

CIĄŻA MŁODOCIANYCH – PROBLEM MEDYCZNY I SPOŁECZNY

ADOLESCENT PREGNANCY – MEDICAL AND SOCIAL PROBLEM

Beata Frankowicz-Gasiul¹, Anna Michalik², Agnieszka Czerwińska¹, Marzena Zydorek¹, Jolanta Olszewska¹, Jarosław Olszewski¹

¹ Zakład Pielęgniarstwa Położniczo-Ginekologicznego, Katedra Pielęgniarstwa
Wydział Nauk o Zdrowiu Akademii Medycznej w Gdańsku
Kierownik Zakładu: dr n. med. Jarosław Olszewski

² Student studiów doktoranckich Akademii Medycznej w Gdańsku

STRESZCZENIE

Terminem „młodociane ciężarne matki” lub „nieletnie matki” określa się młode dziewczęta, które zaszły w ciążę i (lub) urodziły w okresie do 18. roku życia. Jednym z najczęstszych problemów życiowych młodocianych kobiet jest ciąża. Młodociane matki, przerywając szkołę i nie podejmując pracy zarobkowej, pozostają na utrzymaniu rodziców i są od nich zależne szczególnie pod względem materialnym. W niektórych przypadkach zdane są tylko na siebie, gdyż nie mogą liczyć ani na partnera, ani na rodziców. Wczesne macierzyństwo nie daje szans młodemu organizmowi na rozwiązywanie zadań typowych dla okresu dojrzewania i wzrastania, a zmiana partnerów seksualnych i brak edukacji w tym zakresie naraża młode kobiety na choroby przenoszone drogą płciową. Problem medyczny i ekonomiczny potęguje fakt, że ciąża nieletniej może być wynikiem wykorzystania seksualnego przez ojca czy konkubina matki, co zdarza się w rodzinach patologicznych. Zapobieganie takim traumatycznym przeżyciom nastolatek wymaga od współczesnego społeczeństwa podjęcia działań redukujących wszelkie patologie w tym zakresie. Specjalne grupy wsparcia powinny składać się z pedagogów, psychologów i socjologów czy innych osób, z którymi zetkną się te młode kobiety w tym okresie swojego życia. Kluczową rolę odgrywa tu też współczesna położna niejednokrotnie pierwsza osoba, z którą styka się młoda matka po wyjściu z gabinetu ginekologicznego.

Słowa kluczowe: młodociane ciężarne, nieletnie matki, wczesne macierzyństwo.

SUMMARY

The term “adolescent pregnant” and underage mothers means young girls, who are pregnant or give birth to their babies before their 18th birthday [30]. Among young girls unexpected pregnancy is the most serious problem. Underage mothers have to break off school and because of their age – are unable to live independent – their became absolutely dependent on their parents. The worst situation is, when they can not get any help from their family either baby’s father. Adolescent time is the time of their psychical and psychological development. Early motherhood influences interruption of this process – in most of cases lack of sexual education and sexual partner changes expose young women to sexually transmitted diseases. Serious social and medical problem among young mothers is sexual violence, which happens in pathological families. This kind of traumatic situations demand solutions to eliminate them. Therapeutic teams should consider educators, psychologists and social workers to give young girls complete care. Key role has midwife – she is the first person, who meets a young girl, after she left a doctor’s surgery, knowing about her pregnancy.

The main aim of this paper is to analyze medical and social problem, which is pregnancy among young girls. This fact influences the role of midwife in care for underage pregnant, underage mother, her baby and family. The aim is to show lack of preparation of a young girl to conscious motherhood and to show the social situation of young mothers and lack of support for them.

Key words: adolescent pregnant, underage mothers, early motherhood.

WPROWADZENIE

Ciąża młodocianych kobiet stanowi nie tylko problem medyczny, ale przede wszystkim jest wyrazem problemów społecznych. Zajmując się zagadnieniem ciąży u nastolatek, trzeba przedstawić znaczenie terminów funkcjonujących w tym obszarze zainteresowania. Pojęcie „nastolatka” obejmuje całą gamę doświadczeń i postaw oraz przedział wieku ośmiu lat. Wyróżnia się tu następujące podgrupy:

- bardzo młoda nastolatka – dziewczyna do 16. roku życia;
- starsza nastolatka – dziewczyna w wieku od 16–19 lat;
- nastolatka samotna – dziewczyna, która nie ma oparcia ze strony rodziny ani ze strony partnera;
- nastolatka – dziewczyna, która ma pomoc i oparcie i ze strony partnera i (lub) rodziny [1].

