

Ciężarne niepełnoletnie – współczesny problem bio-psycho-społeczny

Agnieszka Bień¹, Grażyna Iwanowicz-Palus¹, Anna Włoszczak-Szubzda^{2,3}, Małgorzata Witkowska¹

¹ Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Lublinie, Samodzielna Pracownia Umiejętności Położniczych

² Instytut Medycyny Wsi w Lublinie, Zakład Informatyki i Statystyki Zdrowia

³ Wyższa Szkoła Ekonomii i Innowacji w Lublinie, Wydział Pedagogiki i Psychologii, Zakład Pielęgniarstwa

Bień A, Iwanowicz-Palus G, Włoszczak-Szubzda A, Witkowska M. Ciężarne niepełnoletnie – współczesny problem bio-psycho-społeczny. Med Og Nauk Zdr. 2015; 21(2): 125–131. doi: 10.5604/20834543.1152907

Streszczenie

Obecnie w Polsce istnieje tendencja do obniżania wieku dziewcząt zachodzących w ciążę, a tym samym zwiększa się liczba porodów u nastolatek. Przebieg ciąży u małoletnich dziewcząt może zostać zaburzony wystąpieniem różnorodnych powikłań, będących skutkiem późnego objęcia opieką medyczną czy też brakiem należytej opieki lekarskiej. Ponadto ciąża u młodocianych, z uwagi na zaistniałą nową sytuację psychiczną i społeczną, jest rozpatrywana jako problem w aspekcie osobistym i rodzinnym.

Cel. Celem badań była identyfikacja problemów bio-psycho-społecznych niepełnoletnich ciężarnych.

Materiał i metody. Badania przeprowadzono w pierwszym półroczu 2011 roku wśród ciężarnych niepełnoletnich, w wybranych placówkach publicznych i niepublicznych ochrony zdrowia, w województwie lubelskim. Badanie zostało przeprowadzone metodą sondażu diagnostycznego, z zastosowaniem techniki kwestionariuszowej. Narzędzie badawcze stanowił autorski kwestionariusz ankiety, zawierający pytania dotyczące charakterystyki respondentów i przedmiotu badań, a opracowany w oparciu o pięciostopniową skalę Likerta.

Wyniki i wnioski. Małoletnie dziewczęta w chwili potwierdzenia ciąży odczuwają negatywne emocje. Młodociane ciężarne posiadają pewien zasób wiedzy, odnoszący się do zachowań prozdrowotnych kobiet w ciąży. Przejawiają świadomość szkodliwego wpływu używek na stan zdrowia dziecka. Rozumieją konieczność odbywania niezbędnej konsultacji lekarskiej w przypadku zaistniałych dolegliwości.

Nieletnie ciężarne znają zalecenia dotyczące racjonalnej diety kobiety ciężarnej, aktywności fizycznej w ciąży, szkodliwości używek w ciąży, jednak nie wszystkie stosują się do tych zaleceń.

Słowa kluczowe

ciężarne niepełnoletnie, problemy społeczne, problemy medyczne, problemy psychologiczne

WPROWADZENIE

Obecnie w Polsce zaznacza się tendencja do obniżania wieku dziewcząt zachodzących w ciążę, a tym samym zwiększenia liczby porodów u nastolatek [1]. Problematyka małoletnich ciężarnych dotyczy ok. 3,5–5% ogólnego wskaźnika ciąż [2]. Pomimo iż w ostatnich latach obserwowany jest spadek ogólnej liczby urodzeń, jednak w odniesieniu do nastolatek notowany jest wzrost liczby dziewcząt w ciąży [3].

Małoletnie ciężarne najczęściej wywodzą się z zaniedbanych pod względem wychowawczym rodzin, gdzie istnieje niekorzystna sytuacja socjalno-bytowa powiązana z brakiem perspektyw rozwojowych. Obojętny stosunek do obowiązków szkolnych często skutkuje brakiem sukcesów w edukacji szkolnej i zmniejszeniem szans powodzenia na rynku pracy [4].

Przyczyny wzrostu porodów u nieletnich dziewcząt najczęściej upatrywane są we wcześniejszym dojrzewaniu płciowym, w braku właściwego uświadomienia młodzieży, zmianach obyczajowości, w konsekwencji czego dochodzi do wcześniejszej inicjacji seksualnej. Ponadto niepełna struktura rodziny, sytuacje kryzysowe, nałogi, przemoc zarówno fizyczna, jak i psychiczna, brak więzi rodzinnej i otwartej wzajemnej komunikacji sprawiają, iż dziewczęta pragną

zapomnieć o swoim dzieciństwie i podejmują działania charakterystyczne dla wieku dojrzałego [3, 5].

Przebieg ciąży u małoletnich dziewcząt może zostać zaburzony wystąpieniem różnorodnych powikłań, będących skutkiem późniejszego objęcia ciężarnych opieką medyczną i brakiem należytej opieki lekarskiej. Niewielka wiedza o złożoności procesów fizjologicznych zachodzących w organizmie kobiety ciężarnej, o zależnościach pomiędzy organizmem dziecka i matki bywa powodem nieprawidłowego interpretowania sygnałów pochodzących z wnętrza własnego organizmu. Młodociane ciężarne stanowią grupę ryzyka położniczego ze względu na częste występowanie powikłań: porodu przedwczesnego, nadciśnienia indukowanego ciążą, niedokrwistości, zakażeń układu moczowego, hipotrofii płodu, małowodzia, przedwczesnego oddzielenia się łożyska. Nieletnie matki 2,5 razy częściej wydają na świat dzieci z małą masą urodzeniową – poniżej 2500g [3, 6, 7]. W tej grupie wiekowej częściej zdarzają się choroby przenoszone drogą płciową, z uwagi na wielość partnerów seksualnych oraz brak przestrzegania higieny seksualnej. Dużym problemem staje się opóźnienie rozwoju wewnątrzmacicznego dziecka młodocianej matki. Spowodowane jest niedoborami żywieniowymi i niedostateczną dojrzałością organizmu nastolatki, który posiada zwiększone zapotrzebowanie na składniki odżywcze [3]. Innymi problemami związanymi z ciążą są: nieprawidłowe usadwienie łożyska oraz nieprawidłowe położenie płodu [7, 8]. Przedwczesne ukończenie ciąży spowodowane czynnikami medycznymi, psychologicznymi i społecznymi skutkuje wcześniactwem

Adres do korespondencji: Grażyna J. Iwanowicz-Palus, Samodzielna Pracownia Umiejętności Położniczych, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Lublinie, 20-059 Lublin, Al. Raclawickie 1
E-mail: spupalus@gmail.com

Nadesłano: 15 lipca 2012; zaakceptowano do druku: 01 grudnia 2014



i szeregiem nieprawidłowości wynikających z biologicznej niedojrzałości organizmu noworodka [9].

