posiadają wyjątkowe umiejętności adaptacyjne i cechuje je pewnego rodzaju elastyczność. Na ich drodze życiowej pojawiało się wielu specjalistów. Każdy z nich formułował określone zadania, nierzadko nowe i oderwane od poprzednio wytyczanych celów. Często narzucał również nowy system „rozliczeń” (priorytetów, kar i nagród oraz sposobu kontroli). Nieletnie uczyły się balansowania pomiędzy różnymi oczekiwaniami. Posiadły umiejętność sprawnego odczytywania oczekiwań otoczenia dorosłych. Wobec tego łatwo godzą się na proponowane im plany. Wyrażona przez nie zgoda na dane działanie nie zawsze jest jednoznaczna z rzeczywistą chęcią jego realizacji, ale może stać się początkiem do wejścia w proces pracy nad zmianą. Przykładem jest sytuacja, gdy nieletnia pod wpływem nacisku zgłasza się na leczenie i terapię odwykową. Godzi się

na nią „dla świętego spokoju”. Pobyt w ośrodku leczenia odwykowego może stanowić początek drogi na rzecz faktycznego procesu zdrowienia.

Dziewczęta z omawianej grupy mają rozwinięte właściwości interpersonalne kształtowane w trakcie wieloletniego funkcjonowania w grupie rówieśniczej (np. w placówce), które można określić jako **umiejętność dostosowywania się do innych**. Wychowanie kolektywne kształtuje inteligencję społeczną, której objawem jest umiejętność szybkiego odczytywania intencji innych, nawet nieznanym sobie ludzi.

Sięganie po substancje psychoaktywne i uzależnienie jako bariera w budowaniu relacji z nieletnimi

W przypadku dziewcząt żyjących na marginesie społeczeństwa – wywodzących się z rodzin objętych wsparciem pomocy społecznej, kuratorów, posiadających doświadczenie pobytu w placówkach – uzależnienie od substancji psychoaktywnych wyłania się jako jedna z zasadniczych barier stojących na drodze do ich integracji społecznej i pełnienia ról społecznych. Sięganie po używki jest wyznacznikiem przynależności do określonego środowiska, jest też często głównym sposobem na spędzanie wolnego czasu, a odmawianie używania może być powodem do wykluczenia z grupy.

Dziewczęta zwykle bagatelizują problem określając go jako incydentalny, sporadyczny, niemający wpływu na ich szersze funkcjonowanie. Tymczasem jak wynika z badań ankietowych przeprowadzonych przez Fundację po DRUGIE (2015 r.) w grupie 50 wychowanek placówek resocjalizacyjnych aż 45 z nich posiadało doświadczenia z zażywaniem narkotyków. Średnia wieku pierwszego kontaktu wynosiła 14 lat, najmłodsza wychowanka przeszła inicjację w wieku 12 lat. Najczęstszym stosowanym narkotykiem była marihuana, ale zaraz po niej pojawiały się takie substancje jak amfetamina i mefedron. Większość ankietowanych dziewcząt wskazywała, iż nadal zażywa narkotyki (nawet w czasie wszystkich przepustek), a prawie połowa dziewcząt została umieszczona w placówce resocjalizacyjnej właśnie z powodu zażywania

narkotyków. Jednocześnie jedynie 10 spośród ankietowanych dziewcząt przyznało się do uzależnienia.

Zażywanie substancji psychoaktywnych w młodym wieku wpływa w znaczący sposób na rozwój społeczny, ale również hamuje rozwój biologiczny, co w przyszłości przekłada się na całokształt funkcjonowania. Zażywanie ma wpływ na braki edukacyjne dziewcząt, trudności emocjonalne, zachowania agresywne i autoagresywne, wreszcie nierzadko jest związane z podejmowaniem przez nie ryzykownych zachowań seksualnych i samym faktem zajścia w ciążę.

Konsekwencje zażywania substancji psychoaktywnych:

- trwałe uszkodzenie mózgu, płuc, wątroby, nerek, centralnego układu nerwowego,
- schizofrenia, uduszenie się,
- zaburzenia emocjonalne, depresje, psychozy, strach, panika, utrata przytomności,
- uszkodzenie komórek rozrodczych, zaburzenia czynności układu hormonalnego,
- bezsenność, wychudzenie, wypadanie zębów, drżenie kończyn, niedowład nóg, zanik zmysłu czucia,
- apatia, agresja, skłonności samobójcze,
- zanik wyższych uczuć,
- śmierć z przedawkowania.

Ogromny problem stanowi fakt, iż często używanie, wreszcie uzależnienie dziewcząt nie jest diagnozowane, a dostępność działań terapeutycznych jest ograniczona. W Polsce nie ma na przykład placówek resocjalizacyjnych dla dziewcząt, które specjalizowałyby się w pracy z uzależnioną grupą. (Istnieje jedynie jeden zakład poprawczy dla chłopców w Białymstoku, który posiada taką specyfikę). Uzależnione dziewczęta mogą być kierowane do szpitali psychiatrycznych czy ośrodków leczenia uzależnień, jednak warto podkreślić, że ani jedno, ani drugie nie prowadzą oddziaływań o charakterze resocjalizacyjnym, a dostępność miejsc jest mocno ograniczona.

Stąd bagatelizowanie problemu pojawiać się będzie nie tylko ze strony samych dziewcząt, ale również służb nieposiadających właściwych narzędzi wsparcia. W praktyce częstszym rozwiązaniem będzie skierowanie nadużywającej substancji psychoaktywnych nastolatki do ośrodka resocjalizacyjnego, niż do placówki leczniczej. Taki stan rzeczy powoduje, iż zachodzące w ciążę nieletnie posiadające problem z używkami mogą stanowić zagrożenie dla prawidłowego rozwoju płodu. Część dziewcząt po powzięciu informacji o ciąży odstawi używki, ale nierzadko nastąpi to dopiero po kilku tygodniach od zapłodnienia (co już może odcisnąć się piętnem na rozwoju dziecka). Jednocześnie poważna bariera pojawi się już po porodzie, gdy dziewczyna przestanie być odpowiedzialna za dwie osoby i może wrócić do wcześniejszego stylu życia (za którym nierzadko tęskni przez dziewięć miesięcy).

II. Przedwczesna ciąża i macierzyństwo

*Małgorzata Darmas, Fundacja Rodzić po Ludzku
Małgorzata Dziewanowska, UW, Fundacja po DRUGIE
Katarzyna A. Gruszczyńska, psycholog
Renata Szczepanik, Uniwersytet Łódzki*

Przyczyny przedwczesnej ciąży

Młódzież ma biologiczną możliwość rodzicielstwa. Rozwój fizyczny i osiągnięcie dojrzałości rozrodczej przypada na szczególny okres buntu, młodzieńczego eksperymentowania i dążenia do sięgania po „dorosłe zachowania”. Seksualizacja codziennego życia (przesycenie świata reklam treściami erotycznymi, nieograniczony dostęp do pornografii) powoduje, że młodzi ludzie odczuwać mogą presję aktywności seksualnej. Do przyczyn przedwczesnego macierzyństwa zaliczyć trzeba także niewystarczającą wiedzę młodych ludzi o seksualności, antykoncepcji (zarówno u młodzieży, rodziców jak i edukatorów).

Jednak nawet wiedza dotycząca antykoncepcji i wychowanie seksualne nie wystarczą, gdy w grę wchodzi psychologiczne czynniki ryzyka, do których należą: samotność, nasilona potrzeba zależności, naiwny idealizm, obniżony krytycyzm, nadmierna ugodowość i ufność. Inne czynniki sprzyjające wczesnym ciążom to poczucie braku akceptacji przez otoczenie, nieumiejętność podejmowania decyzji, zależność od innych ludzi, podporządkowanie im swoich potrzeb i pragnień, niska asertywność, ustępliwość, tendencje konformistyczne, niedojrzałość emocjonalna, niezaspokojenie w rodzinie podstawowych potrzeb bezpieczeństwa, przynależności czy miłości. Wszystkie te czynniki sprawiają, że obowiązki rodzicielskie spadają na niedojrzałe psychicznie, społecznie i fizycznie nastolatki.

W przypadku nastolatek z domów, gdzie podstawowa więź rodzinna jest zachowana podejmowanie wczesnej aktywności seksualnej może stanowić próbę prowokacji rodziców do bliższego zainteresowania się życiem córki lub buntem

przeciwko normom i rygorom narzucanym przez rodziców. Motywem może być także chęć związania się z mężczyzną o atrakcyjnej pozycji społecznej. Czasami dziewczyny podejmują aktywność seksualną, gdyż nie potrafią odmówić partnerowi – jest ona wówczas wyrazem uległości i niemożności przeciwstawienia się.

Sytuacja nastolatków pochodzących ze środowisk zaniedbanych jest inna i w ich przypadku dochodzą dotykowe motywy. Z powodu różnych deficytów – emocjonalnych, kulturowych i społecznych – młodzież z problemem demoralizacji traktować może seks jako narzędzie kompensacji niezaspokojonych potrzeb. I tak, seks sam w sobie może być postrzegany jako miłość i bliskość. To, co dla dorosłych jest nieodpowiedzialnym wchodzeniem w związki seksualne, dla nieletnich wzrastających w warunkach odrzucenia i braku miłości, bywa jedynie znanym im sposobem na pozyskanie czułości i zainteresowania ze strony innej osoby. Jednocześnie fakt posiadania doświadczeń przemocy seksualnej powoduje, że dziewczęta te wchodzić mogą w ryzykowne relacje seksualne, których konsekwencją może być nieplanowane macierzyństwo.

W przypadku przeważającej grupy nastolatków ciąża jest zaskoczeniem i niechcianym doświadczeniem. Bywa jednak, że nieletnie traktują ciążę jako szansę na zmianę swojej sytuacji życiowej. Rzadko, ale zdarza się, że nastoletnie, zdemoralizowane dziewczęta deklarują, że ich dziecko jest zaplanowanym „owocem miłości”. Pragną zbudować rodzinę (tę, jakiej nigdy nie miały). Mają nadzieję na związek z ojcem dziecka (najczęściej o wiele starszym od nich mężczyzną). Trzeba również podkreślić, że niektóre wychowanki placówek opiekuńczych i resocjalizacyjnych upatrują w ciąży i przedwczesnym macierzyństwie szansy na uzyskanie zwolnienia z instytucji. Warto nadmienić, że z powodu luk w systemie resocjalizacji nieletnich rodziców ich cele zostają często osiągnięte – nieletnia „urlopowana” jest z placówki do domu lub przenoszona do instytucji o innym rygorze (np. dom samotnej matki).

Najważniejsze konsekwencje przedwczesnego macierzyństwa

Ciąża zajmuje 12 miejsce na liście 43 zdarzeń życiowych, uszeregowanych według siły stresu im towarzyszącego (Uporządkowana Lista Ocen Społecznych Holmesa i Rahe'a). W psychologii jest traktowana jako **wydarzenie zmiany życiowej**, dotyczące ważnych spraw i cenionych wartości, któremu towarzyszy poczucie nieskuteczności dotychczasowych sposobów postępowania, stan obciążenia, napięcia i niedopasowania wymagań do kompetencji.

Z perspektywy psychologii rozwojowej u dziewcząt w okresie adolescencji kształtuje się tożsamość, stabilizuje się sfera emocjonalna. W tym czasie dziewczęta uczą się także kontroli nad swoim zachowaniem. Jest to okres ugruntowywania się tych wszystkich umiejętności. To także etap, w którym kształtuje się odrębność i niezależność, a także następuje reorganizacja systemu wartości. Jednakże ze względu na nieprawidłowe więzi rodzinne proces dojrzewania nieletnich matek nie przebiega w sposób właściwy. Mają one duże kłopoty z wytworzeniem pozytywnego obrazu własnej osoby i budową partnerskich relacji. Cechuje je mała refleksyjność, brak przewidywania skutków własnych działań, słaba kontrola nad emocjami.

Najważniejsze problemy natury psychologicznej związane ze stwierdzeniem przedwczesnej, nieplanowanej ciąży u nastolatki, to szok, poczucie winy, lęk i bezradność. Dorastające kobiety mają pouczcie silnej presji otoczenia, przeciążenia ich obowiązkami oraz przede wszystkim – wspomniane wcześniej – problemy z tożsamością („jestem zarówno osobą niepełnoletnią i dorosłą, dzieckiem i matką, uczennicą i opiekunką”). Frustracje powodowane znaczącymi zmianami w ich codziennym życiu wzmacnia dodatkowo poczucie rosnącej zależności od innych (np. zaplecze materialne), a jednocześnie przedwczesne macierzyństwo powoduje konieczność podejmowania się ról charakterystycznych dla osób dorosłych. Nastolatki zmuszane są do szybszego dojrzewania oraz rezygnacji ze swoich potrzeb.

Nastolatki w sytuacji ciąży doświadczają zjawiska psychologicznej dyslokacji, co oznacza, że muszą one przejść z ról dobrze znanych (dziecka w rodzinie, uczennicy,

koleżanki w klasie) do roli nieznaney, do której nie są przygotowane (matki). Pod adresem nastolatek kierowane są określone **oczekiwania społeczne** charakterystyczne dla dwu różnych okresów rozwojowych (ukończenia szkoły, zdobycia wykształcenia, planowania działań zmierzających do uzyskania niezależności, a równocześnie podejmowania decyzji i wysiłków dotyczących zarówno radzenia sobie z bieżącą sytuacją kryzysową, jak i decydowanie o długoterminowej przyszłości).

Ciało nastoletniej kobiety nie jest jeszcze przygotowane do utrzymania ciąży i może nie zapewnić jej prawidłowego rozwoju. Im młodsza jest matka, tym większe jest ryzyko poronienia oraz przedwczesnego porodu. Zdecydowanie częściej, niż w grupie dorosłych kobiet, pojawiać się będą takie problemy jak: zatrucie ciążowe, anemia, zapalenie dróg moczowych. Nastoletnie macierzyństwo to również większe zagrożenie dla prawidłowego rozwoju płodu. Wśród pojawiających się problemów na pierwszy plan wyłania się niska masa urodzeniowa dziecka (hipotropia). Ponadto obserwuje się: wady w układzie nerwowym (związane z brakiem kwasu foliowego), niedotlenienie dziecka (związane z niedostatecznym rozwojem narządów), niewłaściwe ułożenie dziecka w macicy czy złe umiejscowienie łożyska.

W przypadku zdemoralizowanych nastolatek ryzyko to potęguje ich często niezdrowy tryb życia – począwszy od odżywiania i niewłaściwej higieny poprzez stosowanie używek (papierosy, alkohol, narkotyki) oraz podejmowanie przez nie ryzykownych zachowań seksualnych. Nieletnie dziewczęta będą bardziej narażone na przykład na infekcje przenoszone drogą płciową (HIV, HCV, HBF, rzeżączka). Ich trudna sytuacja ekonomiczna ograniczy także ich dostęp do świadczeń zdrowotnych, dodatkowych badań, suplementów diety, witamin, szkół rodzenia etc. Z kolei niedojrzałość emocjonalna i ich dotychczasowy styl życia mogą powodować nawarstwienie się w okresie ciąży zachowań agresywnych czy autoagresywnych. Z trudem będą radzić sobie z akceptacją zmieniającego się ciała i związanymi z ciążą obowiązkami (konieczność rezygnacji z używek, wskazania do właściwej diety czy regularnych wizyt lekarskich). Obowiązki te mogą wywoływać w nich szybką frustrację, nawet bunt.

