

Nieletnie macierzyństwo
– problem ogólnoswiatowy

Urszula Kempieńska

Nieletnie macierzyństwo
– problem ogólnoświatowy

Poznań 2017

Recenzja
prof. zw. dr hab. Andrzej Jaczewski

Projekt okładki, redakcja techniczna
Sławomir Szczepański

Korekta
Angelika Breksa

Skład, łamanie
Maciej Torz

Copyright 2017 Urszula Kempieńska

All rights reserved

ISBN:978-83-943050-5-5

Wydawca
Instytut Naukowo-Wydawniczy MAIUSCULA sp. z o.o.
ul. Szelągowska 45A, 61-626 Poznań
biuro@maiuscula.pl

Druk i oprawa
Zakład Poligraficzny Moś i Łuczak sp.j.
Ul. Piwna 1, 61-065 Poznań
www.mos.pl

Wydanie I

Mamie

Spis treści

Wprowadzenie	9
Część I	
Nieletnie macierzyństwo w literaturze przedmiotu i statystyce	15
Rozdział 1	
Prawa kobiet i dzieci w przepisach międzynarodowych	17
Rozdział 2	
Uwarunkowania nieletniego macierzyństwa – perspektywa europejska	25
1. Pojęcie i klasyfikacja samotnego macierzyństwa	25
1.1. Konsekwencje monoparentalności	30
1.2. Samotne macierzyństwo	31
2. Uwarunkowania rozrodczości nastolatków	33
3. Skutki samotnego macierzyństwa nastolatków	42
3.1. Konsekwencje zdrowotne	42
3.2. Stosowanie antykoncepcji i statystyka aborcji	44
3.3. Wielorództwo	56
3.4. Stan cywilny nastoletnich matek	60
3.5. Ojcowie dzieci nastolatków	64
3.5.1. Wiek ojców dzieci nastolatków	65
3.6. Konsekwencje społeczne	72

Rozdział 3	
„Wczesne małżeństwa” i „przymusowe macierzyństwo” w wybranych krajach Afryki i Azji Południowej	77
1. Uwarunkowania wczesnego macierzyństwa	77
2. Praktyka obrzezania	82
3. Wiek zawarcia związku małżeńskiego i płodność nastolatek	89
4. Statystyka aborcji i stosowania antykoncepcji	99
Część II	
Pomoc socjalna nieletnim matkom	103
Rozdział 1	
System wsparcia dla „wczesnych małżeństw” i nieletnich matek w wybranych krajach rozwijających się	105
Rozdział 2	
Wybrane formy wsparcia nieletnich matek w niektórych krajach Europy	111
1. Polska	112
2. Ukraina	121
3. Belgia	124
4. Francja	128
5. Anglia	133
W poszukiwaniu lepszego świata (wnioski)	139
A la recherche d'un monde meilleur (les conclusions)	147
In search of a better world (conclusions)	157
Bibliografia	165

Wprowadzenie

Współczesny świat opieki w społeczeństwie jest wielce rozbudowany. Świadczenie opieki sprawowane jest względem osób w różnych grupach wiekowych, opieką obejmowane są różne kategorie osób, oraz opieka jest świadczona przez różne podmioty. W pewnym sensie opieka (i korzystanie z niej) staje się zjawiskiem uniwersalnym, powszechnym i długotrwałym z racji wysokiego stopnia wzajemnego uzależnienia się jednostek i grup w populacjach ludzkich. Można mówić nawet o wszechobecności aktów świadczenia i akwizycji opieki (pomocy) ze strony innych ludzi. Czy zawsze jednak nasza pomoc dociera do osób potrzebujących, słabych? Pojęcie „człowiek słaby” odnosi się do szczególnej kategorii ludzi, pod jakim względem obdarzonych defektami. Tymczasem zgodnie z wykładnią kulturalistyczną człowiek jest, jako taki, biologicznie słaby. Słabość jest naszą cechą gatunkową. Dowodem pośrednim na to jest właśnie olbrzymi rozwój czynności opiekuńczych w populacjach ludzkich. W perspektywie antropologicznej zjawisko opieki jest sytuowane w kontekście procesu homogenezy, rozumianej jako konstytuowanie się jednostkowego bytu ludzkiego. W podejściu tym akcent pada na wymogi egzystencjalne oraz potrzeby człowieka słabego i konieczność ich zaspokajania przez innych ludzi. Spoglądając na świat opieki w sposób „całościowy” zauważyć można liczne przejawy jej zaburzeń, a nawet patologii. Patologizacja odnosi się do dorosłego stadium życia jednostki. Nadmierna pomoc rodzi niemoc. Nadopiekuńczość wzbudza np. tendencję do uwalniania się przez ludzi dojrzałych i życiowo samodzielnych od odpowiedzialności za stan własnych spraw i przerzucania jej na innych, w tym także na instytucje państwowe [Schulz, 2016]. Przykładem nadopiekuńczości i jednocześnie patologizacji jest system pomocy socjalnej dla nieletnich matek np. w Wielkiej Brytanii czy Francji. Wysokość zasiłków połączona z posiadaniem czasu wolnego sprawia, że wiele niepełnoletnich dziewcząt nie chce dorosnąć, nie dąży do osiągnięcia dojrzałości społecznej. Nieletnie macierzyństwo, a w szczególności wielorództwo jest dla nich « wygodnym » sposobem na życie. Francuskie badania dowodzą, że dziewczęta, głównie