Ciąża u młodocianych jest rozpatrywana jako problem w aspekcie osobistym i rodzinnym, z uwagi na zaistniałą nową sytuację psychologiczną i społeczną będącą źródłem stanów lękowych, stresu, nieporozumień z otoczeniem, odtrącenia i samotności, a niekiedy również depresji. Lęki i obawy dziewcząt związane są z koniecznością podejmowania dalszych planów na przyszłość odnoszących się do wychowania dziecka, uregulowania relacji z partnerem, ukończenia szkoły i zdobycia zawodu, nawiązania właściwych relacji z rodziną i otoczeniem. Wczesne macierzyństwo stanowi dla dziewcząt ogromne wyzwanie, zmuszając je do podjęcia nowych zadań i życiowych ról. Nastolatki przejawiają niską dojrzałość społeczną, w związku z tym mają problemy z przekroczeniem własnych możliwości intelektualnych i emocjonalnych. Na tak trudny okres w życiu człowieka, przepełniony burzliwymi przemianami i konfliktami, nakłada się dodatkowy czynnik, będący źródłem stresu, którym jest ciąża. Reakcją nastolatki na wiadomość o poczęciu dziecka jest w pierwszej kolejności niedowierzanie i szok, a w następnej strach przed nową, trudną, nieoczekiwaną sytuacją, jaką stawia przed nimi przedwczesne macierzyństwo, jak również niepokój o reakcję otoczenia [2, 3]. Nastolatka odczuwa napiętnowanie ze strony innych osób oceniających wczesne macierzyństwo bardzo niekorzystnie i potępiająco. W związku z propagowanym i akceptowanym przez współczesne środowisko modelem życia, opartym w pierwszej kolejności na zdobyciu wykształcenia, pracy zawodowej, niezależności finansowej, a dopiero w późniejszym czasie planowaniu rodziny, małeletnie ciężarne są traktowane pogardliwie, niekiedy poniżająco, co odbiera im poczucie własnej wartości [10]. Wówczas źródłem stresu staje się brak akceptacji ciężarnej w rodzinie, ze strony jej najbliższych, krewnych, przyjaciół, nauczycieli. Ponadto towarzyszący rodzinie niedostatek czy nawet ubóstwo skutkują brakiem odpowiednich środków materialnych niezbędnych do zapewnienia dziecku godziwych warunków życia. Objęcie ciężarnej niedostateczną opieką lub zupełny brak opieki, choroby współistniejące z ciążą, obciążony wywiad położniczy prowadzą do niezadawalającego samopoczucia psychicznego. W miarę upływu ciąży nasila się lęk o przebieg porodu, opiekę nad noworodkiem i zapewnienie przyszłości sobie i dziecku. Rzeczywistość stawia ciężarną w sytuacji bardzo trudnej, narażając na poczucie lęku i samotności [4].

CEL PRACY

Celem badań była identyfikacja problemów bio-psycho-społecznych niepełnoletnich ciężarnych.

MATERIAŁ I METODY

Badania przeprowadzono w pierwszym półroczu 2011 roku, w wybranych placówkach publicznych i niepublicznych ochrony zdrowia w województwie lubelskim. O wypełnienie kwestionariusza ankiety poproszono niepełnoletnie dziewczęta będące w ciąży, bez względu na okres ciąży, w którym się aktualnie znajdowały, uzyskano również zgodę ich opiekunów. Ankiety zostały poinformowane o dobrowolności udziału w badaniu, anonimowości i o wykorzystaniu

uzyskanych tą drogą informacji wyłącznie do celów naukowych. Rozprowadzono 120 kompletów kwestionariuszy ankiet, natomiast otrzymano 50 prawidłowo wypełnionych. Wskaźnik efektywności uzyskanych danych wyniósł 41,67%. Pozostałe błędnie lub niekompletnie wypełnione ankiety nie zostały poddane opracowaniu statystycznemu.

W pracy wykorzystano metodę sondażu diagnostycznego, a zastosowanym narzędziem badawczym był autorski kwestionariusz ankiety, opracowany w oparciu o pięciostopniową skalę Likerta, zawierający pytania dotyczące charakterystyki respondentów oraz przedmiotu badań. Uzyskane wyniki badań poddano analizie statystycznej.

Do analizy cech jakościowych zastosowano tablice wielopolowe kontyngencji, a zależności cech badano przy pomocy χ^2 . Za istotny statystycznie przyjęto poziom istotności $p < 0,05$. Bazę danych i badania statystyczne przeprowadzono w oparciu o oprogramowanie komputerowe STATISTICA 9.0 (StatSoft, Polska).

CHARAKTERYSTYKA BADANYCH OSÓB

Badaniami objęto 50 dziewcząt w wieku od 15 do 18 lat. Ankietywane do 16 lat stanowiły 24,00%, zaś respondentki w wieku 17 lat stanowiły 46,00%, natomiast w wieku 18 lat było 30,00% badanych. Prawie wszystkie młodociane ciężarne były stanu wolnego (90,00%), tylko jedną dziesiątą (10,00%) ankietyowanych stanowiły mężatki.

Przyszłe matki miały w większości wykształcenie podstawowe (48,00%). Natomiast, prawie co czwarta badana miała wykształcenie zasadnicze zawodowe (26,00%) bądź średnie (26,00%). Ponad połowa nastolatek w ciąży (56,00%) mieszkała w mieście wojewódzkim, pozostałe były mieszkankami wsi (28,00%) lub w małym mieście (16,00%).

Najczęściej małeletnie dziewczęta oceniały swoją sytuację socjalno-bytową jako średnią (46,00%), natomiast mniej niż dwie piąte badanych (38,00%) uważało, iż ma dobre warunki ekonomiczne, zaś co ósma z nich (12,00%) określała je jako bardzo dobre i tylko nieliczne (4,00%) oceniały je jako złe.

Ponad połowa respondentek pochodziła z pełnej rodziny (54,00%), natomiast 30,00% badanych nie miało ojca, co dziesiąta z nich (10,00%) nie miała matki, zaś tylko pojedyncze osoby (6,00%) nie miały obydwojga rodziców.