Młodociane ciężarne matki lub nieletnie matki to młode dziewczęta, które zaszły w ciążę i (lub) urodziły w okresie do 18. roku życia [2]. We współczesnych czasach ciąża u nieletniej nie jest zjawiskiem rzadkim. Na całym świecie odsetek ciąż u nastolatek jest bardzo zróżnicowany. Występowanie tego zjawiska nie jest ograniczone do jakiejś grupy społecznej albo do jakiegoś obszaru geograficznego [1].

Stany Zjednoczone Ameryki Północnej to kraj, w którym liczba ciąż u nieletnich jest jedną z największych na świecie [2]. Liczba żywych urodzeń w USA w grupie nieletnich dziewcząt wynosi 97 na 1000 porodów [1]. Z kolei liczba ciąż u młodocianych w Europie jest oceniana na 3,4% [3–5]. W Japonii i Holandii liczba żywych urodzeń wynosi 10 na 1000 porodów [6], w Wielkiej Brytanii liczba wynosi 46 na 1000 porodów [6]; 0,53% to liczba ciąż u nieletnich, którą wykazały badania przeprowadzone w latach 1983–1991 w sześćdziesięciu szpitalach położniczych na terenie Szwajcarii [2].

Systematyczne zwiększanie się liczby ciąż u młodocianych dziewcząt, które zaszły w ciążę, zaobserwowano w państwach, które kiedyś były częścią bloku wschodniego [2, 4, 5].

Z. Niżańska z Uniwersytetu w Bratysławie stwierdziła, że w okresie ostatniego dziesięciolecia na terenie ówczesnej Czechosłowacji miało miejsce 3,2% urodzeń z matek młodocianych [6]. P. Sazdanowicz z Jugosławii podał, że liczba porodów nieletnich matek wyniosła 4,13% [5].

Badania przeprowadzone w Wilnie w latach 1993–1997 w jednym ze szpitali położniczych wykazały 1,97% porodów u młodocianych [4]. W ciągu ostatnich lat zwiększył się też odsetek (z 1,5% do 4%) porodów wśród nastolatek w Czelabińsku [2]. E. Bryukhina i I. Katachkowa podały, że na Uralu w ciągu ostatnich 5 lat liczba porodów u nieletnich uległa zwiększeniu z 1,5% do 4% [2].

Na kontynencie afrykańskim zjawiskiem powszechnym są matki, które mają po dwanaście, trzydzieści lat. Wiek nieletnich ustalany jest na podstawie przepisów prawnych obowiązujących w poszczególnych krajach [8].

Według danych, które podaje Główny Urząd Statystyczny w Polsce, w 1998 roku liczba porodów dziewcząt w wieku do 19. roku życia wyniosła 20 na 1000 urodzeń żywych [3]. Natomiast w 2001 roku liczba urodzeń żywych wśród młodocianych w wieku do 15 roku życia wyniosła aż 349, 55 urodzeń. Sytuacja ta dotyczyła dziewczynek w wieku 14 lat i mniej, wśród 13-latek odnotowana została liczba aż 7 urodzeń, a jedno dziecko urodziła 12latka. W wymienionym roku ponad 7% ogólnej liczby żywych urodzeń to porody u nastolatek.

Badania Z. Słomko i współpracowników w Poznaniu wykazały, że liczba porodów u nieletnich kształtowała się na poziomie 1,3% [9]. W Szczecinie R. Dacewicz na podstawie badań w Klinice Położnictwa i Ginekologii podała, że odsetek porodów u nieletnich wyniósł 2,2% [7]. Z kolei A. Kuźmińska obliczyła, że odsetek porodów młodocianych kształtował się na poziomie 1,23% [10], a badania A. Wilamowskiej pozwoliły ustalić, że wyniósł on 2,23% [15].

Głównym celem niniejszego opracowania jest ukazanie ważkości problemu medycznego i społecznego, jaki stanowi ciąża młodocianych kobiet.

Cele szczegółowe to:

1. Ukazanie faktu braku przygotowania młodego organizmu do pełnienia funkcji rozrodczej oraz braku psychicznego przygotowania do świadomego macierzyństwa.
2. Przedstawienie sytuacji społecznej młodocianych matek, które często pochodzą z ubogich i rozbitych rodzin, nierzadko patologicznych.

Złe warunki ekonomiczne, w których dorastają młodociane ciężarne, stanowią cechę charakterystyczną dla tej grupy młodzieży. Odsetek nieletnich matek wśród ogółu rodzących stanowi 10% i jest przyczyną braku więzi emocjonalnej z rodzicami, kryzysu w rodzinie czy samotności. Wymienione czynniki powodują, że młode dziewczęta pragną zapomnieć o dzieciństwie i jak najszybciej stać się dorosłymi w ich mniemaniu kobietami. Ograniczone przewidywanie skutków własnego działania jest wynikiem braku doświadczenia i psychicznej niedojrzałości, czego konsekwencją jest wczesne macierzyństwo.