z regionów dotkniętych wysokim bezrobociem, przed upływem terminu wypłaty zasiłku ponownie zachodzą w ciężę, żeby otrzymać pomoc od państwa i żyć w lepszych warunkach od rówieśniczek nie posiadających dzieci, ale ...pracujących [Quill, 2015]. Taki system pomocy nie sprzyja pojmowaniu pracy jako wartości. Odnosi się czasem wrażenie, że system ratownictwa społecznego obsługuje w dużym stopniu osoby nie mające motywacji oraz niezdolne do samoopieki. Istniejąca w tej dziedzinie obyczajowość tylko infantyлізуje zachowania ludzi dorosłych. Należy zadać sobie za R. Schulzem pytania: czy na pewno wszyscy w każdej sprawie potrzebujemy opieki innych? Czy nie jest tak, że sami w wielu sprawach możemy o siebie zadbać? Co przeszkadza ludziom, aby dbać o siebie? Czy ktoś tego zakazuje? [Schulz, 2016].

Na świecie żyje ponad 7,4 mld ludzi¹. Populacja ludzka rośnie w coraz szybszym tempie i zapewnienie każdemu prawa do godnego życia, wolności i edukacji staje się coraz większym globalnym problemem. Szacuje się, że rodziny trzeciego tysiąclecia żyją niejako w dwóch odrębnych światach – pieniądza i dóbr (3–5 % populacji) oraz biedy i niedostatku (około 35 %)[za: Kawula, 2012]. Dla ludzi zagrożonych ubóstwem i wykluczeniem, odnalezienie się we współczesności staje się nie lada wyzwaniem lub nawet niemożliwością. Stają się „Innymi”. „Inni” stanowią podklasę, w której obowiązują inne zasady i przysługują inne prawa [Kapuściński, 2004]. Do kategorii „Innych” można zaliczyć nieletnie, samotne matki, które są narażone na wykluczenie społeczne i marginalizację. Cięża niejednokrotnie ogranicza ich szanse edukacyjne i rozwój, oraz utrwala biedę i wykluczenie. Pozbawienie możliwości uczenia się powoduje, że one i ich dzieci będą niezdolne do zrealizowania swych wrodzonych zdolności. Zdaniem R. Wilkinsona i K. Pickett wiek zostania matką jest ściśle związany z uwarunkowaniami kulturowymi. Nastoletnie macierzyństwo wpisuje się w międzypokoleniowy nurt życia rodzinnego. Indywidualne doświadczenia młodych kobiet i ich osobiste wybory – o podjęciu życia seksualnego, antykoncepcji i aborcji, wybory dotyczące zawodu i kariery, są kształtowane przez społeczeństwo, w którym żyją. Wskaźnik nastoletnich urodzeń jest więc silnie związany z nierównościami społecznymi. Odsetek nastoletnich porodów jest wyższy w społecznościach, które również mają wysoki wskaźnik rozwodów, bezrobocia, ubóstwa i przestępczości, a niski, poziomu zaufania i spójności społecznej [Wilkinson, Pickett, 2009]. Dlatego tak niezbędna jest wszechstronna pomoc socjalna dla tej grupy społecznej. Praktyka pokazuje jednak, że pomoc ta jest często niespójna i nieskuteczna, co wynika z płynności procesów społecznych i braku adekwatnego zdefiniowania polityki rodzinnej, która z jednej strony kreuje środowisko społeczne, a z drugiej koryguje zaistniałe odchylenia. Np. w Wielkiej Brytanii wdrażana po wielkim kryzysie polityka *austerity* uderzyła szczególnie w najbiedniejszych obywateli. Kolejne reformy wprowadzane konsekwentnie przez wszystkie ekipy rządowe od czasów M. Thatcher,

1 Liczba ludności świata w dniu 10.10.2016 r., godz. 22:00 wynosiła 7 456 368 062 [http://www.worldometers.info/pl].

instytucje opiekuńcze, zamiast przeciwdziałać wykluczeniu i pomagać najsłabszym, służą ich nadzorowaniu i dyscyplinowaniu, pokazują im, gdzie jest ich miejsce [Majmurek, 2016]. Pomoc społeczna powinna eliminować nierówności społeczne, a nie utwierdzać status quo.