WYNIKI

Dwie piąte badanych nastolatek w ciąży (40,00%) kontynuowało naukę i regularnie uczęszczało na zajęcia, zaś ponad jedna piąta (22,00%) ankietyowanych uczęszczała do szkoły, ale bardzo często przebywała na zwolnieniu lekarskim. Z zajęć lekcyjnych zrezygnowało 18,00% ciężarnych nastolatek uważając, iż w obecnym czasie pojawiło się dla nich nowe wyzwanie życiowe. Natomiast, co szósta badana (16,00%) nie chodziła do szkoły z powodu złego samopoczucia i wskazań lekarskich niepozwalających na kontynuację nauki. Tylko nieliczne (4,00%) badane dziewczęta musiały opuścić szkołę, ponieważ dyrekcja i nauczyciele negatywnie postrzegali fakt zaistnienia ciąży.

Nieleletnie ciężarne najczęściej oceniały relacje ze swoimi rodzicami jako raczej dobre (44,00%), a ponad jedna trzecia (38,00%) ankietyowanych określała te relacje nawet jako



bardzo dobre. Natomiast co ósma (12,00%) badana przyznała, że ma obojętne relacje z rodzicami, a tylko nieliczne z nich (6,00%) posiadały negatywne stosunki z matką i ojcem.

Pierwsza inicjacja seksualna ponad jednej trzeciej (36,00%) dziewcząt miała miejsce w wieku 15 lat, zaś 28,00% badanych rozpoczęło współżycie w 17. roku życia. Z kolei prawie co czwarta ciężarna (26,00%) odbyła pierwszy stosunek płciowy w 16. roku, a co dziesiąta (10,00%) już przed 15. rokiem życia.

Wśród badanych 12,00% planowało obecną ciążę, zaś pozostałe (88,00%) nie planowały w ogóle poczęcia dziecka. Ponad dwie piąte (44,00%) ankietowanych nastolatek dowiadywało się o zaistniałej ciąży w II miesiącu jej trwania, zaś mniej niż dwie piąte badanych (38,00%) wiedziało o ciąży już w I miesiącu, natomiast pozostałe dziewczęta w III miesiącu ciąży (12,00%) oraz w IV miesiącu (6,00%).

Ponad jedna trzecia (34,00%) małoletnich ciężarnych w chwili rozpoznania ciąży najczęściej odczuwała lęk, niepokój i strach, a ponad jedna czwarta nastolatek (26,00%) odczuwała niepewność, zaskoczenie i bezradność. Pozytywne uczucia – takie jak zadowolenie, radość, nadzieja – dominowały u 28,00% osób, zaś do złości, zdenerwowania, zaskoczenia przyznało się 12,00% badanych dziewcząt.

Ponad połowa przyszłych matek udała się na pierwszą wizytę do lekarza ginekologa-położnika już na przełomie I i II miesiąca ciąży (58,00%), natomiast ponad jedna trzecia ankietowanych (34,00%) odbyła wizytę między III a IV miesiącem i tylko nieliczne (8,00%) dziewczęta w V miesiącu ciąży lub później.

Najczęściej podczas ciąży ankietowane dziewczęta miały nudności i wymioty, (54,00%), u mniej niż jednej trzeciej ankietowanych występowały skurcze (30,00%), bardzo rzadko plamienia, krwawienia z dróg rodnych (12,00%) lub inne dolegliwości (6,00%).

Analiza statystyczna wykazała istotny związek pomiędzy rodzajem występujących dolegliwości w ciąży a czasem pierwszej wizyty u lekarza ginekologa. Respondentki, u których występowały nudności, wymioty, a także te, które uskarżały się na bóle dołem brzucha lub krwawienia, wcześniej niż pozostała grupa badanych odbyły pierwszą wizytę u lekarza prowadzącego ciążę ($\chi^2=4,4334; p<0,05$) (por. tab. 1).

Tabela 1. Czas wizyty u lekarza ginekologa-położnika z uwzględnieniem występujących dolegliwości w ciąży

Występowanie dolegliwości	Czas pierwszej wizyty		
	I/II miesiąc	III/IV miesiąc lub później	Ogółem
	%	%	%
Nudności, wymioty	70,00	30,00	100,00
Bóle dołem brzucha, krwawienia, inne	40,00	60,00	100,00
Razem	58,00	42,00	100,00
$\chi^2=4,4334; p<0,05$			

Ponad dwie piąte (46,00%) respondentek nie paliło papierosów w ciąży, a 28,00%, paliło papierosy od czasu do czasu. Natomiast 14,00% badanych paliło dość często, a 12,00% ankietowanych przyznało, że są biernymi palaczami.

Badania wykazały istotny związek pomiędzy paleniem papierosów a strukturą rodziny ($\chi^2=4,1542; p<0,05$). Ankietowane z rodziny niepełnej istotnie częściej paliły papierosy (69,57%) w porównaniu z badanymi, które miały pełną rodzinę (40,74%) (por. tab. 2).

Tabela 2. Struktura rodziny a palenie papierosów w ciąży

Struktura rodziny	Palenie papierosów w ciąży		
	Tak, palę	Nie palę	Ogółem
	%	%	%
Pełna	40,74	59,26	100,00
Niepełna	69,57	30,43	100,00
Razem	54,00	46,00	100,00
$\chi^2=4,1542; p<0,05$			

Większość respondentek wiedziała (84,00%), że w czasie palenia tytoniu podczas ciąży znacznie częściej występują powikłania lub porody przedwczesne oraz dziecko w łonie matki narażone jest na niedożywienie i niedotlenienie. Natomiast pojedyncze osoby (2,00%) twierdziły, że palenie ma neutralny wpływ na ciążę, ponieważ trujące związki nie przechodzą z organizmu matki do dziecka, nieliczne (6,00%) badane uważały, że używka ta nie wpływa na ciążę, ponieważ nie stwierdzono zaburzeń w rozwoju płodu. Z kolei pozostałe (8,00%) przyznały, że nie mają wiedzy na ten temat.

Ponad cztery piąte ankietowanych (84,00%) uważało, że picie alkoholu przez kobietę w ciąży ma bardzo negatywny wpływ na ciążę, ponieważ alkohol uszkadza płód i jest przyczyną licznych wad rozwojowych. Natomiast 12,00% respondentek uważało, że alkohol nie ma wpływu, ponieważ nie przedostaje się do krążenia nienarodzonego dziecka, a tylko pojedyncze osoby (4,00%) były zdania, że używka ta posiada mało znaczący wpływ na ciążę, ponieważ łożysko stanowi dobrą barierę zabezpieczającą przed negatywnym wpływem alkoholu.