Dziewczęta, które zachodzą w ciążę, często pozostają z tym problemem same. Ojciec dziecka, będący przeważnie ich przypadkowym partnerem seksualnym, nie udziela wsparcia oraz nie podejmuje nowej, przeznaczonej mu roli społecznej. Ciąża młodocianych niejednokrotnie jest traktowana jako brzemię i trud, które wydają się niemożliwe do pokonania,

a nienarodzone jeszcze dziecko jest zagrożeniem dla wolności lub przeszkodą w realizowaniu życiowych planów.

Okres rozwojowy, w którym rodzą młode dziewczęta, jest czasem ich wzrastania i dojrzewania. Wczesne macierzyństwo nie daje szansy młodemu organizmowi na rozwiązywanie zadań typowych dla okresu dojrzewania, a jednocześnie zmusza go do podjęcia nowych zadań i ról. Te młode osoby, mając niską dojrzałość społeczną, nie są w stanie przekroczyć swoich możliwości emocjonalnych i intelektualnych. Ekonomiczna zależność od rodziców, brak wykształcenia, niejednokrotnie niedobre relacje z ojcem dziecka sprawiają, że dziewczęta są w niekorzystnej sytuacji życiowej. W związku z powyższym często ukrywają ciążę ze strachu przed rodzicami i opóźniają przez to korzystanie z opieki ginekologiczno-położniczej [6]. Zaistniała sytuacja nie sprzyja prawidłowemu rozwojowi ciąży i wytworzeniu więzi emocjonalnej z własnym nienarodzonym jeszcze dzieckiem.

Emocjonalna niedojrzałość nieletnich matek, osamotnienie i zagubienie w środowisku, które ich nie akceptuje, manifestuje się niechęcią do współpracy z położnymi i lekarzami. Utrudniony jest z nimi kontakt w trakcie prowadzenia ciąży, porodu i położu [12]. Brak przygotowania młodego organizmu do pełnienia funkcji rozrodczych, jego niedojrzałość, złe nawyki żywieniowe i nieprzestrzegania zaleceń położnej i lekarza czynią ciążę młodocianych ciążą wysokiego ryzyka.

POWIKŁANIA CIAŻY MŁODOCIANYCH KOBIEC

Skutkami ciąży u nieletnich, oprócz urodzenia niezdolnego do życia dziecka, są poronienia samoistne i sztuczne. Aktualnie w piśmiennictwie anglojęzycznym stwierdza się spadek liczby aborcji u nieletnich oraz oddawanie dzieci do adopcji. Coraz więcej odnotowuje się prób wychowania dziecka z pomocą i akceptacją najbliższej rodziny [6, 13].

Termin zgłaszania się młodocianych ciężarnych do poradni i dokonywania kontroli prenatalnych zależy przede wszystkim od wieku dziewczyny [14]. Mimo czynnego poradnictwa dla nieletnich ciężarnych, odbywają one bardzo rzadkie wizyty lub w ogóle się na nie nie zgłaszają [12, 15]. Zazwyczaj ich pierwsza wizyta w poradni K następuje znacznie później niż w przypadku kobiet dojrzałych, tj. ok. 16–21 tygodnia ciąży. Średnia liczba wizyt kontrolnych jest również mniejsza i wynosi 3–6 w czasie ciąży [2]. Opieka nad młodocianą często bywa niedostateczna również z powodu niewykonywania przez nią podstawowych bądź dodatkowych badań laboratoryjnych [2].

Ciąża u nieletnich jest ciążą wysokiego ryzyka z powodu występowania takich powikłań, jak:

- poród przedwczesny zagrażający;
- nadciśnienie indukowane ciążą – PIH;
- infekcja dróg moczowych;
- małowodzie;
- hypotrofia płodu;
- niedokrwistość [16].

Ciąża nieletnich może także występować z innymi ogólnymi chorobami, takimi jak: cukrzyca, gruźlica, toksoplazmoza czy choroby nerek [17]. Częstym powikłaniem ciąży u młodocianych jest niedokrwistość z powodu niedoboru żelaza, wywołana wspomnianymi już wcześniej nieprawidłowymi przyzwyczajeniami dietetycznymi. Ciężarna nastolatka potrzebuje materiału do budowy zarówno własnego organizmu, jak i do rozwoju rozwijającego się płodu [1].

W krajach wysoko cywilizowanych ok. 8–10% kobiet w ciąży choruje na niedokrwistość. Odsetek ten w znacznym stopniu ulega wzrostowi u kobiet nieletnich, które nie potrafią się racjonalnie odżywiać, a właśnie okres ciąży usposabia do tego schorzenia szczególnie [4, 6, 18, 19].

