

I. STRESZCZENIE

1.1. Streszczenie w języku polskim

Ciąża i poród dla kobiety stwarzają nową sytuację, nie tylko w aspekcie medycznym, ale społecznym i psychologicznym, co zwłaszcza w przypadku pierwszej ciąży u osoby młodocianej manifestuje się lękiem, z reguły bowiem taka ciąża nie jest planowana. Według WHO nastolatki później, niż inne kobiety, zgłaszają się do lekarza, mają utrudniony dostęp do nowoczesnych metod antykoncepcji oraz częściej są narażone na powikłania związane z przerwaniem ciąży, szczególnie w ciąży zaawansowanej. Badania naukowe wskazują na **zwiększone ryzyko** powikłań podczas ciąży i porodu oraz niezadowalający stan zdrowia młodych matek w kolejnych latach po porodzie. W Polsce niestety nie istnieje kompleksowa polityka dotycząca matek nastoletnich, która umożliwiłaby wspieranie ich w tak trudnej sytuacji społeczno-ekonomicznej. Brakuje także rozbudowanej sieci poradnictwa i usług dla młodzieży aktywnej seksualnie.

Celem głównym pracy była ocena przebiegu ciąży, porodu i stanu noworodka u matek młodocianych w latach 2004-2008 w Polsce i na Białorusi, a także zbadanie poziomu wiedzy oraz opinii młodzieży w Polsce i na Białorusi na temat antykoncepcji i zachowań seksualnych człowieka w celu określenia deficytu wiedzy i ewentualnego stworzenia programu edukacyjnego w tym zakresie. Postawiono 6 pytań badawczych oraz 6 hipotez.

Badania przeprowadzono po uzyskaniu zgody R-I-002/323/2009 komisji Bioetycznej Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku. Uzyskano także zgody dyrekcji szpitali, w których rodziły młodociane matki, oraz szkół i uczelni skąd pochodzili respondenci z II etapu badań. Analizie poddano młodociane matki i młodocianych respondentów z Polski i Białorusi z uwagi na fakt, że posiadacze obywatelstwa białoruskiego to druga najliczniej reprezentowana grupa cudzoziemców na terenie Polski (ponad 50. tys.), a województwo podlaskie plasuje się na drugim miejscu z szacunkową o wartości 8 369 osób. Uznano więc, że młodociana ciężarna z Białorusi, może być potencjalną pacjentką w Polsce.

W I etapie analizie została poddana dokumentacja medyczna 125 nieletnich matek rodzących i hospitalizowanych w Szpitalu w Grodnie w latach 2004-2008 (Białoruś) oraz 263 historie chorób pacjentek hospitalizowanych w latach 2004-2008 w Polsce.

Do zbierania danych skonstruowano specjalny Arkusz do zbierania danych w języku polskim oraz rosyjskim.

W II etapie dokonano analizy wyników badań uzyskanych z autorskiego kwestionariusza ankiety dotyczącego poziomu wiedzy i opinii na temat antykoncepcji i zachowań seksualnych człowieka, przeprowadzonych wśród młodzieży ze szkół średnich i I roku studiów. Ogółem przeprowadzono 700 ankiet w Polsce i 200 w Grodnie, zaś do badania wykorzystano 657 ankiet w Polsce i 164 w Grodnie. Badanie przeprowadzono metodą sondażu diagnostycznego z wykorzystaniem autorskiego kwestionariusza ankietowego.

W III etapie opracowano standard edukacji seksualnej młodzieży w kontekście przygotowania jej przez położną do świadomego macierzyństwa.

Uzyskane wyniki pozwoliły na postawienie poniższych wniosków: W Polsce i na Białorusi cięższe młodocianych dominowały u dziewcząt w wieku 17 lat i powyżej 17 roku życia. Na rozpoczęcie inicjacji seksualnej miał wpływ kraj pochodzenia, płeć badanych oraz wykształcenie rodziców i praktyki religijne. W Polsce i na Białorusi bardzo młody wiek matki miał negatywny wpływ na częstotliwość wizyt u lekarza, przebieg ciąży i porodu. W Polsce i na Białorusi wykazano deficyt wiedzy młodzieży na temat seksualności człowieka, na co wpływ miała płeć i preferowane praktyki religijne. W Polsce i na Białorusi przeważała opinia o potrzebie edukacji seksualnej i rozpoczęcia jej jak najwcześniej, jednakże była ona zależna od płci badanych i preferowanych praktyk religijnych. Na edukatora w Polsce i na Białorusi badani najczęściej wskazywali pracowników szkoły posiadających aktualną wiedzę i rodziców, rzadziej lekarzy, pielęgniarki i położne. Postawiono także postulat: W Polsce zasadniczo nie prowadzi się działań edukacyjnych w zakresie zapobiegania niepożądanym ciąży, a tym samym ograniczania zjawiska aborcji. Istnieje więc pilna potrzeba edukacji seksualnej młodzieży oraz opieki medycznej i pedagogiczno-psychologicznej dla dziewcząt – przyszłych matek. Z uwagi na fakt, że rodzice i rówieśnicy młodych osób nie mają dostatecznej wiedzy na temat seksualności, a w Internecie znajduje się mnóstwo nieprawdziwych informacji na temat seksualności, należy zwrócić uwagę przedstawicieli personelu medycznego na znaczenie edukacji seksualnej na różnych etapach świadczonych usług medycznych i uzmysłowić im jak ważną rolę powinni odgrywać w tym

zakresie. Muszą oni być świadomi, że edukacja seksualna jest swoistym wychowaniem społecznym i przyczynia się do zapobiegania wszelkiego rodzaju nadużyć. Ma nauczyć wyrażania uczuć i potrzeb, zapewnić konieczne umiejętności życiowych umożliwiające radzenie sobie z seksualnością i związkami, nauczyć szacunku dla potrzeb innych osób oraz wyznaczonych przez nie granic, a także pokazać na czym polega budowanie związków opartych na równości, w których istnieje obopólne zrozumienie. W tej kwestii zasadniczą rolę powinna odgrywać pałozna, w związku z tym opracowano standard edukacji seksualnej młodzieży w kontekście przygotowania jej przez pałozną do świadomego macierzyństwa.