Prawie trzy czwarte (74,00%) ankietowanych przyznało, że nie spożywa alkoholu w ciąży. Natomiast 14,00% badanych stwierdziło, że zdarza im się pić dość często, a z kolei 12,00% ciężarnych podało, że zdarza im się pić alkohol przy nadarzającej się ku temu okazji.

Tabela 3. Miejsce zamieszkania a spożywanie alkoholu w ciąży

Miejsce zamieszkania	Spożywanie alkoholu w ciąży		
	Nie	Tak	Ogółem
	%	%	%
Miasto wojewódzkie	82,14	17,86	100,00
Małe miasto	37,50	62,50	100,00
Wieś	78,57	21,43	100,00
Razem	74,00	26,00	100,00
$\chi^2=6,6565; p<0,05$			

Ponad połowa (62,50%) ciężarnych nastolatek pochodzących z małego miasta częściej sięgała po alkohol w ciąży, w porównaniu z respondentkami z miasta wojewódzkiego (17,86%) i badanymi mieszkającymi na wsi (21,43%). Stwierdzone różnice były istotne statystycznie ($\chi^2=6,6565; p<0,05$).

Na spożywanie alkoholu w ciąży nie miały wpływu warunki socjalno-bytowe badanych ($\chi^2=2,5987; p>0,05$), jak również struktura rodziny ($\chi^2=0,4353; p>0,05$).

Połowa respondentek (50,00%) wiedziała, iż podczas ciąży przysługuje im pomoc psychologa, pedagoga, pracownika socjalnego, zasądzenie okresowych alimentów, dodatek socjalny, indywidualna nauka w przypadku niezadowolającego stanu zdrowia, po uprzednim orzeczeniu tego stanu, oraz umieszczenie w odpowiedniej placówce w przypadku

zaistniałych problemów socjalno-bytowych. Natomiast pozostałe respondenci (50,00%) znały tylko niektóre z wyżej wymienionych przysługujących im praw.

W większości ankietowane nie korzystały z różnych form pomocy w ciąży (48,00%). Natomiast ponad jedna trzecia z nich (36,00%) korzystała z pomocy pracownika służby zdrowia, 12,00% z pomocy socjalnej i prawnika, a jedna dziesiąta badanych (10,00%) czerpała pomoc ze strony pedagoga i psychologa.

Wykazano istotny związek pomiędzy oceną relacji młodocianych z ich rodzicami a korzystaniem z pomocy instytucji i placówek w czasie ciąży ($\chi^2=3,8991$; $p<0,05$). Te ciężarne, które miały dobre relacje z rodzicami (ponad połowa ankietowanych – 58,54%), częściej korzystały z różnych form pomocy w porównaniu z ponad jedną piątą (22,22%) dziewcząt, która oceniła, że posiada obojętne lub negatywne stosunki z matką i ojcem (por. tab. 4).

Tabela 4. Ocena relacji z rodzicami a korzystanie ze wsparcia placówek i instytucji pomocowych

Relacje z rodzicami	Placówki i instytucje pomocowe		
	Korzystam	Nie korzystam	Ogółem
	%	%	%
Bardzo dobre/dobre	58,54	41,46	100,00
Negatywne/obojętne	22,22	77,78	100,00
Razem	52,00	48,00	100,00
	$\chi^2=3,8991$; $p<0,05$		

Warunki socjalno-bytowe badanych nastolatek nie wpływają na korzystanie przez nie z pomocy różnych specjalistów. Ponad połowa badanych (56,00%), które miały bardzo dobre lub dobre warunki socjalno-bytowe, oraz ponad dwie piąte respondentek (44,00%) żyjących w warunkach średnich lub złych korzystało z różnych form pomocy w ciąży ($\chi^2=0,72$; $p>0,05$).

Niespełna dwie trzecie (64,00%) badanych dziewcząt uważało, iż kontrola uzębienia u stomatologa jest konieczna podczas ciąży, ponieważ dokładne leczenie i uzupełnianie ubytków stanowi profilaktykę groźnych zakażeń dla dziecka i matki. Natomiast 28,00% respondentek było zdania, że wizyty stomatologiczne nie są potrzebne, ponieważ choroby zębów i przyzębia nie mają żadnego wpływu na ciążę. Z kolei nieliczne badane dziewczęta twierdziły, że stosowane techniki leczenia mogą doprowadzić do poronienia i porodu przedwczesnego (4,00%), a lekarze stomatolodzy nie obejmują swoją opieką kobiet ciężarnych (4,00%).

Ponad trzy piąte (68,00%) ogółu ankietowanych uważało, że kontrola uzębienia u stomatologa jest konieczna podczas ciąży, w porównaniu z ponad jedną trzecią badanych (36,00%), które były odmiennego zdania. Niezależnie od poziomu wykształcenia ($\chi^2=0,8108$; $p>0,05$) ankietowane prezentowały podobny poziom wiedzy na temat konieczności przestrzegania kontroli stomatologicznej podczas ciąży. Przeprowadzona analiza statystyczna nie wykazała istotnych statystycznie różnic pomiędzy badanymi, które miały bardzo dobre lub dobre warunki socjalno-bytowe a respondentkami, które miały średnie lub złe warunki ekonomiczne ($\chi^2=0,3472$; $p>0,05$).

Z analizy wyników badań wynika również, że dieta badanych dziewcząt najczęściej składa się z owoców, warzyw, nabiału, chudego mięsa, ryb, ciemnego pieczywa (82,00%),

natomiast u 12,00% kobiet przeważały frytki, hamburgery, chipsy. Z kolei u 4,00% badanych mocna kawa, herbata, napoje sztucznie barwione i gazowane, alkohol, a nawet surowe mięso i surowe owoce morza, potrawy tłuste smażone (2,00%).

Mimo iż w zdecydowanej większości respondenci wiedzieli, że ciężarna może korzystać z umiarkowanej aktywności fizycznej takiej jak: spacer, pływanie, ćwiczenia według programu dla ciężarnych (96,00%), to jednak niepełnoletnie ciężarne dość rzadko korzystały z form aktywności fizycznej (44,00%). Natomiast 18,00% z nich korzystało codziennie, co dziesiąta (10,00%) co drugi dzień, a ponad jedna czwarta (28,00%) badanych nie przejawiała w ogóle aktywności fizycznej w czasie ciąży. Tylko pojedyncze osoby (4,00%) twierdziły, że kobieta w ciąży może uprawiać sporty wyczynowe oraz ćwiczenia wysiłkowe na siłowni.