W zapobieganiu powstawania wad rozwojowych u płodu i zabezpieczeniu przed patologią ciąży, np. w postaci poronień czy przedwczesnego odklejania się łożyska [4, 6, 18, 19], duże znaczenie ma przyjmowanie kwasu foliowego. Profilaktyka ta polega na suplementacji kwasu foliowego w dawce 0,4 mg na dobę [6, 20, 21]. Stan przedrzucawkowy i rzucawka występują częściej u pierwiastek, a młodociana ciężarna jest zwykle pierwiastką, dlatego mogą wystąpić u niej tego typu powikłania [6].

Rozpoznanie nadciśnienia indukowanego przez ciążę (PIH) to stwierdzenie ciśnienia tętniczego powyżej 140/90 mm Hg w drugiej połowie ciąży. Mogą mu towarzyszyć: białkomocz i obrzęki. Pomiar ciśnienia krwi należy wykonywać przed 20. tygodniem ciąży. Daje to porównanie niezbędne do stwierdzenia nadciśnienia w czasie dalszego przebiegu ciąży. U młodocianych rozpoznanie nadciśnienia indukowanego ciążą jest trudne, ponieważ często brak nam tego porównania, gdyż 64% dziewcząt nie zauważa braku miesiączki, nawet wzrostu obwodu brzucha, a do poradni zgłaszają się po II trymestrze ciąży albo przed porodem [6].

Nadciśnienie indukowane ciążą jest również przyczyną wewnątrzmacicznego ograniczenia wzrostu płodu (IUGR). W badaniach na zwierzętach stwierdzono, że szybki wzrost w okresie dojrzewania organizmu w czasie ciąży jest przyczyną przestawienia cyklu metabolicznego organizmu na budowę szczególnie tkanki macicznej, a nie na budowę tkanki płodowej. Z tego właśnie powodu dochodzi do dość dużej redukcji masy płodu i popłodu [6].

W czasie badania ginekologicznego lekarze muszą zwrócić uwagę na to, by młodej osobie udzielać informacji dotyczących ciąży w sposób jak najbardziej zrozumiały [17]. Pierwsza wizyta ma zapewnić ciągłość opieki, zebranie danych o pacjentce, jej rodzinie i środowisku, a także zaplanowanie i zrealizowanie podjętych zadań wynikających z procesu indywidualizacji przypadku.

Niezwykle ważny dla niepełnoletniej ciężarnej okazuje się pierwszy kontakt z położną, której właściwe podejście psychologiczne, życzliwość i kompetencja zawodowa mogą sprawić, że młodociana ciężarna będzie chętniej korzystała z usług poradni i z dalszej opieki. Z reguły ustala się dokładny termin kolejnej wizyty. Ciężarne w większości przypadków respektują go. Ponadto położna konsultuje z młodocianą ciężarną: gruczoł tarczowy, węzły chłonne, sutki, stan skóry i uzębienia oraz inne zmiany, które mogą być wskaźnikami sugerującymi rozpoznanie pewnych patologii ciąży.

Zadaniem położnej w czasie wizyt kontrolnych u ciężarnej jest obserwacja takich elementów, jak: reakcje emocjonalne, psychiczne nastawienie do ciąży, sposób odżywiania, stan ekonomiczny, warunki domowe i do nauki. Położna musi też zwrócić uwagę na:

- zmiany w wynikach laboratoryjnych;
- przyrost masy ciała;
- zmiany w ciśnieniu tętniczym krwi;
- obwód i kształt brzucha (w II trymestrze ciąży).

Wizyty położnej środowiskowo-rodzinnej u nieletniej ciężarnej stanowią istotny element diagnozy położniczej, gdyż dużo mówią o środowisku, w jakim ona żyje, oraz uzupełniają całościowy obraz jej potrzeb.

Położna środowiskowo-rodzinna ściśle współpracuje z lekarzem, któremu zgłasza takie objawy, jak:

- krwawienie z dróg rodnych;
- obrzęk twarzy i dłoni;
- silne bóle głowy;
- zaburzenia w widzeniu (mroczki przed oczami);
- bóle podbrzusza, napięcia i skurcze macicy;
- uporczywe wymioty;
- odpłynięcie płynu owodniowego;
- odczuwanie zbyt słabych lub zbyt silnych ruchów płodu.

W czasie kontaktów z nieletnimi ciężarnymi położna powinna prowadzić także edukację dotyczącą:

- odżywiania się w czasie ciąży, porodu i porożu;
- fizjologii ciąży, porodu i porożu;
- dolegliwości ciążyowych (poranne nudności, wzdęcia, żylaki odbytu, skurcze łydek, zwiększona ilość wydzieliny z pochwy);
- zasad higieny w ciąży.