Wśród dzieci młodych matek obserwuje się również częstszą śmiertelność: nagła śmierć łóżeczkowa, infekcje, nieszczęśliwe wypadki.

Nastoletnie matki są także bardziej niż kobiety dorosłe narażone na stres poporodowy. Nawet 1/3 nastolatek wykazuje symptomy klinicznej depresji po urodzeniu dziecka. Do czynników potęgujących ryzyko należy także zaliczyć: wysoki poziom stresu powodowanego nie tylko ciążą, ale również perspektywą (przedwczesnego i często nieplanowanego) macierzyństwa, niskie wsparcie społeczne i czynniki ekonomiczne. W przypadku młodych, zdemoralizowanych kobiet, przebywających w placówkach lub znajdujących się pod kontrolą służb środowiskowych, dodatkowym czynnikiem potęgującym stres może być ryzyko utraty dziecka (umieszczenie go w rodzinie zastępczej, adopcji).

Czynnikiem rzutującym na przebieg ciąży i macierzyństwo dziewcząt jest bez wątpienia jakość relacji z ojcem dziecka. Nastolatki z problemem demoralizacji często tworzą związki partnerskie z mężczyznami wchodzącymi w konflikty z prawem, przejawiającymi niefrasobliwy stosunek do swojego ojcostwa nieposiadającymi zasobów umożliwiających im wspieranie nowej rodziny.

Wspomnieć należy również o problemach natury **kulturowo-społecznej**. Mimo znaczących przemian obyczajowych, nastoletnie macierzyństwo wciąż budzi zdziwienie, a nawet zgorszenie otoczenia. Młode kobiety muszą stawić czoło ostracyzmowi społecznemu z powodu norm kulturowych, jakie naruszyły będąc „dziećmi, które mają dzieci”. Nastolatka (i jej rodzina) boryka się z problemami stygmatyzacji i izolacji społecznej. Trudności te mogą powodować poważny kryzys w rodzinie pochodzenia oraz sprzyjać pochopnym decyzjom (np. zmuszanie do niechcianych małżeństw, aborcji, adopcji).

Wczesne macierzyństwo a rozwój społeczny - zagrożenia

- przerwanie edukacji szkolnej
- brak możliwości zdobycia kwalifikacji zawodowych
- zależność od służb pomocowych
- niski status materialny
- konflikty w rodzinie pochodzenia
- (często) samotne macierzyństwo, trudności w budowaniu stałych związków i stabilnych relacji
- wyuczona bezradność
- stygmatyzacja, izolacja, marginalizacja

Warto zaznaczyć, że odczuwane cierpienie powodowane przedwczesnym macierzyństwem związane jest silniej z niemożnością zaspokojenia potrzeb rozwojowych charakterystycznych dla okresu wczesnej młodości, niż ostracyzmem społecznym związanym z faktem przedwczesnego macierzyństwa. Młoda kobieta podejmująca dorosłą rolę społeczną, jaką jest rodzicielstwo, w rezultacie czuje się jak dorosła, a kiedy już osiągnie biologiczną dorosłość boryka się z poczuciem przedwczesnej utraty dzieciństwa.

Stres i odczuwany lęk związany z ciążą negatywnie wpływa na naukę szkolną, z kolei pogłębiające się trudności edukacyjne prowadzą do eskalacji zachowań lękowych. Przedwczesna ciąża dziewcząt zdemoralizowanych stanowi poważne ryzyko przerwania przez nie edukacji, której przebieg i tak jest już mocno zaburzony. Wczesne macierzyństwo skraca też czas trwania nauki i zmniejsza szansę na ukończenie kolejnych stopni edukacji.

Dla okresu adolescencji typowe jest poszukiwanie odpowiedzi na pytanie nie tylko „kim jestem” ale też „kim będę w przyszłości” i planowanie dalszej ścieżki nauki

i kariery. Dla nastolatek w ciąży takie planowanie jest niedostępne; nie mają one sprecyzowanych celów życiowych, a jeśli nawet je formułują, to pozostają one najczęściej w sferze deklaracji lub cechuje je głęboki pesymizm w porównaniu do tych wyrażanych przez ich rówieśnice.

Brak odpowiedniego wykształcenia, kwalifikacji zawodowych, uzależnienie od pomocy rodziców lub instytucji prowadzi do bardzo trudnej sytuacji ekonomicznej. Z badań wynika, że nastoletni rodzice, znacznie częściej niż ich rówieśnicy żyją w ubóstwie i nie mają pracy. Tymczasem zdobycie wykształcenia i kwalifikacji zawodowych mogłoby przerwać ściśle ze sobą powiązany łańcuch przyczynowo skutkowy: brak wykształcenia – brak kwalifikacji zawodowych – trudna sytuacja ekonomiczna – uzależnienie od pomocy rodziny i/lub instytucji – wyuczona bezradność, niepozwalający na wyrwanie się z kryzysowej sytuacji i utrwalany w kolejnych pokoleniach.

Nastolatki w ciąży i nieletnie matki są także odtrącane przez rodziców, partnera (ojca dziecka, uciekającego od odpowiedzialności) czy dotychczasową grupę rówieśniczą. Po urodzeniu dziecka izolacja społeczna jeszcze pogłębia się. Wiele powinności związanych z opieką nad niemowlęciem przy jednoczesnym kontynuowaniu nauki i obowiązkami z tym związanymi sprzyja zerwaniu wcześniejszych znajomości. Natomiast niska samoocena, słabe kompetencje społeczne i emocjonalne utrudniają nawiązanie znajomości nowych, które mogłyby skompensować te zerwane, a których młode matki bardzo potrzebują.

Nastolatki mają ogromne trudności z akceptacją i pogodzeniem się z zaistniałą sytuacją. Ciążę i mające się narodzić dziecko często traktują jako zagrożenie dla zdrowia, urody, wolności, jako przeszkodę w realizacji osobistych planów i aspiracji. Stanowi ona dla nich konieczność rezygnacji z marzeń i pragnień.

Potencjały rozwojowe tkwiące w przedwczesnym macierzyństwie

W pierwszej części opracowania mowa była o tzw. pozytywnej diagnozie, która między innymi jest formułowana poprzez identyfikację tych czynników i doświadczeń życiowych, które – acz negatywne w swoim przebiegu – spowodowały wykształcenie się u nieletnich specyficznych i pomocnych kompetencji społecznych. Warto więc przyjrzeć się przedwczesnemu macierzyństwu przez pryzmat korzyści, jakie może ono wnieść w życie młodego człowieka. Jakie cechy tego doświadczenia mogą stanowić siłę napędową pozytywnego rozwoju?

Okazuje się, że nastoletnie matki są bardziej elastyczne w ciągu swojego dalszego, dorosłego już życia, niż ich rówieśniczki bez doświadczeń przedwczesnego macierzyństwa. Co prawda rzadziej (lub o wiele później) niż ich rówieśniczki kończą edukację oraz zyskują kwalifikacje zawodowe, jednakże zdają się rekompensować te braki w postaci intensywniejszej pracy – a tym samym zdobywają większe doświadczenie zawodowe, osiągają względnie stabilną sytuację zawodową oraz szybciej uzyskują niezależność ekonomiczną.

W niektórych przypadkach ciąża nieletniej może stać się czynnikiem konsolidującym jej bliskie otoczenie – nagle pojawi się bardziej aktywna niż dotąd matka czy babcia gotowe wesprzeć nastolatkę w opiece nad dzieckiem.

Macierzyństwo może być poważnym czynnikiem korzystnie determinującym losy życiowe wychowanek placówki opiekuńczo-wychowawczej czy resocjalizacyjnej. Ciąża wychowanki postrzegana może nawet być w kategoriach szansy „na ułożenie sobie” przez nią życia.

Pod wpływem przebiegu ciąży i po urodzeniu dziecka dorastająca kobieta, często do tej pory zbuntowana i z etykietą zdemoralizowanej, nieprzystępnej i samolubnej - odnajduje w sobie i przejawia dotąd skrywane przed otoczeniem uczucia. Miłość do dziecka i rodząca się troska o drugiego człowieka sprzyja budowaniu innego spojrzenia na świat i zmianie systemu wartości. Jej relacje z otoczeniem poprawiają się. Uczy się współdziałania, wyznaczania dalekosiężnych celów oraz priorytetów

życiowych. Wychowawcy placówek resocjalizacyjnych, którzy mają doświadczenia w pracy z nieletnimi z przedwczesną ciążą zauważają pozytywne zmiany takie jak: wzrost aktywności w budowaniu i urealnianiu planów na przyszłość, wzrost poziomu refleksyjności nad swoim życiem, optymizmu życiowego i radości. Ich zdaniem często nieletnie stają się bardziej wyciszone, mniej agresywne w relacjach z otoczeniem, a także – uczą się i przejawiają troskę o zdrowe żywienie i higienę osobistą.

Oczywiście pozytywne następstwa wczesnego macierzyństwa nie muszą być i najczęściej nie są naturalnym porządkiem biegu wydarzeń. Nie można oczekiwać, że urodzenie dziecka w sposób naturalny zmieni młodą nastolatkę w dorosłą kobietę, a ze zdemoralizowanej nieletniej automatycznie stanie się troskliwą i oddaną matką.

Prawny wymiar zdrowia reprodukcyjnego i przedwczesnego macierzyństwa

Prawne aspekty seksualności dziecka

Każde dziecko do momentu osiągnięcia pełnoletniości jest osobą małoletnią. Zgodnie z kodeksem cywilnym pełnoletniość osiąga każda osoba w chwili ukończenia 18 roku życia lub kobieta, która za zgodą sądu rodzinnego zawarła związek małżeński. Sąd wydaje taką zgodę jeśli kobieta ma ukończone co najmniej 16 lat, jej przyszły mąż jest już pełnoletni, a małżeństwo zawierane jest „dla dobra rodziny”, co najczęściej oznacza: w celu zabezpieczenia interesów dziecka, którego para się spodziewa, lub które już posiada. Warto podkreślić, że w takim przypadku kobieta osiąga pełnoletniość w zakresie praw rodzinnych, nie oznacza to jednak, że może korzystać z wszelkich praw zagwarantowanych osobom, które ukończyły 18 rok życia. Przykładowo, ciągle zgodnie z prawem nie może legalnie kupić alkoholu czy papierosów.

Każde dziecko w Polsce jest objęte szczególną ochroną prawną w zakresie zdrowia, zarówno fizycznego jak i psychicznego. Oznacza to, że istnieją specjalne instrumenty, przepisy, które regulują nie tylko prawa i obowiązki osób małoletnich, ale

także nakładają kary na osoby, które dopuszczają się jakichś naruszeń. Podstawowe gwarancje zawarte są w Konstytucji RP.

W artykule 72 Konstytucja gwarantuje ochronę praw dziecka, w 70 ustanawia obowiązek nauki do 18 roku życia, a w 68 przyznaje każdemu prawo do ochrony zdrowia. Te trzy przepisy stanowiąc mają podstawę dla wszystkich ustaw i rozporządzeń, które w sposób szczegółowy regulują funkcjonowanie dziecka w społeczeństwie. W kontekście omawianych tu zagadnień warto wskazać jeszcze artykuł 18, który gwarantuje ochronę i opiekę dla związków małżeńskich, rodzin, macierzyństwa i rodzicielstwa, a także artykuł 47 gwarantujący ochronę życia prywatnego i rodzinnego. Co więcej, państwo zobowiązało się w artykule 71 do uwzględniania dobra rodziny w prowadzonej polityce społecznej i gospodarczej i do zapewnienia wsparcia w trudnych sytuacjach materialnych i społecznych. W punkcie drugim tego przepisu enumeratywnie wskazuje matki przed i po urodzeniu dziecka, jako osoby wymagające szczególnej pomocy ze strony Władz publicznych. Warto pamiętać, że ustawodawca ma obowiązek kierować się tymi wytycznymi w zakresie stanowienia i stosowania prawa.

Dokumentem, który zawiera największą liczbę przepisów z zakresu praw dziecka jest Konwencja o Prawach Dziecka, która od 1991 roku obowiązuje również w Polsce. Oprócz tego konkretne regulacje można znaleźć w różnych aktach prawnych, przykładowo w kodeksie rodzinnym i opiekuńczym, w kodeksie cywilnym, w kodeksie karnym, czy nawet ustawie o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, lub ustawie o pomocy społecznej. Poniższe opracowanie zawiera omówienie wszystkich najważniejszych regulacji odnoszących się bezpośrednio do kwestii praw i obowiązków małoletnich kobiet, które spodziewają się dziecka.

Ustawodawca polski wprowadził granicę wieku, poniżej którego każdy kontakt seksualny z dzieckiem jest nie tylko zabroniony, ale również karany. Ta granica nazywana jest w literaturze przedmiotu „wiekiem zgody” i oznacza możliwość świadomego wyrażenia zgody na relacje o charakterze seksualnym. W Polsce ten wiek wynosi 15 lat.

Oznacza to, że stosunek płciowy z osobą poniżej tego wieku jest przestępstwem (niezależnie czy partner ma lat 14, 17 czy 19), karanym w ramach artykułu 200 kodeksu karnego (kk) karą pozbawienia wolności w wymiarze od lat 2 do 12.

W przypadku sprawcy mającego między 13 a 17 lat, o zastosowanym środku wychowawczym lub poprawczym decydować będzie sąd rodzinny na podstawie ustawy o postępowaniu w sprawach nieletnich. Jeśli jednak sprawca będzie miał więcej niż 17 lat, sądzony będzie jak osoba dorosła przez sąd karny i poniesie pełną odpowiedzialność karną.

Karą do lat 3 zagrożone jest także obcowanie płciowe z małoletnim lub dopuszczanie się wobec takiej osoby innych czynności seksualnych z nadużyciem jego zaufania lub poprzez udzielenie w zamian korzyści majątkowej, osobistej bądź jej obietnicy. Przepis ten rozciąga ochronę prawną przed wykorzystywaniem na wszystkie osoby małoletnie, które mogłyby ulec pokusie uzyskania jakiś korzyści w zamian za stosunek płciowy (między innymi chodzi o ochronę przed wykorzystywaniem dzieci do prostytucji).

Każde dziecko, które ukończyło 15 rok życia może samodzielnie podejmować decyzje odnośnie swojej aktywności seksualnej i dowolnie kształtować swoje relacje w tym zakresie. Prawo nie wprowadza ograniczeń odnośnie różnicy wieku między partnerami, wymaga jedynie, aby kontakt był dobrowolny, nie podyktowany chęcią uzyskania korzyści czy nie wypełniał znamion wykorzystania małoletniego.

Ustawodawca założył więc, że każda osoba w wieku co najmniej 15 lat potrafi świadomie, mając pełną wiedzę na temat możliwych konsekwencji, zdecydować czy chce nawiązać relacje o charakterze seksualnym czy nie.