Miejsce zamieszkania badanych ciężarnych nie miało wpływu na ich aktywność fizyczną ($\chi^2=4,8256$; $p>0,05$).

DYSKUSJA

Ciąża jest stanem fizjologicznym w życiu kobiety, jednakże u nastolatek do 18. roku życia stan ten wymaga szczególnej troski i specjalnej opieki, zaliczany jest więc do ciąży wysokiego ryzyka [11]. Wcześniejsze dojrzewanie biologiczne występuje w następstwie zmieniających się warunków socjoekonomicznych, czynników cywilizacyjnych, racjonalnego odżywiania, obecna jest zależność pomiędzy wiekiem wystąpienia menarche a masą ciała. Nie istnieje jednak taka zależność w przypadku rozwoju emocjonalnego młodocianych, przeciwnie następuje zwiększanie rozpiętości pomiędzy dojrzałością płciową (biologiczną) a dojrzałością psychospołeczną. W konsekwencji tego okresu adolescencji budzi różnorodne problemy i sprawia, że jest czasem szczególnie trudnym dla samych dziewcząt, jak również dla rodziców i opiekunów [12].

Określenie „młodociane ciężarne” dotyczy nieletnich dziewcząt, które poczęły dziecko i (lub) urodziły je do 18. roku życia. Niskie wykształcenie nastolatek, które jest skutkiem przerwanej niekiedy edukacji szkolnej, a także brak pracy zarobkowej stawia ciężarne w zależności materialnej względem rodziców i zmusza do pozostania na ich utrzymaniu [3].

Przeprowadzone badania własne wyraźnie wskazują, iż młodociane respondenci prawie wszystkie były pannami (100,00%). Zaledwie 10,00% dziewcząt zawierało związek małżeński. Również badania innych autorów potwierdzają zwiększenie odsetka ankietowanych osób stanu wolnego wśród nastolatek w ciąży [13, 14, 15, 16].

Sytuacja społeczno-bytowa najczęściej oceniana jest przez młodociane jako średnia. Taką opinię wyraziło także 46,00% badanych. Dobre warunki życiowe wśród ankietowanych miało 38,00% dziewcząt. Tylko niewielka część nastolatek mieszkała w skrajnie złych lub w bardzo dobrych warunkach. Większość autorów ściśle wiąże wystąpienie zjawiska ciąży u nieletnich z ich niekorzystną sytuacją socjalno-bytową i łącząc to z częstszym występowaniem problemów natury medycznej [4, 8, 16, 17]. Podobne zdanie przytacza Wróblewska [18] odnosząc się do środowisk biednych, zaniedbanych, mających ogromne problemy materialne, z powodu, których młodociane matki osiągają niższy status socjalno-ekonomiczny i społeczny. Przyczynę różnicy dotyczącej

warunków socjalno-bytowych młodocianych ciężarnych, którą wyłoniono porównując badania własne do wyników badań innych autorów, można upatrywać w tym, iż w obecnym czasie pierwsze doświadczenie seksualne przeżywają dziewczęta w coraz młodszym wieku, ale także w tym, iż jest to zjawisko zdarzające się w rodzinach o różnym statusie materialnym.

Mimo iż znaczna większość ankietowanych nie planowała ciąży, jednakże z analizy zebranego materiału widać, iż pomimo młodego wieku i niedostatecznej dojrzałości psychospołecznej ponad jedna dziesiąta osób planowała poczęcie swego dziecka. Kazimierczak [19] oraz Gajewska [14] na podstawie wyników własnych badań uważają, iż przeważająca liczba ciąż u dziewcząt nieplanowana, nieoczekiwana, jak też niechciana, połączona z małą akceptacją swego nienarodzonego dziecka. Podobnego zdania są także inni autorzy, których wyniki badań wyraźnie wskazują, iż wszystkie badane ciężarne nie planowały poczęcia [8, 20].

Według Bidzan [2] większość młodocianych dziewcząt dość późno dowiaduje się o zaistniałej ciąży, często dopiero pomiędzy 3. a 5. miesiącem ciąży. Na podstawie pracy własnej i przeprowadzonej analizy danych stwierdzono, że ciężarne dowiadywały się najczęściej o poczęciu w drugim miesiącu ciąży. Nieznacznie większy odsetek respondentek to dziewczęta mające świadomość zaistniałej ciąży już w pierwszym miesiącu jej trwania. Pozostałe nieliczne osoby dowiedziały się o tym w trzecim lub czwartym miesiącu ciąży. Ponadto inni autorzy twierdzą, iż średnia liczba wizyt w poradni dla kobiet jest mniejsza w przypadku młodocianych ciężarnych niż wśród dorosłych. Badania przeprowadzone przez Pałowską [7] wskazują także na późniejszy (14. tydzień ciąży) czas odbycia pierwszej wizyty u lekarza.

Z przeprowadzonej przez Jarząbek [20] analizy badań wynika, iż w badanej grupie młodocianych większość dziewcząt w chwili rozpoznania ciąży była zaskoczona, nierzadko zrozpaczona, wyrażała lęk przed macierzyństwem. Według Fenczyn [21], na emocjonalny stosunek dziewcząt do macierzyństwa wpływają zjawiska towarzyszące dojrzewaniu, budzące się uczucia, zmiana postaw, kryzys własnej tożsamości. Jak podaje Bidzan [2], reakcją nastolatki na wiadomość o poczęciu dziecka jest najczęściej niedowierzenie i szok, a następnie strach przed nową, trudną, nieoczekiwaną sytuacją życiową. Badania własne potwierdziły wyniki pochodzące od innych autorów – respondentki w chwili rozpoznania ciąży najczęściej odczuwały lęk, niepokój, strach oraz niepewność, zaskoczenie. Występowanie wielu różnorodnych odczuć wśród nastolatek można tłumaczyć ogromem wyzwań, koniecznością podjęcia nowych zadań i ról życiowych. Niepełnoletnie dziewczęta postrzegają ciążę jako przyczynę problemów z rodzicami, partnerem, szkołą – z powodu napiętnowania przez otoczenie negatywnie oceniające wczesne macierzyństwo [22].

Zadaniem opieki prenatalnej skierowanej do przyszłej matki jest zmniejszenie częstości powikłań kobiety i jej dziecka poprzez wczesne rozpoznawanie wszelkich zagrożeń i usuwanie czynników ryzyka. Im wcześniej ciężarna zostanie objęta fachową opieką medyczną, tym szybciej zostaną rozpoznane ewentualne problemy i nieprawidłowości, co służy podjęciu skutecznych działań profilaktyczno-leczniczych [23].