Motywuując młodocianą do prozdrowotnego stylu życia w okresie ciąży, położna informuje ją o tym, jaki tryb życia powinna prowadzić w tym okresie,

przestrzega przed czynnikami mogącymi mieć niekorzystny wpływ na rozwój płodu i przebieg ciąży, takimi jak: leki, alkohol, nikotyna, narkotyki, jak również przedstawia ogólne zasady odżywiania się w tym okresie [22].

Drugi trymestr ciąży to ocena czynności serca płodu i ocena zapisu KTG. W tym czasie uzupełniany jest wywiad położniczy o takie informacje, jak: czas pojawienia się pierwszych ruchów płodu, ewentualne niepożądane objawy, np. plamienie z dróg rodnych, upławy, bóle podbrzusza, napięcia macicy, wystąpienie obrzęków czy żylaków. Położna w tym okresie zachęca i motywuje swoją podopieczną do uczestnictwa w zajęciach „Szkoły Rodzenia”.

Trzeci trymestr to przygotowanie młodocianej ciężarnej do porodu. Położna uczy ją, jakie objawy i dolegliwości są oznaką zbliżającego się porodu i jakich objawów nie może zlekceważyć. Wyjaśnia również swojej podopiecznej, w jaki sposób ma obserwować ruchy płodu [22, 23]. Okres ten wymaga zwrócenia uwagi na problemy, z którymi stykamy się w leczeniu nieletnich ciężarnych. Należą do nich m.in. niestosowanie reżimu łóżkowego, niespożywanie diety wysokobiałkowej czy zapomnianie o przyjmowaniu leków.

Z zagubienia i lęku nieletnich ciężarnych wynika ich niechęć do hospitalizacji. Przeszkodę stanowią również przepisy, które obowiązują w naszym państwie. Niezbędna jest bowiem zgoda opiekuna prawnego na wszystkie działania medyczne wykonywane u nieletniej [6].

Opieka nad nieletnią ciężarną powinna polegać na dobrej merytorycznie opiece pielęgniarskiej i lekarskiej, a także na zwróceniu uwagi na zagadnienia psychologiczne, w szczególności na budowanie jej więzi emocjonalnej z rodzicami i z ojcem dziecka [7]. Zdarza się, że młode ciężarne w strachu przed naganną oceną otoczenia na okres ciąży lub porodu zmieniają na jakiś czas miejsce zamieszkania i wyjeżdżają do dużych miast, by tam odbyć poród. Zarówno Domy Matki i Dziecka, jak i Domy Małego Dziecka w Polsce zapewniają (na kilka miesięcy) pomieszczenia samotnej matce przed porodem i po porodzie [1].

Istotnym elementem wpływającym na przebieg ciąży u nieletnich jest stres. Ciężarne dziewczęta są z reguły osobami samotnymi, najczęściej niezamężnymi, uczącymi się i bez zawodu. Ich partnerzy również nie reprezentują sobą jeszcze zbyt wiele, nie są w stanie utrzymać dziecka i siebie. Często też nie mogą liczyć na pomoc rodziców i nie mają w nich oparcia psychicznego i finansowego [2].

Zadaniem położnej w opiece przedporodowej nad nieletnią jest szerokie propagowanie zdrowego stylu życia oraz rozpoznawanie różnorodnych jej potrzeb bio-psycho-społecznych. Podstawowa opieka nad

młodziąną ciężarną spoczywa na położnych z poradni ginekologiczno-położniczej oraz położnej środowisko-wo-rodzinnej. Polega ona na regularnym kontakcie, motywowaniu do regularnych wizyt kontrolnych, do regularnego przyjmowania zaleconych leków i witamin oraz wyjaśnianiu i udzielaniu porad zarówno ciężarnej, jak i jej rodzinie. Do obowiązków położnej należy również udzielanie pomocy młodociąnej ciężarnej w załatwieniu spraw administracyjnych [22].

POWIKŁANIA PORODU

Poród u nieletniej zaliczany jest do patologii położniczej przede wszystkim z powodu niezakończenia rozwoju układu rozrodczego [6, 9, 21]. Brak w pełni udokumentowanej opieki przedporodowej nad ciężarną w momencie przyjęcia do porodu pozwala jednak na podanie przybliżonych danych, wskazujących że:

- w 86,44% przypadków to stan fizjologiczny ciąży;
- w 2,54% przypadków występuje zakażenie układu moczowego;
- w 6,78% przypadków stwierdza się zatrucie ciążowe;
- w 3,39% przypadków pojawia się zagrażający poród przedwczesny;
- w jednym przypadku 0,85% zdiagnozowano cukrzycę.