Zdrowie seksualne i reprodukcyjne

Z rozpoczęciem współżycia seksualnego przez osoby młode wiążą się tematy z zakresu ochrony ich zdrowia, nie tylko fizycznego, ale również psychicznego, które to elementy stają się częścią składową szeroko rozumianego zdrowia seksualnego.

Każdy człowiek ma możliwość uzyskania wiedzy na temat zdrowia i seksualności z co najmniej trzech źródeł. Przede wszystkim wskazuje się, że obowiązek informowania dzieci spoczywa na rodzicach, którzy realizują go poprzez tzw. **edukację domową**. Wiedzę mogą czerpać z własnych doświadczeń, z dostępnej na rynku literatury, a także przykładowo z konsultacji lekarskich czy od innych specjalistów.

Drugim źródłem jest **edukacja seksualna** prowadzona w szkołach. Trzecim źródłem jest **wiedza specjalistyczna** przekazywana przez reprezentantów zawodów medycznych. Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta nakłada na lekarza obowiązek udzielenia pacjentowi przystępnej informacji o jego stanie zdrowia, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych i leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania, wynikach leczenia oraz rokowaniu. Jeśli jednak pacjent nie osiągnął 16 roku życia, obowiązek ten limitowany jest do zakresu i formy potrzebnych do prawidłowego przebiegu procesu diagnostycznego lub terapeutycznego. Oznacza to, że lekarz nie jest zobligowany do udzielenia pełnej informacji na temat stanu zdrowia dziecku (a jedynie jego opiekunom prawnym), chyba, że brak tej wiedzy wpływałby na proces leczenia pacjenta. Oznacza to, że mimo, iż 15-latką może odbywać stosunki seksualne, nie musi mieć pełnej wiedzy na temat swojego stanu zdrowia. W Sejmie zgłoszony został już projekt zmiany w ustawie, który obniżałby tę granicę z 16 na 15 rok życia.

Antykoncepcja

Środki antykoncepcyjne przeznaczone do stosowania dla kobiet wymagają konsultacji lekarskiej i wypisania recepty. Jedyne środki powszechnie dostępne, potocznie nazywane „tabletką po”, zawierający odpowiednią dawkę hormonów powstrzymującą jajeczko przed zagnieżdżeniem się w macicy, został objęty obowiązkiem przepisania przez lekarza od dnia 22 lipca 2017 roku.

Zgodnie z przepisami, kobieta do 18 roku życia musi stawić się na wizytę lekarską z opiekunem prawnym (najczęściej rodzicem), który do ukończenia przez dziecko

16 roku życia jest władny podejmować wszelkie decyzje odnośnie oferowanych i wykonywanych świadczeń zdrowotnych, natomiast między 16 a 18 rokiem życia niezbędna jest tzw. zgoda kumulatywna, czyli zgoda opiekuna i małoletniej.

Wypisanie recepty na środki antykoncepcyjne jest świadczeniem zdrowotnym, a więc u osób małoletnich wymaga zgody przedstawiciela prawnego.

Obecnie w Sejmie znajduje się projekt nowelizacji ustawy w tym zakresie, którego celem jest umożliwienie małoletnim powyżej 15 roku życia samodzielnego korzystania z poradnictwa specjalistycznego w zakresie ginekologii i urologii.

Przerywanie ciąży

Zgodnie z ustawą o planowaniu rodziny w Polsce możliwe jest dokonanie aborcji w trzech przypadkach. Przede wszystkim, na każdym etapie ciąży, jest to możliwe jeśli **ciąża stanowi zagrożenie dla życia lub zdrowia kobiety ciężarnej**. Oznacza to, że w przypadku dylematu czy ratować życie matki czy dziecka, lekarze zawsze powinni na pierwszym miejscu stawiać życie kobiety. Drugim momentem, kiedy istnieje taka możliwość, jest sytuacja, w której badania prenatalne lub inne przesłanki medyczne wskazują na **duże prawdopodobieństwo ciężkiego i nieodwracalnego upośledzenia płodu** albo nieuleczalnej choroby zagrażającej jego życiu. Terminacja jest wtedy możliwa do chwili osiągnięcia przez płód zdolności do samodzielnego życia poza organizmem kobiety, czyli mniej więcej do 22-24 tygodnia ciąży. Warto zaznaczyć, że o tym, czy powyższe warunki są spełnione decyduje lekarz specjalista na podstawie wykonanego badania lub badań.

Ostatnia możliwość dotyczy tych sytuacji, w których zachodzi **uzasadnione podejrzenie, że ciąża powstała w wyniku czynu zabronionego**. Ustawodawca zezwala wtedy na legalne poddanie się zabiegowi aborcji w terminie do ukończenia 12 tygodnia ciąży. Stosowne zaświadczenie o podejrzeniu można uzyskać od prokuratora prowadzącego lub nadzorującego postępowanie karne. W przypadku małoletnich poniżej 13 roku życia niezbędna jest zgoda na zabieg sądu opiekuńczego. Dziewczynka

w wieku między 13 a 18 rokiem życia musi wyrazić pisemną zgodę popartą pisemną zgodą jej opiekuna prawnego.

Warto podkreślić, że czynem zabronionym jest zarówno zgwałcenie, jak i doprowadzenie do współżycia osoby małoletniej w wyniku zaferowania korzyści osobistych lub majątkowych, ale także każde współżycie z dzieckiem poniżej 15 roku życia.

I tak jak w przypadku zgwałcenia niezbędne jest uprawdopodobnienie, że do stosunku doszło z użyciem przemocy, podstępem lub groźby, tak w przypadku dziewcząt, które nie ukończyły 15 lat, **sam fakt bycia w ciąży świadczy o tym, że doszło do czynu zabronionego**. Żądanie w takich wypadkach zaświadczenia od prokuratora wydaje się nieuprawnione i zbędne. Wystarczające jest badanie ginekologiczne potwierdzające istnienie ciąży i ustalenie wieku pacjentki.

Prawa rodzicielskie nastoletniej matki

Podstawowym terminem odnoszącym się do praw rodziców jest **władza rodzicielska**. Jest to zespół praw i obowiązków rodzica względem dziecka. Obejmuje ona w szczególności obowiązek i prawo rodziców do wykonywania pieczy nad osobą i majątkiem dziecka oraz do wychowywania dziecka, z poszanowaniem jego godności i praw. Co do zasady przysługuje ona osobom pełnoletnim, a więc każdej osobie, która ukończyła 18 lat, posiada dziecko i jej prawa względem niego nie zostały ograniczone postanowieniem sądu, a także kobiecie, która ukończyła 16 rok życia i za zgodą sądu zawarła związek małżeński. Jeśli jednak małoletnia nie jest mężatką, władza rodzicielska nad urodzonymi dziećmi nie będzie jej przysługiwać.

Związek małżeński gdy ma się 16-17 lat – krok po kroku

1. złożenie wniosku o wydanie zezwolenia na małżeństwo:
 - powinien się w nim znaleźć opis sytuacji (czy małoletnia i partner uczą się, gdzie mieszkają, jakie mają warunki, z czego się utrzymują, mogą się w nim znaleźć także informacje na temat długości trwania relacji, czy co może świadczyć o tym, iż partnerzy są osobami wystarczająco dojrzałymi na małżeństwo);
 - należy podać powód starania się o pozwolenie na zawarcie małżeństwa (np. ciąża i chęć zapewnienia dziecku pełnej rodziny).
2. wniosek składa małoletnia (musi mieć ukończone 16 lat w chwili orzekania przez sąd)
3. wniosek należy złożyć w sądzie rodzinnym i opiekuńczym w miejscu zamieszkania
4. wniosek można napisać w formie podania, należy go odręcznie podpisać
5. do wniosku należy załączyć:
 - odpisy aktów urodzenia wnioskodawczynie i jej partnera
 - dowód uiszczenia opłaty sądowej lub wniosek o zwolnienie z kosztów ze względu na trudną sytuację materialną
6. w przypadku pozytywnej opinii opiekunów prawnych małoletniej – warto załączyć ją do wniosku.

Kodeks rodzinny i opiekuńczy stanowi, że rodzice, którzy nie mają pełnej zdolności do czynności prawnych (nie mają ukończonych 18 lat) powinni uczestniczyć w sprawowaniu **bieżącej pieczy** nad dzieckiem i w jego wychowaniu. Ma to na celu przygotowanie ich do przejęcia tego obowiązku w całości po uzyskaniu pełnoletniości, a jednocześnie do monitorowania poziomu kompetencji rodzicielskich i umożliwienia wprowadzenia korekt, tam gdzie są one niezbędne.

Zgłoszenie urodzenia dziecka do Urzędu Stanu Cywilnego

Zgłoszenia dokonują matka lub ojciec dziecka posiadający pełną zdolność do czynności prawnych, jednak także matka lub ojciec dziecka, którzy ukończyli już 16 lat mogą dokonać zgłoszenia urodzenia. W pozostałych przypadkach, tj. takich gdy rodzice nie mają ukończonych 16 lat, zgłoszenia urodzenia mogą dokonać rodzice małoletniej matki, którzy posiadają nad nią władzę rodzicielską lub jej opiekun.

Jednocześnie należy pamiętać, że zgodnie z artykułem 119 kodeksu rodzinnego i opiekuńczego sąd opiekuńczy może **orzec przysposobienie** dziecka mimo braku zgody rodziców, których zdolność do czynności prawnych jest ograniczona (nie mają ukończonych 18 lat), jeśli ich odmowa byłaby sprzeczna z dobrem dziecka. W przypadku małoletnich matek bardzo istotne jest więc zapewnienie im odpowiedniego zaplecza i wsparcia w okresie pomiędzy urodzeniem dziecka a osiągnięciem pełnoletniości, aby nie dopuścić do sytuacji, w której sąd zadecyduje o oddaniu dziecka do adopcji.

Imię dziecka

Osoba zgłaszająca dziecko w USC wybiera mu imię. Matka, która ukończyła 16 lat może więc samodzielnie wybrać imię. Co prawda także ojciec w tym wieku może zgłosić urodzenie, jednak z praktycznego punktu widzenia jest to bardzo mało prawdopodobne, gdyż dla możliwości stwierdzenia, że niepełnoletni mężczyzna jest ojcem dziecka konieczne jest orzeczenie sądu opiekuńczego.

Gdy nie nastąpiło uznanie sądowe ustalenie ojcostwa, to w akcie urodzenia jako imię ojca wskazuje się imię podane przez osobę zgłaszającą urodzenie. (Nie wpisuje się w akcie urodzenia dziecka – ojciec nieznan). Jeżeli osoba zgłaszająca urodzenie dziecka nie wskaże żadnego imienia to w akcie urodzenia wpisuje się imię ojca wybrane przez kierownika USC. Nazwisko ojca jakie zostanie wpisane do aktu USC to nazwisko matki.

Nazwisko dziecka

Nazwisko dziecka jakie zostanie wpisane do aktu urodzenia, zależy od tego czy:

- małoletnia matka jest w związku małżeńskim,
- ojcostwo zostało uznane.

W takim przypadku dziecko przyjmie nazwisko ojca lub matki, jeśli ojciec wyrazi na to zgodę.

Najczęściej małoletnia matka nie będzie w związku małżeńskim, a ojcostwo nie zostanie uznane w chwili zgłoszenia dziecka, wówczas dziecko nosić będzie nazwisko matki.

Oboje rodzice mają prawo i obowiązek uczestniczenia w życiu dziecka. Mimo, iż w większości przypadków to matki najczęściej stają się opiekunami faktycznymi dzieci, nie należy systemowo pomijać **roli ojców**. Chłopcy zyskują prawa względem swoich dzieci jedynie w chwili osiągnięcia pełnoletniości. Do tego czasu ich przedstawicielami prawnymi zazwyczaj są rodzice lub opiekunowie. Nie oznacza to jednak, że nie mają prawa kontaktowania się z dzieckiem czy uczestniczenia w bieżącej pieczy nad nim.

Systemowe narzędzia wsparcia

W pracy z małoletnimi rodzicami wykorzystanie systemowych narzędzi wsparcia napotykać będzie na określone trudności związane z faktem, iż osoby poniżej 18 roku życia nie mają pełnej zdolności do czynności prawnych i nie mogą sprawować władzy rodzicielskiej nad swoim potomstwem.

W jakim zakresie i na jakich warunkach można wykorzystać systemowe narzędzia wsparcia w pracy z niepełnoletnią matką i ojcem, i w celu wsparcia rodziny?

Opieka lekarska w trakcie ciąży i połogu

Małoletnie i kobiety w ciąży, w okresie porodu i połogu (czyli do 6 tygodni po porodzie) mają prawo korzystać z **publicznej opieki zdrowotnej** niezależnie czy posiadają ubezpieczenie zdrowotne czy nie.

Osoby uczące się zazwyczaj podlegają **ubezpieczeniu zdrowotnemu** oferowanemu przez szkoły i uczelnie. Osoby pracujące mogą mieć odprowadzane składki na ubezpieczenie przez pracodawcę, albo mogą wypełnić specjalną deklarację o chęci poddania się ubezpieczeniu. Osoby prowadzące własną działalność gospodarczą też mogą odprowadzić odpowiednie składki gwarantujące bezpłatny dostęp do służby zdrowia. Można także zarejestrować się w urzędzie pracy jako osoba bezrobotna i oprócz

zasiłku mieć również zagwarantowane ubezpieczenie zdrowotne.

Bezpłatna opieka zdrowotna dla dziecka nie zagwarantuje, że jego matka również będzie zdrowa. Warto zadbać o to, aby po ukończeniu 18 roku życia każda osoba posiadała tytuł do ubezpieczenia zdrowotnego i mogła bezpłatnie korzystać z usług państwowej służby zdrowia.

Zatrudnioną na umowę o pracę może być tylko osoba, która ukończyła 18 lat. Osoby między 15 a 18 rokiem¹ życia traktowane są jako młodociane i możliwości ich zatrudnienia odrębnie reguluje kodeks pracy.

W Aneksie II do niniejszego opracowania przedstawione zostały różne narzędzia wsparcia rodziny. Niepełnoletnia matka nie będzie jednak mogła być ich bezpośrednią adresatką. Wszelkie zasiłki na dziecko i rodzinę przysługiwać będą opiekunom prawnym.

¹ Do dnia 1 września 2018 roku osobą młodocianą jest małeletni między 16 a 18 rokiem życia. Po tym dniu młodocianym będzie każdy małeletni między 15 a 18 rokiem życia.

Możliwe rozwiązania organizacyjne wspierające nastolatki z doświadczeniem przedwczesnego macierzyństwa i demoralizacji

W Polsce brakuje narzędzi systemowych, które są ukierunkowane na pracę z nieletnią matką i jej dzieckiem. Są jednak pewne możliwości i furtki, z których można korzystać, by zapewnić dziewczętom i ich dzieciom właściwą opiekę i rozwój, a przede wszystkim stworzyć szansę na to, by były razem.

Poniżej prezentujemy różne rozwiązania, które mogą zostać zastosowane w celu zabezpieczenia i wsparcia macierzyństwa dziewcząt, w zależności od indywidualnej sytuacji.