Notuje się, że około 14% ciężarnych dziewcząt w ogóle nie jest pod opieką służby zdrowia, a mniej niż 10% posiada dostęp do profesjonalnej opieki prenatalnej [24]. Jak wynika z przeprowadzonych badań własnych, większość dziewcząt

odbyła pierwszą wizytę w poradni ginekologiczno-położniczej w pierwszym lub drugim miesiącu ciąży, czyli tuż po jej rozpoznaniu lub w momencie jej podejrzenia. Drugą grupę stanowiły respondentki, które zostały objęte opieką medyczną w trzecim lub w czwartym miesiącu ciąży. Bardzo nieliczny odsetek dziewcząt stanowiły osoby, które zgłosiły się na wizytę w zaawansowanej ciąży lub w ogóle nie były objęte taką opieką. Niektórzy autorzy, argumentując późniejsze objęcie opieką lekarską młodocianych w ciąży, wymieniają między innymi złe warunki socjalno-bytowe i niekorzystną sytuację ekonomiczną dziewcząt [2, 24, 25, 26, 27].

Niepełnoletnie ciężarne stanowią grupę ryzyka położniczego z uwagi na częstsze występowanie powikłań, w tym ryzyko porodu przedwczesnego, anemii, nadciśnienia ciążowego, chorób przenoszonych drogą płciową, zakażeń układu moczowego, hipotrofii płodu [3, 5, 6, 7, 8, 17, 24, 26, 28]. Analiza badań własnych wykazała, iż ponad połowa ankietowanych podawała nudności i wymioty jako główne dolegliwości towarzyszące ciąży, rzadziej dziewczęta podawały bóle w dole brzucha i skurcze. Najmniejszy odsetek stanowiły osoby z plamieniem lub krwawieniem z dróg rodnych. Przeprowadzone badania wykazały, iż osoby cierpiące z powodu nudności i wymiotów istotnie częściej odbyły wizytę w poradni dla kobiet w I lub II miesiącu ciąży w porównaniu z ciężarnymi mającymi bóle brzucha, krwawienia lub inne dolegliwości. Bidzan [2] uważa, iż w grupie młodocianych ciężarnych około 14% z nich w ogóle nie jest objętych opieką lekarską, a jedynie mniej niż 10% posiada dostęp do rzetelnej i profesjonalnej opieki ciążowej. Kuczyńska-Sicińska [24] dodaje, iż średnia liczba wizyt kontrolnych nastolatek u lekarza jest znacznie mniejsza niż u dorosłych kobiet i wynosi około 3–6 w przebiegu całej ciąży.

Kontrola stomatologiczna uzębienia ciężarnych odgrywa istotne znaczenie [29, 30, 31]. Obecność ognisk zakażenia, choroby przyzębia w okresie ciąży mogą stanowić ryzyko poważnych powikłań. Wyniki badań własnych wykazały, iż wiedza ankietowanych dziewcząt dotycząca konieczności kontroli uzębienia u stomatologa w okresie ciąży jest zadawalająca. Ponad połowa badanych uważa, iż regularne wizyty stomatologiczne są potrzebne, ponieważ dokładne leczenie i uzupełnianie ubytków stanowi profilaktykę groźnych zakażeń dla dziecka i matki.

Dieta kobiety w ciąży spełnia ogromnie ważną rolę w prawidłowym rozwoju płodu. Nieprawidłowe odżywianie wpływa na wystąpienie powikłań takich jak: poronienie, poród przedwczesny, niedokrwistość oraz obniża ogólną odporność organizmu kobiety. Zalecana dieta powinna być urozmaicona, składać się z posiłków lekko strawnych, mniej obfitych, ale pokrywających w pełni zapotrzebowanie na niezbędne składniki odżywcze: białko, tłuszcze, węglowodany, witaminy i związki mineralne [31, 32]. Według Olejek [16], młodociane w ciąży mają na ogół złe nawyki żywieniowe, co jest ściśle połączone z ich niewielką świadomością zachowań zdrowotnych i lekceważeniem zaleceń personelu medycznego. Potwierdza to również Dębski [3] dodając, iż niedobory żywieniowe, stosowanie różnorodnych diet odchudzających z obawy przed nadmierną masą ciała stanowi poważne zagrożenie dla rozwoju ciąży. Ponadto młody organizm nastolatki sam jeszcze potrzebuje niezbędnych składników odżywczych. Jednak z analizy badań własnych wynika, iż wszystkie ankietowane posiadały właściwą wiedzę na temat produktów zaleconych w diecie ciężarnej. Co ważniejsze, w diecie przeważającej większości dziewcząt dominowały

owoce, warzywa, nabiał, chude mięso, ryby i ciemne pieczywo. Tylko niewielki odsetek ankietowanych podało, że w ich diecie przeważają produkty typu fast-food. Natomiast Dębski [3] uważa, iż młodociane w ciąży posiadają niewielką wiedzę na temat racjonalnego odżywiania, a w ich diecie występują często niedobory białkowe i kaloryczne, niedobory wapnia, żelaza, kwasu foliowego oraz witaminy A.

Aktywność fizyczna w czasie ciąży powinna być źródłem satysfakcji i dobrego samopoczucia kobiety. Regularne wykonywanie ćwiczeń fizycznych wzmacnia ogólną kondycję organizmu, poprawia apetyt, ułatwia sen, a w szczególności pozytywnie wpływa na przebieg okresu porodu i połogu [31, 33]. Aktywność fizyczna ciężarnej wymaga zasięgnięcia porady lekarskiej odnośnie do ewentualnych przeciwwskazań. Zdecydowana większość badanych respondentek posiadała prawidłową wiedzę na temat zalecanych form aktywności fizycznej dla kobiet w ciąży.

Na podstawie badań przeprowadzonych przez Kazimierczaka [19] stwierdzono, iż wśród nastolatek obserwuje się większy odsetek osób palących tytoń. Nikotyzm wśród ciężarnych naraża ich dzieci na niedotlenienie i niedożywienie oraz zwiększoną zachorowalność po urodzeniu [34]. Z własnych badań wynika, iż większość badanych dziewcząt wiedziała, że palenie w ciąży predysponuje do wystąpienia wyżej wymienionych powikłań. Jednak badane wskazywały także na neutralny wpływ palenia tytoniu na ciążę, a niektóre przyznawały się również do tego, że zupełnie nie posiadają wiedzy na ten temat. Według Niebrzydowskiego [4], dziewczęta wywodzące się z rodzin o zaburzonej strukturze i niskim statusie ekonomicznym narażone są bardziej na zachowania ryzykowne i nieprzemysłane. Potwierdzają to również wyniki badań własnych.