Do najczęstszych powikłań zalicza się zatrucie ciążowe, co można wytłumaczyć brakiem świadomości zdrowotnej i złymi warunkami socjoekonomicznymi.

Na znacznie mniejszą liczbę występowania powikłań porodu w tej grupie kobiet zwraca uwagę A. Dąbrowska [24]. Badania Z. Słomko też nie potwierdzają wpływu młodego wieku nieletniej rodzącej na liczbę występujących powikłań podczas porodu. Podaje on natomiast, że u nieletnich częściej wykonuje się zabiegi położnicze [25].

Główne powikłania porodu u młodociąnych to:

- pęknięcie miękkich części kanału rodnego;
- powikłany przebieg III okresu porodu;
- konieczność wykonywania zabiegów położniczych;
- nieprawidłowe położenie płodu;
- konieczność wykonywania cięć cesarskich, zdecydowanie jednak rzadziej niż u kobiet starszych [4, 6, 10–12, 24–27].

Czas trwania ciąży raczej nie różni się u pacjentek młodociąnych od obserwowanego u dorosłych kobiet, częściej jednak występują porody przedwczesne. Terminem „poród przedwczesny” określa się zakończenie ciąży w okresie od 23. do 37. tygodnia jej trwania [6].

W rozpoznaniu porodu przedwczesnego u młodociąnych trzeba uwzględnić nie tylko stan szyjki macicy i czynność skurczową macicy, ale również obserwacje w czasie ciąży, dane z wywiadu i inne objawy kliniczne [20]. Dziewczęta z racji młodego wieku nie zauważają, albo bagatelizują objawy zagrażającego porodu przedwczesnego, a do szpitala zgłaszają się zbyt późno [20]. Przyczyną porodów przedwczesnych u nieletnich są infekcje dróg moczowych i nadciśnienie indukowane ciążą [6, 26].

Wzrost śmiertelności noworodków w okresie okołoporodowym jest spowodowany tym, że nastolatki rodzą przedwcześnie i częściej ich noworodki mają niską masę urodzeniową. Śmiertelność ta jest przeważnie skutkiem odwodnienia w wyniku biegunki i wymiotów, które są spowodowane ubogą wiedzą matki na temat higieny i opieki nad noworodkiem [6].

Operacje położnicze mają na celu ukończenie ciąży albo porodu, kiedy dalsze oczekiwanie związane z naturalnym zakończeniem stwarza niebezpieczeństwo dla płodu i matki [9]. Głównym wskazaniem do cięcia cesarskiego u nieletnich kobiet jest niewspółmierność porodowa. Czynnikiem etiopatogenetycznym w tej grupie jest niski wiek ginekologiczny u młodociąnych w wieku od 12 do 15 lat. W związku z tym, że u tych nieletnich wcześniej rozpoczęło się dojrzewanie, którego jednym z objawów jest menarche, estrogeny spowodowały zakończenie wzrostu kości. Jest to bardzo znaczący czynnik ryzyka, przez który często trzeba zakończyć ciążę cięciem cesarskim, a powodem jest niewspółmierność porodowa przy prawidłowej wielkości płodu [6]. Najczęściej spotykanym powikłaniem porodowym u nieletnich jest pęknięcie szyjki macicy, konieczność wykonania łyżeczowania jamy macicy oraz krwawienie w czasie III okresu porodu [6].

Każda młodociąna rodząca ma możliwość wybrania miejsca porodu, ale planowane interwencje medyczne powinny być dokładnie omawiane z rodzącą i jej prawnym opiekunem, aby wiedziała, czemu służą i jakie mogą być następstwa w przypadku odmowy ich wykonania.

POWIKŁANIA POŁOGU

Kolejnym bardzo trudnym okresem dla młodociąnej matki oprócz porodu jest połóg. Powikłania tego okresu związane są przede wszystkim z nieprawidłowym odżywianiem, nieprzestrzeganiem zasad higieny w połogu i niedyscyplinowaniem, które dotyczy zaleceń medycznych. Na czas cofania się zmian związanych z ciążą nakłada się jeszcze stres wywołany pojawieniem się noworodka, który wymaga zainteresowania, poświęcenia czasu, cierpliwości i troskliwej opieki [6].

Bardzo duże znaczenie dla intelektualnego rozwoju dziecka urodzonego przez nastoletnią matkę ma dobra relacja z babcią. Niedojrzała młoda matka nie potrafi stworzyć dziecku odpowiednich warunków do rozwoju, bo często jest zajęta organizowaniem własnego życia. Natomiast osoba babci, która ma więcej czasu i cierpliwości dla małego dziecka, może wnieść pozytywny wkład w jego rozwój i wychowanie [6].