Sytuacja matki	Wychowanka placówki resocjalizacyjnej
Sytuacja dziecka	Brak możliwości pobytu w placówce resocjalizacyjnej (wyjątek - Młodzieżowy Ośrodek Wychowawczy w Czaplunku)
Rozwiązania	Umieszczenie wychowanki w rodzinie pochodzenia (pod warunkiem, że sytuacja w rodzinie nie zagraża matce i dziecku)
	Umieszczenie wychowanki w specjalistycznej rodzinie zastępczej
	Umieszczenie wychowanki w placówce opiekuńczo-wychowawczej
	Umieszczenie wychowanki w domu samotnej matki/ośrodka interwencji kryzysowej
Komentarz	W każdym przypadku, w celu zapewnienia dalszych oddziaływań wychowawczych i resocjalizacyjnych wskazane jest ustanowienie kuratora. Należy również poinformować Ośrodek Pomocy Społecznej, który powinien przeprowadzić wywiad środowiskowy i skierować do nieletniej wsparcie asystenta rodziny.
Sytuacja matki	Wychowanka placówki opiekuńczo-wychowawczej
Sytuacja dziecka	Możliwość pobytu w placówce razem z matką
Rozwiązania	Pozostawienie matki i dziecka w rodzimej placówce
Komentarz	Placówki opiekuńczo-wychowawcze często są niechętne do pozostawienia dziewcząt wraz z dziećmi u siebie. Jest to związane z następującymi czynnikami: <ul style="list-style-type: none"> - wychowanka posiada skierowanie do młodzieżowego ośrodka wychowawczego; - wychowanka sprawia duże trudności w codziennej pracy, pojawiają się wątpliwości co do jej dalszego funkcjonowania i wpływu na pozostałe dzieci w placówce; - brak odpowiednich warunków i zaplecza w samej placówce. <p>W przypadku, gdy wychowanka posiada skierowanie do MOW należy</p>

	<p>rozważyć (decyzja sądu rodzinnego) czy istnieje możliwość zamiany tego środka poprzez objęcie wychowanki kuratelą i pozostawienie jej w placówce opiekuńczo-wychowawczej.</p> <p>W pozostałych przypadkach należałoby zwiększyć oddziaływania wychowawcze (jeśli zawiodą zwrócić się do sądu rodzinnego) oraz dostosować placówkę do potrzeb wychowanki i dziecka – wychowanka MA PRAWO do pozostania w rodzinnej placówce i nie powinna być KARANA z powodu zajścia w ciężę koniecznością jej opuszczenia.</p>
Sytuacja matki	Dziewczyna przebywa w zaniedbanym środowisku rodzinnym
Sytuacja dziecka	Nie jest wskazany pobyt dziecka w środowisku rodzinnym matki, środowisko stanowi zagrożenie.
Rozwiązania	<p>Umieszczenie matki i dziecka w placówce opiekuńczo-wychowawczej.</p> <p>Umieszczenie matki i dziecka w specjalistycznej rodzinie zastępczej.</p> <p>Umieszczenie matki i dziecka w domu samotnej matki/ośrodka interwencji kryzysowej.</p>
Komentarz	Wskazane powyżej rozwiązania stanowią zabezpieczenie zarówno dla matki jak i jej dziecka. Można je zastosować we współpracy z sądem rodzinnym oraz właściwym dla miejsca pobytu matki powiatowym centrum pomocy rodzinie.

O czym warto pamiętać:

- nawet niedoskonałe prawo jest narzędziem w naszych rękach;
- matka i dziecko mają prawo do bycia razem i nie wolno rozdzielać ich jedynie ze względu na złożoność sytuacji;
- możliwość pobytu z matką w pierwszym okresie życia jest kluczowa dla rozwoju dziecka;
- przeszkody natury organizacyjnej są możliwe do pokonania pod warunkiem rzeczywistego zaangażowania wychowawców i opiekunów;
- ciąża i macierzyństwo mogą spowodować znaczące zmiany w zachowaniu i stylu życia nieletniej, dlatego też należy dać jej szansę opieki nad dzieckiem.

III. Budowanie relacji

Anna Gradkowska, Fundacja po DRUGIE
Agnieszka Sikora, Fundacja po DRUGIE

Budowanie relacji z nieletnią matką. Wytyczanie granic i ustalanie kontraktu

Podstawą do skutecznej pracy z podopieczną jest zbudowanie relacji, która opierać się będzie na zaufaniu i szacunku, jednak należy pamiętać, iż nie może to być relacja w pełni partnerska. Pracownik wspierający powinien pełnić rolę swego mentora, osoby wskazującej na rozwiązania, czasem również wymagającej określonych zachowań i egzekwującej je. Powinien zawsze uwzględniać stanowisko nastoletniego rodzica, jednak będzie je weryfikował w celu modelowania zachowań i postaw.

Jak budować relację z nastoletnią matką?

Bez wątplenia nie jest to sprawa prosta. Młode osoby przeżywające życiowe trudności, mające problemy w funkcjonowaniu społecznym, doświadczenia pobytu w instytucjach, kontaktów z pracownikami socjalnymi, kuratorami, funkcjonariuszami policji czy sędziami są zwykle nastawione negatywnie do tzw. wspierających dorosłych. W ich postawach pojawiać się będzie nieufność, niechęć, myślenie – „sama wiem co dla mnie najlepsze”, ale również próby obrony dotychczasowego stylu życia (wygodnego, prostego, znanego im, niewymagającego wysiłku lub jedynie takiego, któremu są w stanie sprostać). Dodatkowymi utrudnieniami jest lęk przed presją ze strony otoczenia (lub jej doświadczenie) i dotychczasowe porażki w próbach pokonywania trudności powodowanych nieplanowaną ciężką.

Podstawowym zadaniem osoby pracującej z nieletnią matką powinno być jej wspieranie, nie zaś wykonywanie działań, zadań w jej imieniu i wyręczenie jej.

Pierwszy kontakt

Jak wiadomo, pierwszy kontakt (wrażenie) może rzutować na jakość dalszych relacji. Dlatego też należy zwrócić szczególną uwagę na pierwsze spotkanie z przyszłą podopieczną oraz stworzyć dobre warunki zainicjowania relacji. Pracownik, który oferuje swoje wsparcie powinien więc:

1. **przedstawić się, opowiedzieć o swojej pracy i ofercie**, którą może skierować do rodzica (w pierwszym kontakcie warto koncentrować się na tym, w jakim zakresie pracownik może wesprzeć rodzica, nie zaś na sprawach związanych z jego kontrolowaniem) oraz dziecka;
2. **komunikować się prostym językiem**, który będzie zrozumiały dla rodzica – unikać formalnych sformułowań;
3. **prezentować przyjazne nastawienie**, tj. unikanie oceniania rodzica – raczej koncentracja na problemach, które ma do przezwyciężenia; wykazanie empatii – rozumiem, że ta sytuacja jest dla ciebie trudna, masz prawo czuć się bezradna, zmęczona; w żadnym wypadku nie powinien oceniać faktu, iż podopieczna jest matką – powinien przyjąć go i unikać komentowania;
4. **zaszczepiać nadzieję** – pozwolić odczuć młodej matce, iż kontakt z nim przyniesie poprawę i korzyści; należy jednak zachować wysoką ostrożność i nie czynić deklaracji, które nie będą możliwe do spełnienia;
5. **zadbać o odpowiedni strój** – osoba w garniturze, garsonce, wyglądająca formalnie może nie budzić pozytywnego nastawienia u osoby młodej;
6. **wykazać zainteresowanie sytuacją nastoletniego rodzica**, dopytać o problemy, występujące trudności;
7. postarać się **wskazać pozytywne strony sytuacji** czy mocne strony rodzica – np. dobrze, że dziecko ma swoje łóżeczko albo to bardzo dobrze o tobie świadczy, że karmisz piersią itp.
8. **umówić się na kolejny kontakt.**

Tajemnica

Dobrze, jeśli relacja pracownika wspierającego z młodą matką jest budowana na wzajemnym zaufaniu. Podopieczna powinna czuć się bezpiecznie w towarzystwie swojego opiekuna, powinna móc w sposób otwarty wyrażać swoje emocje, relacjonować trudności. Jedynie tak budowana relacja ma szansę przynieść pożądane efekty. Pracownik wspierający powinien zatem ustalić z podopieczną zasady dotyczące zachowania tajemnicy.

W tej sprawie pojawiają się jednak pewne ograniczenia. Z tajemnicy zwolnić może sama nieletnia i jej opiekun prawny. Istnieją także przesłanki do ujawnienia tajemnicy bez zgody. Zaproponowanie pełnej poufności ogranicza bowiem fakt, iż nieletnia znajduje się pod kontrolą pracownika wspierającego, który będzie miał obowiązek informowania sądu rodzinnego o przebiegu opieki nad dzieckiem i stylu życia nieletniej. Dodatkowo pracownik wspierający może być członkiem zespołu interdyscyplinarnego, który będzie omawiał sytuację nieletniej i jej dziecka. W czasie tych spotkań będzie zobowiązany do relacjonowania sytuacji w sposób rzetelny (pracownicy zespołu interdyscyplinarnego także zobowiązani są do zachowania poufności). W ramach współpracy z nieletnią mogą również pojawić się przesłanki zmuszające i zobowiązujące pracownika wspierającego do zgłoszenia naruszenia przepisów prawa (np. społeczny obowiązek zawiadomienia o przestępstwie ściganym z urzędu; przypadki, w których zachowanie tajemnicy może zagrażać życiu lub zdrowiu) – wówczas również nie może się on zasłaniać ustaloną z nieletnią zasadą poufności.

Dodatkową barierą w dochowaniu tajemnicy jest fakt, iż nieletnia posiadając będzie swojego opiekuna prawnego, który może oczekiwać pełnej informacji na jej temat, a pracownik wspierający jest zobowiązany jej udzielić.

Przestrzeganie tajemnicy powinno odbyć się w pełnej komunikacji z podopieczną. Pracownik wspierający powinien zobowiązać się do jej zachowania, ale jednocześnie omówić z nieletnią wyżej opisane sytuacje, które zwalniają do z milczenia. Warto szczególną uwagę poświęcić wyjaśnieniu nieletniej sposobu przekazywania

informacji innym osobom (opiekunowi prawnemu, instytucjom). Pracownik wspierający przed przekazaniem ich, może na przykład najpierw poinformować o formie i treści informacji nieletnią i przygotować na ewentualne konsekwencje.

Wskazane jest przygotowanie i podpisanie pisemnej deklaracji o zachowaniu tajemnicy. Dla nieletniej może to być istotny dokument utwierdzający ją, że może ufać swojemu opiekunowi. W dokumencie powinny zostać opisane sytuacje zwalniające opiekuna z zachowania tajemnicy.

Należy jednocześnie uświadomić nieletniej, że do zachowania tajemnicy zobowiązany jest jedynie pracownik wspierający. Ona sama ma pełne prawo do relacjonowania ich spotkań.

Kontrakt socjalny

Kontrakt socjalny jest uniwersalnym narzędziem w pracy z osobami przeżywającymi życiowe trudności. Pozwala na określenie problemów, które są do przezwyciężenia, umożliwia wskazanie celów jakie klient/podopieczny powinien osiągnąć i sposobów ich realizacji. Pozwala również na śledzenie postępów w pracy nad poprawą i zmianą. Jest przy tym narzędziem elastycznym, które może ulegać licznym modyfikacjom, co ułatwia dostosowanie narzędzi pracy i sposobów wsparcia do sytuacji osoby objętej kontraktem. Kontrakt określa ponadto ramy czasowe poszczególnych działań.

Jest rodzajem umowy, którą pracownik wspierający (wychowawca, pracownik socjalny) podpisuje w ramach wspólnych ustaleń z uczestnikiem – w tym przypadku nastoletnią matką. Mając na uwadze fakt, iż omawiane narzędzie kierujemy do osoby niepełnoletniej w proces tworzenia kontraktu należy zaangażować dodatkowo opiekuna prawnego nastoletniego rodzica, uzyskać jego zgodę i ustalić jego rolę jako wspierającą w realizacji postanowień. Opiekun powinien wówczas uczestniczyć zarówno w tworzeniu kontraktu jak i być stroną podpisującą i akceptującą jego treść.

W kontrakcie podpisywanym z udziałem opiekuna prawnego, można również uwzględnić konkretne zadania stojące przed nim i nałożyć na niego określone zobowiązania.

Zobowiązania stron kontraktu socjalnego	
<u>Pracownik wspierający / dodatkowo opiekun prawny</u>	<u>Osoba wspierana</u>
Zobowiązuje się do wspierania rodzica w realizacji kontraktu i pokonywaniu trudności; wskazuje narzędzia, które rodzic powinien wykorzystać w celu poprawy własnej sytuacji (np. urząd pracy, asystent rodziny itp.)	Zobowiązuje się do realizacji postanowień kontraktu.

Istotne jest również ustalenie uprawnień stron kontraktu. Powinny wśród nich znaleźć się takie kwestie jak:

- prawo do aktualizowania postanowień kontraktu realizowane poprzez ustalenia między stronami;
- prawo do uzyskiwania informacji przysługujące obu stronom;
- prawo do zmiany pracownika prowadzącego działania wobec nieletniej.

Strony powinny uzgodnić między sobą jakie konsekwencje poniosą w przypadku braku realizacji postanowień kontraktu. Wobec osoby objętej kontraktem (nieletniej matki), w chwili nierealizowania kontraktu powinny zostać skierowane inne formy wsparcia, ale osoba prowadząca (pracownik socjalny, wychowawca) powinna rozważyć czy nie zachodzi konieczność poinformowania sądu rodzinnego – zarówno ze względu na rodzica (np. w przypadku nadużywania substancji psychoaktywnych, braku realizacji obowiązku szkolnego, stosowania przemocy) jak i ze względu na jego dziecko.

O czym warto pamiętać tworząc kontrakt socjalny?