Spożywanie alkoholu przez ciężarne naraża płód na szereg wad rozwojowych i opóźnień w rozwoju umysłowym [35]. W badaniach własnych zdanie to podziela znaczna większość ciężarnych, natomiast dla pozostałych osób picie alkoholu nie ma wpływu na ciążę lub wpływ mało znaczący. Zdecydowana większość badanych twierdzi, iż nie pije alkoholu w ciąży, pozostałe przyznają, że spożywają alkohol okazjonalnie lub za namową innych osób. Młodociane żyjące w średnich lub złych warunkach ekonomicznych, jak wykazały badania własne, nieznacznie częściej miały kontakt z alkoholem, w porównaniu z osobami z dobrą lub bardzo dobrą sytuacją materialną.

Według badań własnych, połowa ankietowanych posiadała pełną wiedzę na temat praw, jakie przysługują niepełnoletniej ciężarnej, natomiast pozostała grupa dziewcząt znała tylko niektóre. Może to wynikać z niewielkiego zainteresowania aspektem prawnym oraz braku korzystania z przysługujących praw.

Według Chraściel [36], opieka nad osobą niepełnoletnią zakłada podejmowanie starań o zaspokojenie jej potrzeb wychowawczych i rozwojowych, w tym poprzez działanie osób i instytucji w przypadku zagrożenia jej dobra. Jak wynika z badań własnych, w większości respondentki nie korzystały ze wsparcia instytucji pomocowych, pozostałe respondentki korzystały z zakładów opieki zdrowotnej i tylko niewielki odsetek z ośrodków pomocy społecznej i poradni konsultacyjnych. Można przypuszczać, iż większość respondentek nie potrzebuje wsparcia ze strony opieki społecznej ze względu na dobre relacje z najbliższymi, którzy są wydolni wychowawczo i są w stanie zapewnić im wszechstronną pomoc.

WNIOSKI

1. Występowanie dolegliwości związanych z ciążą, np. nudności, wymiotów, u badanych ciężarnych wpływa na wcześniejsze odbycie pierwszej wizyty u lekarza ginekologa.
2. Dziewczęta z rodzin niepełnych częściej palą papierosy w porównaniu z badanymi, które mają pełną rodzinę.
3. Nietletnie ciężarne znają zalecenia dotyczące racjonalnej diety kobiety ciężarnej, aktywności fizycznej w ciąży, szkodliwości używek w ciąży, jednak nie wszystkie stosują się do tych zaleceń.
4. Młodociane ciężarne posiadają pewien zasób wiedzy, odnoszący się do zachowań prozdrowotnych kobiet w ciąży, wynikających ze stylu życia, konieczności przestrzegania zaleconych badań diagnostycznych, kontroli stomatologicznej, przejawiają świadomość szkodliwego wpływu używek na stan zdrowia dziecka, odbywania niezbędnej konsultacji lekarskiej w przypadku zaistniałych dolegliwości.
5. W chwili rozpoznania ciąży uczuciami dominującymi u dziewcząt były lęk, niepokój, strach oraz niepewność, zaskoczenie i bezradność.
6. Małoletnie dziewczęta w chwili potwierdzenia ciąży odczuwają negatywne emocje, jednak większość nastolatek deklaruje mobilizację własnych sił i chęć czynnego zaangażowania się w rolę matki.

POSTULAT KOŃCOWY

Konieczne jest udzielanie przez różne instytucje szeroko rozumianego wsparcia nietletnim ciężarnym, polegającego w szczególności na profesjonalnej opiece medycznej w okresie ciąży, wsparciu psychologiczno-pedagogicznym, doradztwie prawnym, socjalnym i zawodowym.

PIŚMIENNICTWO

1. Konefka T, Kuchta-Musiałek J. Nietletnia ciężarna porażką edukacji, rodziców, medycyny? W: Żurawska M, Łukasik A (red.). Szkoła w nurcie koncepcji, badań i doświadczeń. Toruń: Wydawnictwo Adam Marszałek; 2008: 174.
2. Bidzan M. Nastoletnie matki. Psychologiczne aspekty ciąży, porodu i połogu. Kraków: Oficyna wydawnicza Impuls; 2007.
3. Dębski R. Ciąża i poród u młodocianych. W: Izdebski Z (red.). Zagrożenia okresu dorastania. Zielona Góra: Oficyna Wydawnicza Uniwersytetu Zielonogórskiego; 2008: 185.
4. Niebrzydowski L. Poziom samoakceptacji u nietletnich matek samotnie wychowujących nieślubne dzieci. Probl Rodz. 2001; 3: 44–47.
5. Dworsky A, Courtney ME. The risk of teenage pregnancy among transitioning foster youth: Implications for extending state care beyond age 18. Child Youth Serv Rev. 2010; 32: 1351–1356.
6. Alio AP, Mbah AK, Grunsten RA, Salihu HM. Teenage Pregnancy and the Influence of Paternal Involvement on Fetal Outcomes. J Pediatr Adolesc Gynecol. 2011; 24: 404–409.
7. Pawłowska A, Filipp E, Pietrasik D, Krawczyńska M, Wilczyńska A, Niemiec K.T. Analiza przebiegu ciąży oraz wyników położniczych u nastolatek rodzących w Klinice Położnictwa i Ginekologii Instytutu Matki i Dziecka w Warszawie. Ginekol Prakt. 2005; 84 (4): 41–42.
8. Niemiec T. Macierzyństwo u młodocianych. Nowa Med. 2004; 1: 21–23.
9. Baumert M (red.). Noworodek przedwcześnie urodzony. Ćwiczenia z neonatologii. Katowice: Wyd. Śląska Akademia Medyczna; 2004.
10. Frankowicz-Gasiul B, Michalik A, Czerwińska A, Zydorek M, Olszewska J, Olszewski J. Ciąża młodocianych – problem medyczny i społeczny. Studia Medyczne 2008; 11: 57–63.
11. Żydowicz-Mucha E, Kocięba-Gała B, Pajszczyk-Kieszkiewicz T. Przebieg ciąży i porodu u młodocianych. Ginekol Pol. 1999; 70 (5): 392–395.