W systemie ochrony zdrowia wyjątkową funkcję pełni położna. To ona jest osobą pierwszego kontaktu z młodocianą ciężarną, a później matką, znając ją nie tylko z wizyt w poradni, ale także z jej środowiska rodzinnego i szkolnego. Położna pełni obowiązki zarówno konsultantki, nauczycielki, pracownika medycznego, jak i adwokata.

Dzięki jej profesjonalności opieka położniczo-ginekologiczna przebiega w sposób spersonalizowany, mimo że jest oparta na obowiązujących standardach. Ciesząc się zaufaniem swoich podopiecznych, położna ma szansę na skuteczną i efektywną działalność, zarówno poprzez edukację zdrowotną, polegającą na kształtowaniu postaw prozdrowotnych, jak również prowadzi stałe monitorowanie dobrostanu fizycznego i psychicznego swoich pacjentek, włączając w swoją działalność ich rodziny.

WNIOSKI

Na podstawie syntezy powyższych rozważań i analizy literatury przedmiotu nasuwają się następujące wnioski końcowe:

1. Sytuacja młodocianych matek, które ukrywają ciążę w związku ze strachem przed rodzicami, pogarsza przebieg i rokowanie dla takiej ciąży przez opóźnienie monitoringu ginekologiczno-położniczego.
2. Brak wykształcenia, niedobre relacje z ojcem dziecka oraz często ekonomiczna całkowita zależność od rodziców sprawiają, że niekorzystna sytuacja życiowa tych dziewcząt trwa do momentu uzyskania wszechstronnego wsparcia ze strony najbliższego otoczenia.
3. Złe warunki ekonomiczne, w których dorastają młodociane ciężarne, stanowią cechę charakterystyczną dla tej grupy młodzieży.
4. Wczesne macierzyństwo zmusza młodociane ciężarne z niską dojrzałością społeczną i biologiczną młodego organizmu do podejmowania nowych wyzwań, które niejednokrotnie przekraczają ich możliwości emocjonalne i intelektualne.
5. Młode kobiety, które zajądą w ciążę, zostają często same z tym problemem, gdyż najczęściej przypadkowy seksualny partner – ojciec dziecka nie jest

w stanie podjąć swojej społecznej roli z powodu równie młodego wieku lub lęku przed przeszkodą, jaką może stanowić dziecko w realizacji życiowych planów.

6. Model życia, akceptowany przez współczesne społeczeństwo, to w pierwszej kolejności zdobywanie wykształcenia, podjęcie pracy zawodowej i osiągnięcie stabilizacji i niezależności finansowej, a dopiero w dalszej kolejności planowanie założenia rodziny, co sprawia, iż wczesne macierzyństwo oceniane jest bardzo niekorzystnie.
7. Odsetek nieletnich matek wśród ogółu porodów stanowi 10% i jest przyczyną braku więzi emocjonalnej z rodzicami, kryzysu w rodzinie czy samotności, co sprawia, że młode dziewczęta pragną zapomnieć o dzieciństwie i jak najszybciej stać się dorosłymi w ich mniemaniu kobietami.
8. Brak dojrzałości psychicznej i życiowego doświadczenia sprawia, że zającie w ciążę młodocianej kobiety przekracza jej możliwości przewidywania skutków takiego działania.

PIŚMIENNICTWO

- [1] Aleksander J, Levy V, Roch S. Nowoczesne Położnictwo. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 1995.
- [2] Marianowski L, Grzechocińska B. Prowadzenie ciąży, oraz poród i połóg u nieletnich. Medipress Ginekologia 1996; 2, 3: 2–5.
- [3] Rocznik Statystyczny Rzeczypospolitej Polskiej 1998. GUS, Warszawa LVIII: 97.
- [4] Morkuniene R, Vasjanowa V, Bumbuliene Z. Medical, social and psychological aspect of adolescent pregnancy. Materiały z IV Międzynarodowego Kongresu Ginekologii Dziecięcej, Ateny 1998; 10, 4: 366.
- [5] Szadanovic P, Pavicevic M, Ristic P, Varjatic M. Adolescent delivery and cesarian section. Materiały z IV Międzynarodowego Kongresu Ginekologii Dziecięcej, Ateny 1998; 10, 4: 358.
- [6] Pankrac Z. Praca doktorska. Akademia Medyczna, Gdańsk 2005.
- [7] Dacewicz R, Żebielowicz D, Głaz A. Jr. Analiza opieki przedporodowej u młodocianych rodzających w Klinice Położnictwa IPG PAM w Szczecinie w latach 1990–1992. Ginekologia Polska 1993; 64, 8: 394–398.
- [8] Ekonjo GB, Pałczyński B, Gryboś M. Ciąża i poród u młodocianych jako problem społeczny i zdrowotny. Ginekologia Praktyczna 2003, 11, 6: 47–52.
- [9] Słomko Z. Medycyna Perinatalna. PZWL, Warszawa 1985.
- [10] Kuźmińska A, Świątkowska-Freund M, Brzóska B, Wydra D, Emerich J. Ciąża, poród, połóg u nielet-