1. Kontrakt ma służyć wspieraniu rodzica w pełnieniu roli rodzicielskiej oraz prawidłowym funkcjonowaniu społecznym, jest swoistym drogowskazem sprzyjającym poprawie sytuacji rodzica. Nie może zawierać stwierdzeń piętnujących, zaniżających poczucie wartości, obrażających.
2. Zawarte cele muszą być realne do osiągnięcia we wskazanym w kontrakcie czasie – nie można tworzyć planu, który jest za trudny dla rodzica, przerasta jego możliwości lub wymaga od niego takich działań, które np. utrudniałyby opiekę nad dzieckiem.
3. Założenia i cele należy formułować w oparciu o mocne strony rodzica (np. zaradność, umiejętności interpersonalne, potencjał zawodowy).
4. Należy uwzględnić konieczność pełnienia opieki nad dzieckiem – tworzony plan nie może ograniczać realizacji obowiązków rodzicielskich, należy wziąć pod uwagę czy rodzic ma możliwość uzyskania dodatkowego wsparcia w zakresie opieki np. w czasie zaplanowanych działań (np. spotkań z terapeutą, warsztatów kompetencji rodzicielskich)
5. Należy mieć na uwadze wiek osoby, której dotyczy kontrakt. Oczekiwania i ustalenia powinny uwzględnić etap rozwoju na jakim znajduje się rodzic. Innymi słowy, nie można stawiać przed 16-letnią matką tych samych oczekiwań, które mogłyby dotyczyć dojrzałej kobiety.
6. Warto spytać o sprawy, które dla młodego rodzica są ważne, z których trudno będzie mu zrezygnować i wspólnie z nim zastanowić się nad tym jak pogodzić je (w jakim zakresie również ograniczyć) z obowiązkami rodzicielskimi.
7. Trzeba pamiętać, że młody rodzic żyje w określonym środowisku. Należy uwzględnić jaki wpływ może mieć środowisko (pozytywny, negatywny). Warto zwrócić uwagę zarówno na zagrożenia jak i mocne strony, i postarać się oprzeć postanowienia kontraktu na tym, co w środowisku rodzica będzie elementem wspierającym.
8. W kontrakcie należy uwzględnić również drugiego rodzica (jego prawa i obowiązki) – czy jest wspierający, czy posiada środki finansowe, czy i w jakim zakresie może pełnić rolę opiekuna dziecka oraz uregulowanie sytuacji między rodzicami dziecka.
9. Rodzic powinien czynnie uczestniczyć w tworzeniu kontraktu – na każdym etapie należy zatem uwzględnić jego opinie, pomysły, sugestie.
10. Kontrakt powinien być zaakceptowany przez rodzica. Tworzący go wspólnie z nim pracownik powinien upewnić się, że postanowienia kontraktu zostały prawidłowo zrozumiane.

Należy pamiętać, iż kontrakt socjalny jest jedynie narzędziem, które ma służyć poprawie sytuacji nieletniej matki. Ma on wspierać ją w dążeniu do poprawy własnej sytuacji. Sam fakt, iż kontrakt został spisany, jest weryfikowany to jedynie informacja na temat realizacji działań i postępów.

Istotne jest również, by tworząc kontrakt socjalny nie zapomnieć o własnych uwarunkowaniach – ograniczeniach czasowych, możliwościach i zaplanować działania z podopieczną w sposób, który dla pracownika wspierającego jest także możliwy do realizacji.

Wspieranie relacji matki i dziecka

Nieletnie dziewczęta sprawujące pieczę nad swoimi dziećmi – co zrozumiałe – są często poddane szczególnej obserwacji służb społecznych. Jest to związane zarówno z ich młodym wiekiem, ale zwykle wiąże się to ściśle z ich wcześniejszymi dokonaniem i obserwowaną demoralizacją oraz dysfunkcyjnym środowiskiem pochodzenia, również znajdującym się pod opieką i kontrolą służb. Dokonując oceny odnoszącej się do wypełniania przez nie funkcji rodzicielskich warto pamiętać o różnych czynnikach, które warunkować będą sposób sprawowania opieki i które mogą, ale nie muszą być oznaką niewłaściwego wypełniania przez nie roli matki.

Przede wszystkim warto pamiętać o tych czynnikach, które są niejako od dziewcząt niezależne, wśród nich w szczególności:

- młody wiek,
- doświadczenie wychowywania się w rodzinie dysfunkcyjnej,
- doświadczenie wychowywania się w instytucji,
- brak wystarczających środków finansowych,
- brak możliwości samodzielnego podejmowania decyzji.

Mając powyższe na uwadze należałoby w odpowiedni, ostrożny i wyważony sposób dokonywać oceny i formułować wnioski dotyczące pełnienia przez nieletnie

opieki nad dzieckiem. Warto również pamiętać, iż nie należy oceniać nieletniej według własnej miary i nie należy oczekiwać, iż będzie ona w ten sam sposób jak my sprawować opiekę nad dzieckiem czy dbać o jego otoczenie. Innymi słowy – jeśli ja kiedy mój syn był malutki codziennie kładłam mu pod głowę czystą, wyprasowaną, tetrową pieluszkę, fakt, iż nieletnia nie stosuje takiej metody nie oznacza, że nie dba o dziecko – możliwe na przykład, że nieletnia w ogóle nie prasuje. Podobnie może być z wyparzaniem butelek, smoczków czy nawet liczbą codziennych spacerów.

Poniżej znajduje się zestawienie symptomów, zachowań, sytuacji i okoliczności, które powinny zwrócić uwagę służb jako niepokojące, jak również tych, które mogą stanowić o potencjale nieletniej matki.

Objawy niepokojące (wymagające uwagi) – przykłady

- Widoczne ślady (siniaki, rany, zadrapania) na ciele dziecka; zbyt niska masa ciała – wszelkie czynniki, które mogłyby wskazywać na zachowania przemocowe lub zaniedbania.
- Brak właściwej dokumentacji lekarskiej (można to zweryfikować sprawdzając książeczkę zdrowia dziecka) oraz wiedzy matki na temat stanu zdrowia dziecka.
- Brak odpowiedniej higieny (warto pamiętać, że nieletnie będą inaczej podchodzić do kwestii higieny i czystości, nie wszystkie symptomy należy zatem uznawać za niepokojące, niektóre mogą wynikać z braku wiedzy, umiejętności i są możliwe do skorygowania; nie należy również oczekiwać, iż nieletnia będzie podchodzić do spraw związanych z czystością i higieną tak samo jak my).
- Zbyt gwałtowne reakcje matki na zachowania dziecka – krzyk, szarpanie, odpychanie, ściskanie, potrząsanie.

Objawy niepokojące c.d.

- Brak odpowiedniego zabezpieczenia dziecka – np. odkładanie go w miejscu, w którym narażone jest na upadek (może to być jendak zachowanie wynikające z braku wyobraźni, nie beztroski i może ulec korekcie; w takich przypadkach ważna jest również reakcja matki na skierowaną do niej uwagę).
- Niewprowadzanie zmian w postępowaniu – np. niestosowanie się do zaleceń lekarskich czy wskazówek pracownika wspierającego.
- Apatyczne zachowanie dziecka.

Objawy wskazujące na potencjał opiekuńczy / zaangażowanie – przykłady

- Reagowanie na potrzeby dziecka, czujne obserwowanie dziecka.
- Dopytywanie dorosłych o sprawy dotyczące dziecka – zdrowia, karmienia, snu etc.
- Okazywanie czułości, przytulanie, całowanie, inne pieszczoty.
- Rozmawianie z dzieckiem. Stymulowanie rozwoju.
- Gotowość do korygowania własnych zachowań, korzystanie z uwag dorosłych i specjalistów.
- Dbłość o stan zdrowia, higienę, odpowiednie ubranie itp.
- Żywe, pozytywne reakcje emocjonalne dziecka na matkę i matki na dziecko.
- Spójne zachowanie matki – to o czym mówi jest adekwatne do jej zachowania wobec dziecka.
- Budowanie przez matkę planów dotyczących przyszłego zabezpieczenia dziecka (np. staranie się o miejsce w żłobku).
- Podejmowanie współpracy z przedstawicielami służb integracji społecznej – np. asystentem rodziny.
- Zachowania świadczące o chęci i potrzebie chronienia dziecka, poświęceniu dla dziecka.
- Rezygnowanie z niektórych przyjemności na rzecz opieki nad dzieckiem, traktowanie spraw dziecka jako znaczące.
- Uważne gospodarowanie środkami finansowymi uwzględniające potrzeby dziecka.

Objawy wskazujące na potencjał opiekuńczy / zaangażowanie c.d.

- Dbanie o społeczne otoczenie dziecka (np. matka nie chce by dziecko znajdowało się w towarzystwie osób nietrzeźwych).
- Dbanie o fizyczne otoczenie (organizowanie przestrzeni i wyposażenia z dbałością o bezpieczeństwo i rozwój dziecka).
- Powstrzymywanie się/rezygnacja z używek przez matkę.

Pryncypia postępowania z nieletnimi z doświadczeniem przedwczesnego macierzyństwa

*Agnieszka Sikora, Fundacja po DRUGIE
Renata Szczepanik, Uniwersytet Łódzki*

Jakość nieletniego macierzyństwa jest ściśle powiązana z doświadczeniami z okresu dzieciństwa i wczesnej adolescencji dziewcząt. Ich konsekwencje są widoczne zarówno w zaburzonym zachowaniu dziewcząt, jak i mogą negatywnie rzutować na pełnienie zadań rodzicielskich. Dlatego też istotnym wydaje się objęcie oddziaływaniem wielu sfer funkcjonowania nieletnich matek i współwystępowanie różnorodnych form i zakresów pracy z nimi.

Wsparcie terapeutyczne

Niezbędnym elementem pracy z tymi nastoletnimi matkami, które wywodzą się ze środowisk zdemoralizowanych winny być oddziaływania terapeutyczne. Problem urazowych doświadczeń w dzieciństwie, wiktylizacji zwłaszcza na tle nadużyć seksualnych i maltretowania jest niemal wszechobecny w życiu młodych kobiet z etykietą demoralizacji. W jego następstwie może dochodzić do wielu negatywnych zachowań, zarówno autodestrukcyjnych, jak i w odniesieniu do swojego macierzyństwa i dziecka.

Trening właściwej opieki i pielęgnacji dziecka

W pracę z nieletnimi matkami wpisywać się powinien trening właściwej opieki i pielęgnacji dziecka. W procesie wsparcia nauki „bycia mamą” nastolatek, szczególnie tych, które nie wyniosły z domów rodzinnych właściwych wzorców, powinno się uzupełniać deficyty socjalizacji rodzinnej w zakresie kultury zdrowotnej, w tym również określone nawyki higieny i codziennej toalety.

Psychoedukacja w zakresie zachowań seksualnych i zdrowia reprodukcyjnego

Niewątpliwie ważny element stanowić muszą zajęcia psychoedukacyjne w zakresie zachowań seksualnych i zdrowia reprodukcyjnego. Edukacja seksualna powinna wyposażać nastoletnie matki w rzetelną wiedzę nie tylko z zakresu aktywności seksualnej człowieka, ale również kształtować właściwe postawy wobec własnej seksualności. Rolą edukacji seksualnej jest również wyposażenie w kompetencje chroniące nieletnie przed doznawaniem przemocy fizycznej i seksualnej w relacjach z partnerami. Dlatego też istotne jest podjęcie oddziaływań wspierających kształtowanie kompetencji społecznych w zakresie radzenia sobie w warunkach bliskiego kontaktu interpersonalnego, w sytuacjach wymagających asertywności oraz w sytuacjach ekspozycji społecznej.

Troska o rozwój psychiczny i emocjonalny nastolatki

Postępowanie z nieletnimi matkami powinno być nacechowane troską o ich rozwój i dlatego należy uwzględniać ich naturalne potrzeby psychospołeczne charakterystyczne dla okresu adolescencji. Intensywne wdrażanie i oczekiwanie od nastolatek podjęcia „dorosłych zachowań”, nacechowanych odpowiedzialnością i licznymi ograniczeniami roli społecznej kobiety, może powodować postrzeganie przez nią swojego macierzyństwa przez pryzmat jedynie problemów i barier. Negatywne

nastawienie wobec swojego macierzyństwa stwarza ryzyko ucieczki – zarówno w wymiarze fizycznym (porzucenie dziecka), jak i psychologicznym (dystans emocjonalny). Sytuacja taka może również skutkować dalekosiężnymi psychospołecznymi konsekwencjami wysokiego poziomu stresu w życiu dorosłym, w konsekwencji poczucia „niespełnienia się w roli dziecka”, odczuwanego cierpienia, poczucia straty własnego dzieciństwa itp.

Stworzenie warunków dla edukacji szkolnej i osiągnięcia celów zawodowych

Istotnym elementem wsparcia nieletnich matek jest pomoc w kontynuacji przez nie nauki szkolnej i zawodu. Ta sfera rozwoju nastoletniej matki (i co się z tym wiąże – przygotowanie jej do podjęcia pracy) jest poważnie zagrożona. Stworzenie warunków, w których mogłaby ona zdobyć dostateczne kompetencje i kwalifikacje pozwalające na aktywność zawodową, stanowi ważny czynnik w procesie zapobiegania jej (przyszłemu) wykluczeniu i marginalizacji społecznej.

Praca z otoczeniem nastoletniej matki

Należy uwzględnić fakt, iż nieletnia przebywa w określonym środowisku lub ma z nim ścisły kontakt. Warto tworząc plan pracy z matką mieć na uwadze także osoby, z którymi jest związana i zadbać, by zostały poddane odpowiednim oddziaływaniom. Diagnozy i idących za nią działań wymaga więc zarówno rodzina pochodzenia, relacja z partnerem i otoczeniem rówieśniczym.

Załącznik I

Przebieg ciąży

Małgorzata Darmas, Fundacja Rodzić po Ludzku

Dwie kreski na teście ciążowym wywołują u kobiety często radość i ekscytację, gdy jest to ciąża planowana i chciana, jednak bywa, że są źródłem strachu i niepokoju, zwłaszcza, jeśli nie planowała zostać mamą, a dodatkowo jest nastolatką. W każdej jednak sytuacji oznacza to 9 miesięcy oczekiwań i przygotowań kobiety do spotkania z jej dzieckiem, ale i z nią samą w nowej roli.

Każda ciąża może przebiegać zupełnie odmiennie, jednak z całą pewnością nastąpią duże zmiany w ciele i samopoczuciu kobiety; jednych będzie się zapewne spodziewać, inne ją zaskoczą. Ciąża nieletniej jest z natury obarczona większym ryzykiem, ze względu na niedojrzałość organizmu dorastającej kobiety. Dziewczyna nie jest do niej przygotowana. Rosnące w niej dziecko ma wielkie potrzeby, a przecież jej organizm również się jeszcze rozwija. To może być przyczyną niedorozwoju fizycznego płodu. Najczęstszymi powikłaniami u nieletnich ciężarnych są poronienia, anemia, zatrucia ciążowe objawiające się białkomoczem, nadciśnieniem, obrzękami, a to zwiększa ryzyko przedwczesnego porodu (pomiędzy 23 a 37 tygodniem ciąży) i przyjścia na świat noworodka z niską masą urodzeniową.

Jak przebiega ciąża i na co zwrócić uwagę w poszczególnych jej okresach?

I trymestr (ok. 1 – 13 tydzień)

Lekarze i położne operują raczej tygodniami w odniesieniu do przebiegu ciąży. Przeciętna ciąża trwa zazwyczaj 40 tygodni, ale liczenie ich zaczyna się pierwszego dnia ostatniej miesiączki. Owulacja i poczęcie z kolei następuje dwa tygodnie później (jeśli miesiączki są regularne), czyli właściwie w ciążę „zachodzi się” w trzecim tygodniu ciąży.

W 4 tygodniu dochodzi do zagnieżdżenia zapłodnionej komórki jajowej (czyli zygoty) w macicy. Po jakimś czasie podzieli się ona na dwie części – z jednej połowy powstanie w przyszłości dziecko, druga zaś zostanie łożyskiem, czyli życiodajnym tworem na czas życia płodowego dziecka. Teraz zagnieżdżony zarodek będzie intensywnie zajmował się wzrostem, choć na razie jest wielkości ziarnka maku.

Co kobieta może odczuwać?