12. Marianowski L, Grzechocińska B. Prowadzenie ciąży oraz poród u nieletnich. *Medipress Ginekol.* 1996; 2(3): 2–5.
13. Dawcewicz R. Analiza opieki przedporodowej u młodocianych rodziców w Klinice Położnictwa IGP AM w Szczecinie w latach 1990–1992. *Ginekol Pol.* 1993; 64: 395–398.
14. Gajewska M, Karwan-Płońska A, Skrzos-Buciak M, Wiater E. Analiza przebiegu ciąży i sposobu ukończenia porodu u dziewcząt poniżej 19 roku życia. *Ginekol Pol.* 2000; 71(8): 658–663.
15. Wiktor H, Błażukiewicz P, Surmacz L, Makara-Studzińska M, Rutkowski A. Analiza porodów w grupie niepełnoletnich matek. *Ginekol Pol.* 2006; 77(1): 115.
16. Olejek A, Binkiewicz P, Nowak L, Chmicewski P. Analiza przebiegu ciąży i porodów u pacjentek w wieku 14–18 lat rodzących w Katedrze i Oddziale Klinicznym Położnictwa i Ginekologii w Bytomiu w latach 1997–2001. *Ginekol Pol.* 2003; 74(8): 603–605.
17. Stawińska-Witoszyńska B, Wiewiórowska M, Witoszyński S, Polaszewski A. Analiza porodów wśród niepełnoletnich dziewcząt w mieście Poznaniu w latach 1996–2001. *Wiad Lek.* 2002, LV, supl. 1 (1): 476–478.
18. Wróblewska W. Wybrane aspekty zdrowia reprodukcyjnego. *Studia Demograficzne* 2002; 1: 11–41.
19. Kazimierzczak W, Fiegler-Rudol P, Węgrzyn P, Cholewa D, Kliś J. Przebieg ciąży i porodu u kobiet poniżej 18 oraz powyżej 35 roku życia w populacji wielkomiejskiej Górnego Śląska. *Ginekol Pol.* 2005; 76(12): 980–984.
20. Jarzabek G, Grys E, Wachowiak-Ochmańska K, Kapczuk K, Bieś Z, Grys M. Cięża u młodocianej. *Now Lek.* 2001; 70 9(3): 231–233.
21. Fenczyn J. Wiek i wpływy środowiskowe a emocjonalne ustosunkowanie do macierzyństwa dziewcząt w okresie dojrzewania. *Pediatr Pol.* 2003; 78(2): 117–122.
22. Jarzabek G, Sowińska-Przepiera E. Neuroendokrynne i hormonalne uwarunkowania rozwoju płciowego u dziewcząt. *Przegląd Seksuologiczny* 2007; 3(4): 17–19.
23. Chazan B. Organizacja opieki medycznej nad kobietą w ciąży. W: Bręborowicz HG (red.). *Położnictwo i ginekologia.* Warszawa: PZWL; 2010: 58–63.
24. Kuczyńska-Sicińska J. Problemy macierzyństwa u młodocianych. *Post Nauk Med.* 1998; 11, 4: 25.
25. Włodarczyk E. Nastoletnie macierzyństwo jako problem indywidualny i społeczny. W: Marzec-Holka K, Guzy-Steinke H (red.). *Kapitał społeczny a nierówności – kumulacja i redystrybucja.* Bydgoszcz: Wydawnictwo Uniwersytetu Kazimierza Wielkiego; 2009: 455.
26. Grzechocińska B, Marianowski L. Cięża, poród, połów u nieletnich. *GinekolPrakt.* 2000; 8: 4–6.
27. Ekonjo-Bwire G, Pałczyński B, Gryboś M. Cięża i poród u młodocianych jako problem społeczny i zdrowotny. *Ginekol Prakt.* 2003; 11(6): 47–52.
28. Biesiada L, Krajewski P, Jaworska-Pietraszek J, Pietrzak Z, Krasomski G. Przebieg ciąży i porodu u pacjentek młodocianych. *Klin Perinatol Ginekol.* 2007; 43(2): 67–68.
29. Rzempełuch J, Cekański A, Semczuk M (red.). *Chcę urodzić zdrowe dziecko.* Katowice: Katowicka Fundacja Pomocy Dzieciom Kalekim; 1995.
30. Murkoff H, Eisenberg A, Hathaway S. *W oczekiwaniu na dziecko.* Poznań: Wydawnictwo Rebis; 2003.
31. Łepecka-Klusek C (red.). *Pielęgniarstwo we współczesnym położnictwie i ginekologii.* Lublin: Wyd. Czelej; 2003.
32. Krzyszczka R, Bień AM, Grudzińska M. *Dieta kobiety ciężarnej.* W: Bień AM (red.). *Opieka nad kobietą ciężarną.* Warszawa: PZWL; 2009: 213–241.
33. Grudzińska M, Bień AM. *Styl życia kobiety ciężarnej.* W: Bień AM (red.). *Opieka nad kobietą ciężarną.* Warszawa: PZWL; 2009: 183–212.
34. King J. *Nadużywanie substancji uzależniających w okresie ciąży.* *Med Dypl.* 1998; 8: 90–99.
35. Kowalewska A. Wybrane problemy związane z podejmowaniem życia seksualnego przez nastolatki. *Lider* 1998; 10: 20.
36. Chraściel K. *O prawach dziecka i jego miejscu w systemie pomocy społecznej.* *Praca Socjalna* 2008, 5: 19–24.

Underage pregnancy – a contemporary biopsychosocial problem

Abstract

Today in Poland, a downward tendency is observed in the age of girls becoming pregnant and, consequently, an increased number of childbirth among teenagers. The course of pregnancy in underage girls may be disturbed by the occurrence of various complications, which are the effect of receiving late medical care or the lack of appropriate medical care. In addition, due to the new psychological and social situation, pregnancy in underage girls is considered a problem from personal and family aspects.

Objective. The objective of the study was identification of biopsychosocial problems among underage pregnant girls.

Material and methods. The study was conducted in the first half of 2011, among underage pregnant girls reporting to selected public and non-public health care facilities in the Lublin Region, by the method of a diagnostic survey using a questionnaire technique. The research instrument was a questionnaire designed by the author, containing items concerning the respondents' characteristics and the object of study, developed based on the 5-point Likert scale.

Results and conclusions. At the moment of confirming pregnancy underage girls experience negative emotions. Underage pregnant girls possess a certain scope of knowledge with respect to health promoting behaviours of women in pregnancy. They show awareness of the hazardous effect of stimulants on the state of health of the baby, and understand the necessity for medical consultation in the case of complaints.

Underage pregnant girls know the recommendations concerning a rational diet of a pregnant woman, physical activity in pregnancy, and the hazardous effect of stimulants in pregnancy; however, not all of them observe these recommendations.

Key words

underage pregnant girls, social problems, medical problems, psychological problems