- nich. Ginekologia Polska Pamięnik. XXVI Kongres PTG, Białystok–Mikołajki–Olsztyn 1997: 113.
- [11] Wilamowska A, Kuzmecka-Matuszewska J, Gołąb-Lipińska M, Lipecka-Kidawska E. Analiza przebiegu ciąży i porodu u dziewcząt rodzących w Klinice Perinatologii AM w Łodzi w latach 1994–1996. Ginekologia Polska. Pamięnik. XXVI Kongres PTG, Białystok–Mikołajki–Olsztyn 1997: 265.
- [12] Kukulski P, Kwaśniewski S, Szymański J. Problemy ciąży, porodu i położu u młodocianych pacjentek hospitalizowanych w szpitalu miejskim. Ginekologia Polska 1993; 64, 8: 404–406.
- [13] Spencer N. Młodociane matki. Aktualności Pediatryczne 1994; 3: 177–180
- [14] Rzepka-Górska J. Ginekologia dziewczęca, a zdrowie przyszłej matki – prowadzenie dziewcząt w ich rozwoju. Annales Academ Med Siles 1996; 22: 13–15.
- [15] Gadzinowski J. Program poprawy opieki perinatalnej w Polsce. OWN, Poznań 1999.
- [16] Pawłowska A, Filipp E, Pietrasik D, Krawczyńska M, Wilczyńska A, Niemiec KT. Analiza przebiegu ciąży, oraz wyników położniczych u nastolatek rodzących w Klinice Położnictwa i Ginekologii Instytutu Matki i Dziecka w Warszawie. Ginekologia Praktyczna 2005; 84, 4: 41–45.
- [17] Komorowska A. Ginekologia wieku rozwojowego. PZWL, Warszawa 1991.
- [18] Ostrovskaya EA, Susloparov LA, Tatarowa NA. „Little Mammy” – The obstetrics aid in adolescents. Materiały z IV Międzynarodowego Kongresu Ginekologii Dziecięcej, Ateny 1998, Gynecology 1998; 10, 4: 358.
- [19] Tuchina LA, Bogdashkin NG, Blagoveshchensky YE, Lesovaya MA. Peculiarities of course of pregnancy and the outcome of delivery with adolescents with anemia. Materiały z IV Międzynarodowego Kongresu Ginekologii Dziecięcej, Ateny 1998; 10, 4: 357.
- [20] Bręborowicz GH. Ciąża wysokiego ryzyka. OWN, Poznań 2000.
- [21] Klimek R. Położnictwo. PZWL, Warszawa 1988.
- [22] Cekański A. Wybrane zagadnienia z położnictwa i ginekologii dla położnych. Śląska Akademia Medyczna, Katowice 1999.
- [23] Bręborowicz GH. Położnictwo. Podręcznik dla pielęgniarek i położnych. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2002.
- [24] Dąbrowska-Jakubiak A, Jakubiak T, Cendrowski K, Stelmachów J. Analiza przebiegu ciąży i porodu u pacjentek przed 18 rokiem życia. Ginekologia Polska 1993; 64, 8: 399–403.
- [25] Słomko Z, Malewski Z, Mościcki A, Musiał T. Poród u młodocianych. Ginekologia Polska 1993; 64, 8: 412–417.
- [26] Der-Piech M, Poręba R, Ulmann-Włodarz J, Piech P. Psychosomatyczne uwarunkowania przyczyn porodów przedwczesnych u starszych młodocianych pierworódek. Kliniczna Perinatologia i Ginekologia 1996; 13: 223–231.
- [27] Gajewska M, Karwan-Płońska A, Skrzos-Buciak M, Wiater M. Analiza przebiegu ciąży i sposobu ukończenia porodu u dziewcząt poniżej 19 roku życia. Ginekologia Polska 2000; 71,8: 658–662.
- [28] Kulesza-Brończyk B, Nowak A, Piechocka D, Kulikowski M. Analiza przebiegu ciąży i sposobu ukończenia porodu u pacjentek poniżej 18. roku życia. Annales Universitatis Mariae Curie Skłodowska, Lublin, 2004.

Adres do korespondencji:

mgr Beata Frankowicz-Gasiul
Zakład Pielęgniarstwa Położniczo-Ginekologicznego
Wydział Nauk o Zdrowiu AM w Gdańsku
60-210 Gdańsk, ul. M. Skłodowskiej-Curie 3a
e-mail: beata44@tlen.pl