U niektórych kobiet w chwili zagnieżdżenia się komórki jajkowej w jamie macicy (a więc ok. 4 tygodnia od zapłodnienia) może pojawić niewielkie plamienie. Często pierwszą oznaką ciąży są zmiany w obrębie piersi – są pełne, ciężkie, napięte, stają się wrażliwe, a otoczki brodawek przyciemniają się. Czasami w początkach ciąży pojawia się uczucie wzdęcia, zmęczenia, wzmożona senność, częstsze oddawania moczu, nadmierne wydzielanie śliny, większa wrażliwość na zapachy, zgaga, niestrawność. Często dolegliwością są nudności z wymiotami lub bez. Nudności i mdłości można łagodzić następująco:

- sucha przekąska przed wstaniem z łóżka (np. wafle ryżowe);
- herbata imbirowa w ciągu dnia (kawałek imbiru zalać gorącą wodą);
- odpowiednie nawodnienie (ok. 1,5 litra wody dziennie).

Zmianom w ciele towarzyszą często zmiany w odczuciach psychicznych: niestabilność emocjonalna, porównywalna do stanu napięcia przedmiesiączkowego, na którą mogą się składać huśtawki nastrojów, rozdrażnienie, nieracjonalność, niewytłumaczalna płaczliwość. Jeśli kobieta podejrzewa, że jest w ciąży lub zrobiła test ciążowy, który okazał się pozytywny, powinna wybrać się do lekarza w celu potwierdzenia ciąży. To także dobry moment, aby wybrać lekarza ginekologa prowadzącego ciążę. W obecnym stanie prawnym taką osobą w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego może być również położna, jednak jeszcze niewiele położnych to robi, dlatego należy zorientować się w swojej przychodni, czy jest taka możliwość.

Pierwsza wizyta powinna się odbyć do 10. tygodnia ciąży. Trzeba pamiętać, że każda kobieta w Polsce, która jest obywatelką Polski i ma tu miejsce zamieszkania, ma prawo do bezpłatnej opieki przez cały okres ciąży i 6 tygodni po porodzie. Do tego nie jest potrzebne ubezpieczenie zdrowotne!

Co powinno zaniepokoić?

Należy natychmiast skontaktować się z lekarzem, gdy wystąpią któreś z poniższych objawów:

- obfite krwawienie albo krwawienie, któremu towarzyszą skurcze lub silny ból w dolnej części podbrzusza;
- silny ból w podbrzuszu;

- nagłe uczucie pragnienia, zmniejszenie oddawania moczu lub nie oddawanie moczu cały dzień;
- gorączka powyżej 38,5 stopnia C;
- zaburzenia widzenia trwający dłużej niż kilka minut;
- krwista biegunka;
- silny lub długotrwały ból głowy (dwie lub trzy godziny);
- narastające obrzęki twarzy, dłoni i powiek, którym towarzyszą bóle głowy, zaburzenia widzenia albo nagły znaczny przyrost masy ciała niewynikający z przejedzenia;
- krew w moczu;
- ból lub pieczenie w czasie oddawania moczu;
- omdlenia lub zawroty głowy;
- swędzenie całego ciała, połączone lub nie z oddawaniem ciemniejszego moczu, jasnych stolców, zażółcenie skóry i białek oczu.

Wraz z końcem pierwszego trymestru zazwyczaj mijają pierwsze dolegliwości, jak mdłości, zgaga czy zaparcia, choć u niektórych kobiet pozostają one przez całą ciążę. W 10 tygodniu płód jest już wielkości suszonej śliwki i zaczyna szybko rosnać. W 12 tygodniu płód waży już ok. 14 g i ma ok. 6,3 cm długości (od czubka głowy do pośladków). Większość układów w jego organizmie jest już w pełni ukształtowana, jednak wiele narządów musi dojrzeć. Pod koniec pierwszego trymestru ciąży płód przybiera już rozmiar brzoskwini.

Między 11. a 14. tygodniem ciąży zleca się pierwsze badanie USG, na którym będzie można zobaczyć już swoje dziecko, a przynajmniej duży jego zarys i poszczególne kształty. Być może uda się również usłyszeć bicie serca dziecka, choć nie zawsze jest to możliwe. Na pewno można je usłyszeć dzięki aparatowi Dopplera, które zawsze ma lekarz położnik bądź położna. Sytuacja taka niewątpliwie może sprzyjać kształtowaniu się prawidłowego stosunku do ciąży i swojego przyszłego macierzyństwa nastoletnich kobiet. Nie należy jednak oczekiwać, że bezwzględnie dla wszystkich z nich będzie to wyjątkowa chwila. Tworzenie warunków sprzyjających akceptacji ciąży i właściwego stosunku do przyszłego macierzyństwa nie oznacza wywierania na dorastającej kobiecie presji konieczności traktowania podobnych doświadczeń jako radosnych.

II trymestr (ok. 14 – 27 tydzień)

W tym okresie widoczne zaczynają być zmiany ciała. Brzuch zaczyna się coraz wyraźniej zaokrąglać i dla nastolatek może to stanowić źródło szczególnego stresu i frustracji. Trzeba pamiętać bowiem o tym, że dorastające kobiety pozostają pod bardzo silną presją atrakcyjnego (szczupłego) wyglądu.

W 14. tygodniu płód jest już wielkości zaciśniętej pięści, a w 17. jest już wielkości dłoni. Około 19. tygodnia płód wielkością przypomina mango. Między 21. a 26. tygodniem wykonuje się drugie obowiązkowe USG, w czasie którego zapewne będzie już można poznać płeć dziecka, jeśli kobieta tego chce. Około 22. tygodnia osiąga już wagę połowy kilograma i ma wielkość małej lalki. Między 21. a 26. tygodniem ciąży lekarz bądź położna powinni skierować kobietę do położnej z podstawowej opieki zdrowotnej (nie musi to być położna z przychodni rodzinnej, warto znaleźć osobę godną zaufania). Kobieta ma prawo do tych wizyt, mimo, że lekarze rzadko je o tym informują. Ta położna przyjdzie do kobiety już po porodzie w ramach wizyt patronażowych, ale już w czasie ciąży być może będzie mogła odpowiedzieć na nurtujące kobietę pytania, przygotować do karmienia, udzielić innego wsparcia, dlatego warto zastanowić się, czy nie skorzystać z tych wizyt.

Co kobieta może odczuwać?

Niektóre dolegliwości z pierwszego trymestru ciąży miną, inne zmniejszą swoją intensywność, a jeszcze inne nadal będą towarzyszyć kobiecie. Cięża to przede wszystkim burza hormonów, co może wywoływać irytujące roztargnienie i kłopoty z koncentracją.

Z punktu widzenia nastoletniej dziewczyny II trymestr może wywołać szczególny kryzys. Co prawda często mijają lub słabną dolegliwości fizyczne, ale wyraźne zmiany ciała powodują, że dopiero teraz zaczyna ona zdawać sobie sprawę, że naprawdę jest w ciąży. Może to być źródłem radości, często jednak przynosi frustrację, a czasami wywołuje strach i wzmaga niepokój. Zmianom ciała towarzysza również reakcje otoczenia. Cięża trudna jest do ukrycia i staje się łatwo widocznym faktem. Co więcej, wiele osób pozwala sobie na przekraczanie granic cielesności i dotyka brzucha kobiety bez pytania jej o zgodę, traktując go jakby był osobnym przedmiotem, a nie częścią ciała drugiej osoby.

II trymestr to także czas, kiedy zazwyczaj nastolatka zacznie odczuwać pierwsze ruchy dziecka (mniej więcej około piątego miesiąca). To kolejny przełomowy moment dla nastolatki, bo to, co do tej pory było nadal dość abstrakcyjne, teraz staje się namacalne i realne. Warto

zaznaczyć, że dla niektórych kobiet jest to trudne przeżycie, bo mają wrażenie, jakby ich brzuch zamieszkiwał ktoś „obcy”. Im brzuch staje się większy, mogą pojawić się takie dolegliwości, jak bóle pleców, zwłaszcza w dolnym odcinku kręgosłupa, rozstępy, uwypuklenie pępka, skurcze mięśni nóg, świąd skóry brzucha, trudności ze spaniem, białawe upławy pochwowe. Niektóre kobiety w tym czasie czują ogromny przypływ energii, już rzadziej odczuwają zmienność nastrojów.

To także dobry moment, by rozważyć, czy nie warto zapisać się do szkoły rodzenia. W niektórych miastach szkoły rodzenia są finansowane przez miasto. Warto dowiedzieć się, jak to wygląda w danym miejscu zamieszkania.

Od 6 miesiąca ruchy dziecka stają się coraz wyraźniejsze i bardziej odczuwalne. Płód podwaja swoją masę i pod koniec drugiego trymestru waży już około 1 kg. Wejście w trzeci trymestr zbliża kobietę i jej dziecko wielkimi krokami do finału – czyli porodu.

III trymestr (ok. 28 - 40 tydzień)

W ostatnim okresie ciąży brzuch jest coraz większy i może powodować dyskomfort i trudności w poruszaniu się czy spaniu.

Co kobieta może odczuwać?

W trzecim trymestrze ruchy płodu są już coraz częstsze i intensywniejsze, szczególnie pod koniec dnia, choć u każdej kobiety wygląda to inaczej. W tym okresie mogą też nasilić się białawe upławy pochwowe, mogą pojawić się lub zwiększyć skurcze mięśni nóg, bóle pleców, obrzęk kostek i stóp, a czasami twarzy i rąk. Żylaki nóg, hemoroidy, świąd brzucha, rozstępy, skrócony oddech, zmęczenie, powiększone piersi to także typowe objawy, które mogą towarzyszyć końcówce ciąży, choć u każdej kobiety pojawiają się z różną intensywnością, a u niektórych nie występują wcale. W trzecim trymestrze mogą pojawić się skurcze Braxtona-Hicksa, tzw. przepowiadające, które nie są jednak jeszcze początkiem porodu. Zazwyczaj są one bezbolesne, na początku mogą być sporadyczne, po czym mogą przybierać na częstotliwości.

W 28. tygodniu płód osiąga już długość ciała bardzo zbliżoną do tej, jaką będzie miał w chwili przyjścia na świat, jednak musi się jeszcze sporo rozwinąć. Masa jego ciała się podwoi, a może nawet potroi. Około 31. tygodnia płód waży już ok. 1500 g. Od ósmego miesiąca ciąży

płód zajmuje już bardzo dużo miejsca w macicy, stąd każde kopnięcie płodu kobieta może odczuwać jako bardzo nieprzyjemne.

Plan porodu

40. tydzień uznaje się „książkowo” za ten kończący ciążę, choć statystycznie około połowa wszystkich ciąż trwa dłużej niż 40 tygodni, głównie z tego powodu, że mogły nastąpić omyłki w wyliczeniu terminu porodu, dlatego nie należy się martwić, jeśli przekroczono 41. tydzień i nic się nie dzieje. Wyznaczony „termin porodu” jest tylko datą orientacyjną.

Pierwsza faza porodu często przebiega w sposób niezauważalny. Szyjka macicy mięknie i rozszerza się, choć kobieta tego nie czuje. Jeśli odszedł czop śluzowy, jest to informacja, że coś zaczęło się dziać. O szczegółach związanych z tym, kiedy zaczyna się poród, kiedy jechać do szpitala, a kiedy można jeszcze poczekać w domu, co powinno zaniepokoić, z pewnością kobieta dowie się na zajęciach szkoły rodzenia lub od położnej. Warto zebrać te informacje, aby wiedzieć, co może zwiastować spotkanie w niedługim czasie ze swoim dzieckiem.

Usługi doula

Ważne jest, by w okresie, jakim jest poród nastoletnia ciężarna była otoczona szczególnym wsparciem. Dobrym rozwiązaniem może okazać się skorzystanie z usług douli.

Doula to wykształcona i doświadczona również w swoim macierzyństwie kobieta, zapewniająca ciągłe niemedyczne, fizyczne, emocjonalne i informacyjne wsparcie dla matki i rodziny na czas ciąży, porodu i po porodzie. Okazuje się, że kobiety rodzące z kimś, w kim miały ciągłe oparcie i pomoc, rodziły szybciej, rzadziej sięgały po znieczulenia farmakologiczne, rzadziej dochodziło też do porodu indukowanego i zakończonego kleszczowo lub cięciem cesarskim. Niektóre doule współpracują z domami samotnej matki, inne być może gotowe by były na pracę por bono. W każdym razie może to okazać się dobrym rozwiązaniem dla samotnej ciężarnej, szczególnie nastolatki. Taka doula może być wsparciem zarówno już na etapie ciąży, jak i porodu, a także udzielić informacji i wsparcia po porodzie. Może się to okazać niezwykle cenne i być może warto nawiązać taki kontakt.

W Polsce od 2011 roku działa Stowarzyszenie DOULA, które zrzesza i kształci wysoko wykwalifikowane doule (wszystkie informacje można znaleźć na stronie Stowarzyszenia <http://www.doula.org.pl/>). Tam również znajduje się lista doul z całej Polski wraz z kontaktami do nich, w ten sposób można znaleźć doułę ze swojej okolicy).

Dieta w trakcie ciąży

Zdrowa i dobrze zbilansowana dieta ma wpływ na wiele czynników: jest zwiększone prawdopodobieństwo, że dziecko przyjdzie na świat z prawidłową masą urodzeniową oraz zmniejszone jest zagrożenie wystąpienia pewnych wad wrodzonych. Ponadto, to, co kobieta je w czasie ciąży, będzie miało wpływ na nawyki żywieniowe dziecka po urodzeniu. Wartościowe jedzenie zwiększa prawdopodobieństwo prawidłowego przebycia ciąży, pomaga osiągnąć stan równowagi emocjonalnej, zwiększa szanse na terminowy poród oraz na szybszy powrót do sił po porodzie.

Nie oznacza to jednak, że od teraz trzeba wybierać same produkty ekologiczne czy pozbyć się z szafki czekolady. Nic się nie stanie, jak od czasu do czasu kobieta zje frytki czy ciastko. Po prostu warto zwrócić uwagę na to, co się je, ile i jak często i ewentualnie szukać jakiś zamienników (zamiast smażonych frytek można zjeść pieczone frytki z batatów, a zamiast napoju gazowanego wypić koktajl owocowy).

Główna zasada żywieniowa w czasie ciąży brzmi, aby jeść dla dwojga, a nie za dwoje. Nie trzeba się objadać, choć zapotrzebowanie na kalorie z każdym miesiącem będzie się zwiększało, warto jednak wybierać produkty bogate w potrzebne składniki i minerały, a nie w puste kalorie.

Dieta powinna być różnorodna – zarówno na przestrzeni tygodnia, jak i w ramach każdego posiłku. Przynajmniej dwa razy w tygodniu na talerzu powinna znaleźć się ryba, warto sięgnąć także po nasiona roślin strączkowych. Dzień powinien składać się z produktów z różnych grup: przynajmniej 3 razy warzywa, 3 razy produkty zbożowe, 1-2 razy owoce, przynajmniej 1 raz nabiał i 1 raz produkty będące źródłem białka: ryby, mięso, jaja lub nasiona roślin strączkowych.

Warto, aby posiłki stały się regularne. Lepiej jeść mało, ale często. Oprócz najważniejszego posiłku, jakim jest śniadanie, powinno się zjeść kolejne 3-4 posiłki co trzy-cztery godziny. Kolacja najlepiej jakby była na 3 godziny przed pójściem spać. Warto także jeść świeże potrawy, nie odgrzewać ich w mikrofalce i koniecznie pamiętać o myciu warzyw i owoców.

Niektóre produkty powinny być całkowicie wyeliminowane z diety ciężarnej, np. cukry proste (glukoza, sacharoza), słodzone napoje gazowane, fast food czy alkohol.

Trzeba odpowiednio nawadniać organizm, wypijając przynajmniej 1,5 litra wody każdego dnia, najlepiej wodę mineralną niskosodową. Nie trzeba eliminować z menu kawy czy herbaty, ale należy zmniejszyć ich ilość. Herbata także zawiera kofeinę!

Co można, czego lepiej unikać w czasie ciąży?

Produkty, które należy ograniczyć w czasie ciąży:

- cukier prosty
- kofeina
- soja
- czekolada
- przyprawy
- konserwy
- wędzone ryby, mięsa i sery
- produkty wysoko przetworzone, zawierające wiele chemicznych dodatków

Produkty, które należy wykluczyć z diety w czasie ciąży:

- alkohol
- aloes
- surowe mięso, ryby, jaja oraz mleko
- sery pleśniowe produkowane z niepasteryzowanego mleka
- fast food
- zawierające glutaminian sodu
- herbaty z liści malin i poziomki (unikać do 32. tygodnia ciąży)
- orzeszki ziemne i masło orzechowe – unikać, bardzo często są zanieczyszczone toksynami

Picie alkoholu w czasie ciąży

Należy jasno powiedzieć, że w ciąży nie ma bezpiecznej ilości wypitego alkoholu! Każdy kieliszek może zaburzyć rozwój dziecka, ponieważ alkohol przenika przez łożysko w takim samym stężeniu, w jakim występuje we krwi matki.

Czasami kobiety martwią się, że piły alkohol, zanim odkryły, że są w ciąży. Ryzyko rozwinięcia się wad rozwojowych na tym etapie jest niewielkie, pod warunkiem, że od tego momentu odstawi się alkohol. Nie należy się także tym stresować. Jednak warto postawić na zdrowy tryb życia i wykluczenie używek na czas ciąży.

Nadużywanie alkoholu w czasie ciąży może spowodować nie tylko wiele poważnych komplikacji, lecz prowadzi także do płodowego zespołu alkoholowego (ang. fetal alcohol syndrome, FAS). Sprawia on, że dzieci rodzą się z niską masą urodzeniową, często z niedorozwojem umysłowym, deformacjami, wadami serca i ośrodkowego układu nerwowego; jest także przyczyną wysokiej śmiertelności niemowląt. U niektórych dzieci spożywanie alkoholu przez matkę w czasie ciąży ma wpływ także na ich późniejszy rozwój – nadruchliwość, nadmierna pobudliwość, nadwrażliwość na bodźce, upośledzone funkcje poznawcze, trudności z oceną sytuacji, mogą pojawić się problemy w szkole.

Palenie papierosów

Nie ma żadnych dowodów na to, że palenie przed zajściem w ciążę będzie miało negatywny wpływ na rozwijający się płód. Jednak udowodnione jest, że palenie papierosów, szczególnie w pierwszym trymestrze ciąży, szkodzi nie tylko matce, ale i dziecku. Gdy kobieta pali, płód zamknięty jest w macicy wypełnionej dymem. Jego serce bije szybciej, może dojść do niedotlenienia.

Inne używki

Nie ma dowodów, aby np. palenie marihuany przed ciążą miało negatywny wpływ na samą ciążę, jednak gdy kobieta już jest w ciąży, powinna z niego zrezygnować. Wiadomo jest, że substancje pochodzące z marihuany przenikają przez łożysko. Lepiej traktować marihuanę jak każdy narkotyk i bezwzględnie odstawić. Nie należy się stresować tym, jak w przeszłości wyglądał styl życia, czy pojawiały się papierosy lub narkotyki, ale sięganie po te substancje w czasie ciąży może być bardzo niebezpieczne.

Korzystanie ze świadczeń opieki zdrowotnej

W rozporządzeniu Ministra Zdrowia znajduje się szczegółowy opis badań i procedur jakim powinna poddać się każda kobieta w trakcie ciąży, w celu stałej kontroli swoje zdrowia i zdrowia płodu. Warto zapoznać się z tymi wytycznymi:

Termin badania	Świadczenia profilaktyczne wykonywane przez lekarza lub położną i działania w zakresie promocji zdrowia	Badania diagnostyczne i konsultacje medyczne
Do 10 tygodnia ciąży	<ol style="list-style-type: none"> 1. Badanie ogólne podmiotowe i przedmiotowe 2. Badanie we wzorniku i zestawione 3. Pomiar ciśnienia tętniczego krwi 4. Badanie gruczołów sutkowych 5. Określenie wzrostu i masy ciała 6. Ocena ryzyka ciążowego 7. Propagowanie zdrowego stylu życia, w tym zdrowia jamy ustnej 8. Przekazanie informacji o możliwości wykonania badania w kierunku wad uwarunkowanych genetyczne 9. W przypadku opieki sprawowanej przez położną obowiązkowa konsultacja lekarza specjalisty w dziedzinie położnictwa i ginekologii 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Grupa krwi i Rh 2. Przeciwciała odpornościowe 3. Morfologia krwi 4. Badanie ogólne moczu 5. Badanie cytologiczne 6. Badanie czystości pochwy 7. Badanie stężenia glukozy we krwi na czczo 8. VDRL 9. Badanie stomatologiczne, uwzględniające ocenę stanu zdrowia jamy ustnej, określenie potrzeb profilaktyczno-leczniczych i ustalenie planu leczenia 10. Badanie HIV i HCV 11. Badanie w kierunku toksoplazmozy (IgG, IgM) i różyczki
11 – 14 tydzień ciąży	<ol style="list-style-type: none"> 1. Badanie ogólne podmiotowe i przedmiotowe 2. Badanie we wzorniku i zestawione 3. Pomiar ciśnienia tętniczego krwi 4. Pomiar masy ciała 5. Ocena ryzyka ciążowego 6. Propagowanie zdrowego stylu życia, w tym zdrowia jamy ustnej 7. Kontrola stanu zdrowia jamy ustnej 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Badanie ultrasonograficzne 2. Badanie ogólne moczu 3. Badanie cytologiczne, jeśli nie było wcześniej wykonane w okresie ciąży
15 – 20 tydzień ciąży	<ol style="list-style-type: none"> 1. Badanie ogólne podmiotowe i przedmiotowe 2. Badanie we wzorniku i zestawione 3. Pomiar ciśnienia tętniczego krwi 4. Pomiar masy ciała 5. Ocena ryzyka ciążowego 6. Propagowanie zdrowego stylu życia, w tym zdrowia jamy ustnej 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Morfologia krwi 2. Badanie ogólne moczu 3. Badanie czystości pochwy 4. Badanie cytologiczne, jeśli nie było wcześniej wykonane w okresie ciąży
21 – 26 tydzień ciąży	<ol style="list-style-type: none"> 1. Badanie ogólne podmiotowe i przedmiotowe 2. Badanie we wzorniku i zestawione 3. Ocena czynności serca płodu 4. Pomiar ciśnienia tętniczego krwi 5. Pomiar masy ciała 6. Ocena ryzyka ciążowego 7. Propagowanie zdrowego stylu życia, w tym zdrowia jamy ustnej 8. Kontrola stanu zdrowia jamy ustnej 9. Praktyczne i teoretyczne przygotowanie do porodu, położenia, karmienia piersią i rodzicielstwa w formie grupowej lub indywidualnej 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Badanie stężenia glukozy we krwi po doustnym podaniu 75g glukozy (w 24-28 tygodniu ciąży) – dwukrotne oznaczenie stężenia glukozy: przed podaniem glukozy (na czczo) oraz po 2 godzinach od podania glukozy 2. Badanie ultrasonograficzne 3. Badanie ogólne moczu 4. Przeciwciała anty-Rh u kobiet z Rh (-). 5. U kobiet z ujemnym wynikiem w I trymestrze – badanie w kierunku toksoplazmozy 6. Badanie cytologiczne, jeśli nie było wcześniej wykonane w okresie ciąży
27 – 32 tydzień ciąży	<ol style="list-style-type: none"> 1. Badanie ogólne podmiotowe i przedmiotowe 2. Badanie we wzorniku i zestawione 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Morfologia krwi 2. Badanie ogólne moczu

	<ol style="list-style-type: none"> 3. Ocena czynności serca płodu 4. Pomiar ciśnienia tętniczego krwi 5. Pomiar masy ciała 6. Ocena ryzyka ciążowego 7. Propagowanie zdrowego stylu życia, w tym zdrowia jamy ustnej 8. Praktyczne i teoretyczne przygotowanie do porodu, połogu, karmienia piersią i rodzicielstwa w formie grupowej lub indywidualnej 	<ol style="list-style-type: none"> 3. Przeciwciała odpornościowe 4. Badanie ultrasonograficzne 5. W przypadku występowania wskazań – podanie globuliny anty-D (28 – 30 tydzień ciąży) 6. Badanie cytologiczne, jeśli nie było wcześniej wykonane w okresie ciąży
33 – 37 tydzień ciąży	<ol style="list-style-type: none"> 1. Badanie ogólne podmiotowe i przedmiotowe 2. Badanie położnicze 3. Ocena wymiarów miednicy 4. Badanie we wzierniku i zestawione 5. Ocena czynności serca płodu 6. Pomiar ciśnienia tętniczego krwi 7. Ocena aktywności płodu 8. Badanie gruczołów sutkowych 9. Pomiar masy ciała 10. Kontrola stanu zdrowia jamy ustnej 11. Ocena ryzyka ciążowego 12. Propagowanie zdrowego stylu życia, w tym zdrowia jamy ustnej 13. Praktyczne i teoretyczne przygotowanie do porodu, połogu, karmienia piersią i rodzicielstwa w formie grupowej lub indywidualnej 14. W przypadku opieki sprawowanej przez położną obowiązkowa konsultacja lekarza specjalisty w dziedzinie położnictwa i ginekologii 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Morfologia krwi 2. Badanie ogólne moczu 3. Badanie czystości pochwy 4. Antygen HBs 5. Badanie w kierunku HIV 6. Posiew z przedsionka pochwy i okolic odbytu w kierunku paciorkowców B-hemolizujących 7. W grupie kobiet ze zwiększonym ryzykiem populacyjnym lub indywidualnym ryzykiem zakażenia: VDRL, HCV 8. Badanie cytologiczne, jeśli nie było wcześniej wykonane w okresie ciąży
38 – 39 tydzień ciąży	<ol style="list-style-type: none"> 1. Badanie ogólne podmiotowe i przedmiotowe 2. Badanie położnicze 3. Ocena czynności serca płodu 4. Ocena aktywności płodu 5. Pomiar ciśnienia tętniczego krwi 6. Pomiar masy ciała 7. Ocena ryzyka ciążowego 8. Propagowanie zdrowego stylu życia, w tym zdrowia jamy ustnej 9. Praktyczne i teoretyczne przygotowanie do porodu, połogu, karmienia piersią i rodzicielstwa w formie grupowej lub indywidualnej 10. W przypadku opieki sprawowanej przez położną obowiązkowa konsultacja lekarza specjalisty w dziedzinie położnictwa i ginekologii 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Badanie ogólne moczu 2. Morfologia krwi
Po 40 tygodniu ciąży badanie co 2-3 dni	<ol style="list-style-type: none"> 1. Badanie ogólne podmiotowe i przedmiotowe 2. Badanie położnicze 3. Badanie we wzierniku i zestawione – według wskazań medycznych 4. Ocena ruchów płodu 5. Ocena czynności serca płodu 6. Pomiar ciśnienia tętniczego krwi 7. Pomiar masy ciała 8. Ocena ryzyka ciążowego 9. Propagowanie zdrowego stylu życia, w tym zdrowia jamy ustnej 10. Praktyczne i teoretyczne przygotowanie do porodu, połogu, karmienia piersią i rodzicielstwa w formie grupowej lub indywidualnej 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Badanie KTG 2. Badanie ultrasonograficzne (jedenrazowo)

	11. Skierowanie do hospitalizacji po 41 tygodniu ciąży	
--	--------------------------------------------------------	--

W ramach prowadzonych programów profilaktycznych kobieta może również zostać skierowana na **badania prenatalne**, jednak w przypadku małoletnich bardzo rzadko można się spotkać z taką sytuacją. Lekarz lub położna mają również możliwość zlecenia wykonania dodatkowych świadczeń zdrowotnych, jeśli istnieje możliwość wystąpienia powikłań lub patologii ciąży, porodu czy połogu.

Dziewczyna samodzielnie może **wybrać szpital**, w którym chce urodzić dziecko. Ze względu na fakt, iż każda ciąża osoby małoletniej jest ciążą wysokiego ryzyka, z dużym prawdopodobieństwem personel szpitala odradzał będzie decydowanie się na poród poza szpitalem, przykładowo w warunkach domowych. Decyzja o **rodzaju porodu** (rodzinny, w wodzie) czy też o wykonywanych zabiegach (znieczulenie, cesarskie cięcie, nacięcie krocza) powinna być konsultowana z ciężarną, a jej zdanie powinno być brane pod uwagę. Standardowo, pobyt w szpitalu po porodzie trwa 3 do 4 dni. W ciągu tygodnia od porodu dziecko należy zarejestrować w urzędzie gminy/miasta w celu sporządzenia aktu urodzenia i nadania numeru PESEL. Dodatkowo, dziecko należy zarejestrować do poradni dziecięcej i wybrać lekarza prowadzącego. Istotne jest, aby przestrzegać terminów wizyt kontrolnych i przestrzegać wytycznych zawartych w kalendarzu szczepień.

Między 1 a 2 tygodniem życia noworodka lekarz prowadzący powinien złożyć matce i dziecku wizytę patronażową. Również położna środowiskowa ma obowiązek zwizytowania rodziny w celu udzielenia porad z zakresu samoopieki, kontroli płodności, pielęgnacji noworodka, szczepień ochronnych, badań profilaktycznych, a także w razie potrzeby karmienia piersią i ogólnej opieki medycznej czy socjalnej.

W przypadku małoletnich matek ważne jest, aby uzyskiwały one właściwe wsparcie od opiekuna prawnego, który aż do ukończenia przez małoletnią 18 roku życia będzie współuczestniczył w podejmowaniu wszystkich ważnych decyzji odnośnie życia jej i dziecka (wizyty lekarskie, wypis ze szpitala, rejestracja dziecka, itp.). Uregulowanie sytuacji prawnej jest więc kluczowe dla zagwarantowania bezpieczeństwa matce i dziecku.

Załącznik II

Systemowe narzędzia wsparcia dla matek posiadających pełnię praw rodzicielskich

Małgorzata Dziewanowska, UW, Fundacja po DRUGIE

Zwolnienie, urlop macierzyński i wychowawczy

Osoby zatrudnione na umowę o pracę posiadają przywileje, które okazują się bardzo przydatne w przypadku ciąży i opieki nad dzieckiem. Warto o nich pamiętać.

Przed wszystkim pracodawca **nie może rozwiązać umowy** z pracownicą, będącą w 12 tygodniu ciąży, a umowa, która uległaby rozwiązaniu po tym okresie, ulega automatycznie przedłużeniu do dnia porodu. Celem tej regulacji jest zabezpieczenie interesów matki i dziecka, które mogłyby zostać bez środków do życia. Bardzo trudno byłoby bowiem kobiecie w widocznej ciąży znaleźć zatrudnienie. Dodatkowo, ciężarna ma możliwość uzyskania **pełnopłatnego dnia wolnego** na wykonanie badań lekarskich, których nie miałaby szansy zrobić w innym terminie. Zwolnienie od pracy z przyczyn zdrowotnych dla kobiet w ciąży jest płatne w 100%, a nie tak jak zwykłe zwolnienie chorobowe, gdzie wynagrodzenie za ten czas obniżane jest do 80%.

W 2013 roku standardowy 20 – tygodniowy **urlop macierzyński** został zastąpiony urlopem w wymiarze 52 tygodni, czyli jednego roku (pierwsze 20 tygodni zachowały nazwę urlopu macierzyńskiego, pozostałe 32 nazywane są już urlopem rodzicielskim). Kobieta ma prawo wybrać, czy chce pobierać 100% wynagrodzenia przez pierwszych 6 miesięcy i 60% przez kolejnych 6, czy może 80% wynagrodzenia przez pełne 12 miesięcy. Warto zaznaczyć, że obecnie przepisy przewidują również sytuacje, w których to ojcowie decydują się na urlop rodzicielski. Mają oni też prawo do 2 tygodni pełnopłatnego **urlopu ojcowskiego**, który może być wykorzystany w czasie do ukończenia przez dziecko 2 lat. Po zakończeniu urlopu rodzicielskiego kodeks pracy pozwala również rodzicom na wzięcie **urlopu wychowawczego**, w wymiarze do 36 miesięcy. Jest on już całkowicie bezpłatny, ale co ważne, w tym okresie rodzic podlega ciągle ochronie związanej z przepisami prawa pracy (np. nie można go zwolnić), a jednocześnie podlega też ubezpieczeniu zdrowotnemu. Można go wykorzystać w całości lub w częściach aż do ukończenia przez dziecko 6 roku życia.

Kobieta, która decyduje się wrócić do pracy, ale nie przestała jeszcze karmić piersią ma prawo do dwóch **przerw** w wymiarze pół godziny, które mogą być udzielone łącznie. Nie przysługują one tylko w wypadku pracy poniżej 4 godzin dziennie, natomiast w przypadku pracy w wymiarze 6 godzin dziennie przysługuje tylko jedna taka przerwa. Dodatkowo, pracownikowi, który wychowuje dziecko poniżej 14 roku życia przysługuje **zwolnienie** od pracy w wymiarze 16 godzin albo 2 dni w roku z zachowaniem prawa do wynagrodzenia. Takie dodatkowe dni mogą być wykorzystane na niespodziewane choroby lub inne pilne wydarzenia. Umowa o pracę jest więc najkorzystniejszym rozwiązaniem dla młodych kobiet, które spodziewają się dziecka.

Aby uzyskać dodatkowe świadczenia lub zasiłki z tytułu urodzenia lub opieki nad dzieckiem trzeba być osobą pełnoletnią, albo mieć reprezentację w postaci opiekuna prawnego, który w naszym imieniu będzie składał niezbędne wnioski!

Jednorazowa zapomoga z tytułu urodzenia się dziecka

W 2006 roku zainicjowano nowy rodzaj pomocy dla rodziców dzieci nowo urodzonych. Jednorazowa zapomoga z tytułu urodzenia się dziecka, czyli tzw. **becikowe** początkowo przysługiwało niezależnie od dochodu rodziny w wysokości 1000 złotych na dziecko. W 2013 roku wprowadzono kryterium dochodowe i od tego momentu becikowe przysługuje tylko w przypadku rodzin, w których dochód w przeliczeniu na osobę nie przekracza kwoty 1922 złotych. Wniosek o zapomogę należy złożyć w terminie maksymalnie 12 miesięcy od chwili narodzin dziecka. Jednym z warunków jego otrzymania jest pozostawanie w trakcie ciąży pod opieką lekarza. Taki zapis miał zmotywować kobiety do monitorowania stanu zdrowia dziecka i własnego i korzystania z bezpłatnych badań profilaktycznych. Warto zawsze dopytać w urzędzie gminy/miasta czy nie istnieją inne źródła uzyskania pomocy, bo może się okazać, że oprócz zapomogi, która regulowana jest przepisami generalnymi, gmina posiada własne fundusze, które może wykorzystać również na podobne zapomogi.

Świadczenie rodzicielskie

Od dnia 1 stycznia 2016 roku w prawie polskim funkcjonuje instytucja **świadczenia rodzicielskiego**. Przysługuje ono wszystkim osobom, które nie pobierają zasiłku macierzyńskiego lub jest on niższy niż 1000 złotych, czyli w przypadku urodzenia się dziecka. Oznacza to dodatkowe wsparcie dla osób bezrobotnych, studentów, rolników, osób

wykonujących pracę na podstawie umów cywilnoprawnych (umowa zlecenie, umowa o dzieło), a także dla osób zatrudnionych lub prowadzących pozarolniczą działalność gospodarczą. Świadczenie przysługuje przez minimum 52 tygodnie (okres ten zależy od liczby urodzonych dzieci), czyli od chwili porodu do ukończenia przez dziecko jednego roku, w wysokości 1000 złotych miesięcznie.

Ideą świadczenia rodzicielskiego jest zapewnienie wsparcia finansowego wszystkim tym rodzicom, którzy nie mają podstaw do otrzymywania jakichkolwiek pieniędzy w pierwszym roku po urodzeniu się dziecka. Kwota 1000 złotych nie zagwarantuje pokrycia wszystkich kosztów utrzymania dziecka, stanowi jednak znaczące wsparcie w okresie, gdy dziecko wymaga większej opieki, a w związku z tym rodzic opiekujący się nim ma mniejsze szanse na znalezienie stabilnego zatrudnienia.

Program 500+

Od 1 kwietnia 2016 roku weszły w życie przepisy ustawy o pomocy państwa w wychowywaniu dzieci, której głównym celem jest zagwarantowanie dodatkowego wsparcia dla rodzin decydujących się na posiadanie dzieci. W przypadku gdy miesięczny dochód na osobę w rodzinie nie przekracza 800 złotych (w przypadku rodzin, w których wychowują się dzieci z niepełnosprawnością ten próg wynosi 1200 złotych) kwota **500 złotych miesięcznie** przysługuje już na każde dziecko, aż do ukończenia przez nie 18 lat. Jeśli jednak dochód przekracza tę granicę, 500 złotych przysługuje na drugie, trzecie i każde następne dziecko, aż do uzyskania przez nie pełnoletniości. Specyfiką programu jest to, że nie uwzględnia on w ogóle dzieci pełnoletnich, tzn. jeśli w rodzinie jest dwójka dzieci, z czego jedno jest pełnoletnie, a drugie małoletnie, a dochód rodziny w przeliczeniu na osobę przekracza kwotę 800 złotych, wtedy pomoc z programu nie przysługuje.

Świadczenie rodzicielskie i fundusze z programu 500+ pozwalają na zabezpieczenie interesów dziecka w pierwszym roku jego życia w kwocie 1500 złotych miesięcznie, w przypadku gdy rodzice nie pracują i nie mają dochodów z żadnych źródeł. To bardzo ważne, ale należy pamiętać, że ograniczone w czasie i nie gwarantujące żadnych dodatkowych uprawnień, na przykład emerytalnych czy rentowych. Dlatego warto starać się poszukiwać stałego zatrudnienia, najlepiej na umowę o pracę.

Ustawa o wsparciu kobiet w ciąży i rodzin

W dniu 1 stycznia 2017 roku weszła w życie ustawa o wsparciu kobiet w ciąży i rodzin „Za życiem”, której głównym celem było wprowadzenie **jednorazowego świadczenia** z tytułu urodzenia dziecka, u którego zdiagnozowano ciężkie i nieodwracalne upośledzenie albo nieuleczalną chorobę zagrażającą jego życiu, które powstały w prenatalnym okresie rozwoju dziecka lub w czasie porodu. Fakt ten stwierdzić musi lekarz posiadający specjalizację w dziedzinie położnictwa i ginekologii, perinatologii lub neonatologii. Świadczenie przysługuje na wniosek, złożony w terminie do 12 miesięcy od dnia narodzin dziecka i wynosi **4000 złotych**. Ustawa zastrzega jednak, że przysługuje on tylko wtedy, jeśli kobieta pozostawała pod opieką medyczną nie później niż od 10 tygodnia ciąży do samego porodu i jeśli dziecko urodzi się żywe. Kwota tego jednorazowego świadczenia nie wlicza się do dochodu.

Ustawa przewiduje również **dotatkowe wsparcie** dla kobiet i rodzin, w postaci dostępu do diagnostyki prenatalnej, poradnictwa w zakresie rozwiązań wspierających rodzinę, odpowiednich świadczeń opieki zdrowotnej dla dziecka, dostępu do usług koordynacyjno-opiekuńczo-rehabilitacyjnych, a także wsparcie psychologiczne, opiekę paliatywną i hospicyjną, opiekę laktacyjną czy również pomoc prawną, w szczególności w zakresie praw rodzicielskich i uprawnień pracowniczych. Należy jednak pamiętać, że ustawa nie określa szczegółowo w jakiej formie będzie świadczona taka pomoc, a także które organy będą odpowiedzialne za jej zorganizowanie. Dodatkowo, większość tych uprawnień przysługuje każdej kobiecie ciężarnej, niezależnie czy dziecko urodzi się zdrowe, czy nie.

Zasiłki

W sytuacji, gdy rodzi się dziecko, koszty utrzymania rodziny znacznie się zwiększają. Dzieci potrzebują pieluch, kosmetyków, specjalnego jedzenia, szybko wyrastają z ubrań i jeśli chorują, ich leczenie jest znacznie droższe niż leczenie osoby dorosłej. Jeśli dodatkowo wychowują się w młodej rodzinie, gdzie rodzice nie posiadają stałego zatrudnienia, bardzo ważna jest świadomość, że istnieją systemy wsparcia oferowane przez państwo. W celu weryfikacji swojej sytuacji i ustalenia jaka forma pomocy będzie przysługiwać w danej sytuacji, warto udać się do urzędu gminy/miasta lub ośrodka pomocy społecznej.

W Polsce system pomocy finansowej jest dosyć rozbudowany. Część regulacji zawarta jest w **ustawie o świadczeniach rodzinnych**. To w niej uregulowane są kwestie dotyczące zasiłku rodzinnego i dodatków do niego (np. dodatku z tytułu samotnego wychowywania

dziecka, czy opieki nad dzieckiem w okresie korzystania z urlopu wychowawczego), czy świadczeń opiekuńczych (czyli zasiłku pielęgnacyjnego, specjalnego zasiłku opiekuńczego, świadczenia pielęgnacyjnego) przyznawanych co do zasady w sytuacji, gdy dziecko wymaga szczególnej opieki ze względu na swój stan zdrowia.

Dodatkowo, w **ustawie o pomocy społecznej** znajduje się lista dodatkowych świadczeń, o które może ubiegać się osoba mają trudności w samodzielnych utrzymaniu siebie i swojej rodziny. Ustawa reguluje między innymi wypłacanie zasiłku stałego, okresowego, celowego i specjalnego zasiłku celowego, zasiłku i pożyczki na ekonomiczne usamodzielnienie i pomocy na usamodzielnienie oraz na kontynuowanie nauki. Można również wnioskować o pomoc niepieniężną, w postaci przykładowo opłacenia składki na ubezpieczenie zdrowotne, pomocy rzeczowej, poradnictwa specjalistycznego, interwencji kryzysowej, posiłku, niezbędnego ubrania czy nawet zapewnienia mieszkania chronionego.

W celu ustalenia jakie formy pomocy będą przysługiwać konkretnej osobie warto udać się do **ośrodka pomocy społecznej** i porozmawiać z pracownikiem o możliwości wnioskowania o dany zasiłek. Warto mieć przy sobie podstawowe dokumenty dotyczące uzyskiwanych dochodów, posiadanych umów na zatrudnienie, czy akt urodzenia dziecka. W przypadku osób niepełnoletnich do złożenia wniosku niezbędna będzie obecność przedstawiciela prawnego, czyli rodzica lub ewentualnie innego opiekuna prawnego.

Żłobki i przedszkola

Ustawa o opiece nad dziećmi w wieku do lat 3 ustala zasady funkcjonowania żłobków i klubów dziecięcych, których celem jest sprawowanie opieki nad najmniejszymi dziećmi i umożliwienie rodzicom powrotu do pracy lub znalezienia zatrudnienia. Gminy mają obowiązek prowadzenia publicznych placówek dziennej opieki nad dziećmi, czyli żłobków i przedszkoli. Obecny system wsparcia oferowany również dla osób prywatnych chcących zorganizować taką placówkę doprowadził jednak do powstania wielu prywatnych żłobków, przedszkoli i klubów malucha, które mogą być zbliżone cenowo do instytucji publicznych, w szczególności jeśli rodzice potrzebują wsparcia na kilka godzin dziennie. Warto więc zapoznać się z całą ofertą w okolicy.

Żłobki przeznaczone są dla dzieci powyżej 20 tygodnia życia, w obecnym systemie oferującym wsparcie finansowe przez pierwszy rok życia dziecka, należy spodziewać się, że przebywające tam dzieci będą nieco starsze. W przypadku dostania się do placówki publicznej,

dziecko będzie miało prawo do kontynuowania pobytu aż do końca sierpnia w roku, w którym ukończy 3 lata. Wtedy bowiem zaczyna podlegać już pod wychowanie przedszkolne. Zarówno w żłobku jak i w przedszkolu rodzice co roku muszą odnawiać umowę z placówką.

W **przedszkolu** przebywają dzieci między 3 rokiem życia, a 6-7 rokiem, kiedy to zaczynają być objęte obowiązkiem szkolnym. Należy pamiętać jednak, że fakt, iż dziecko uczęszczało do publicznego żłobka nie gwarantuje mu automatycznie miejsca w publicznym przedszkolu. Należy śledzić informacje dotyczące rekrutacji w przedszkolach, które zazwyczaj pojawiają się na stronach urzędu gminy/miasta już w okolicach lutego danego roku.

Zarówno pobyt w żłobku jak i w przedszkolu jest **częściowo odpłatny**. Rodzice zazwyczaj pokrywają koszty posiłków, a także koszty pobytu dziecka w zakresie, w jakim nie są one finansowane przez gminę/miasto. W przedszkolach przykładowo, naliczana jest opłata za pobyt dziecka w placówce w godzinach między 7 a 8 rano i 13 a 17 po południu. Opłata wynosi ustawowo 1 złoty za każdą godzinę. W żłobkach często opłata jest zryczałtowana i stała.