Problem nastolatek w ciąży oraz niepełnoletnich matek nie jest częstym przedmiotem dyskusji społecznej. Brak adekwatnej pomocy państwa (szeroko rozumianego poradnictwa), bezradność systemu wobec problemu oraz milczące przyzwolenie społeczne powoduje, iż temat ten spychany jest do „podziemia” informacyjnego. Bez względu na kraj czy kontynent, bardzo często problemy samotnych (nieletnich) matek stają się narzędziem polityki, tematem zastępczym – „kozłem ofiarnym”, na którym ma się skupić uwaga zbiorowości lub pojawiają się podczas kampanii wyborczych. Po wyborach już się o „Innych” zapomina. W wielu krajach nie istnieje też kompleksowa polityka dotycząca kobiet w ciąży i matek z dziećmi, tym bardziej matek nastoletnich, która umożliwiłaby wspieranie ich w trudnych sytuacjach ekonomiczno-społecznych. Brak jest rozwiązań systemowych, zaś podejmowane działania doraźne mają bardziej charakter „ratunkowy”, nie są ukierunkowane na długofalową pomoc, np. wsparcie i wyjście z sytuacji bezradności i przeciwdziałanie rozrodczości wśród nieletnich [Kempińska, 2012 a].

Zmiany obyczajowo-kulturowe zapoczątkowane w latach 60. XX w. przyniosły zmianę tradycyjnego modelu rodziny i jej struktury. Jednak w historii społeczeństw samotne rodzicielstwo nie jest zjawiskiem nowym. Rodziny tworzone przez samotne matki i ojców występowały zawsze, zaś społeczne organizacje wypracowały sposoby ich wspierania: od rekonstrukcji rodzin (powtórne małżeństwa) po publiczne wsparcie ze środków gromadzonych przez wspólnotę. Nietletnie macierzyństwo także nie jest nowym, ani zjawiskiem, ani problemem społecznym. Współcześnie jednak, szczególnie w krajach wysoko uprzemysłowionych, występuje w rozmiarze niemal marginalnym, ale występuje, i dla tej grupy osób trzeba budować system opieki społecznej i zdrowotnej.

W słowie wstępnym do polskiego wydania „Prekariatu” Jacek Żakowski napisał: *„żyjemy w świecie ogarniętym obsesją liczenia, ale prowadzi się tylko te rachunki, które potwierdzają ideologiczną wiarę zlecającego liczenie albo liczącego”* [Żakowski, 2014]. W tym świecie „liczenia wszystkiego”, 1 143 urodzenia żywych dzieci przez polskie nastolatki w wieku 16 lat i mniej wobec 375 160 wszystkich urodzeń w 2014 r. [GUS], można potraktować jako „statystyczny błąd”(?). Nie można jednak zlekceważyć liczby 13 787, która odpowiada urodzeniom żywym przez matki w tej kategorii wiekowej, w perspektywie innej niż jednego roku, bo w okresie dekady, tj. od roku 2005 do 2014. Nie można też zlekceważyć liczb 5 894 czy 2 851, które odpowiadają urodzeniom w ciągu dekady przez słowackie i duńskie nastolatki [Urzędy Statystyczne]. Nie można milczeniem pominąć danych opublikowanych przez UNFPA²,

2 UNFPA – United Nations Population Fund, Fundusz Ludnościowy Narodów Zjednoczonych.

że codziennie 20 000 nastolatków, głównie w państwach Afryki i Azji Południowej rodzi dziecko; że każdego roku 70 000 dorastających dziewczynki umiera z powodu komplikacji związanych z ciążą i porodem, a 3,2 miliona poddaje się zabiegom tzw. „niebezpiecznych aborcji” [La mère – enfants, 2013]. Jeżeli weźmie się pod uwagę także wyniki badań światowych [Kempińska, 2012 a, 2013, Dahl, 2010, Wilkinson, Pickett, 2009, Wellings, 2007], że nieletnie matki to córki i wnuczki nieletnich matek, że nieletnie rodzicielstwo i życie z pomocy społecznej jest dziedziczone to już tych liczb podwojonych, czy potrojonych nie można i nie należy ignorować. Tak duża liczba urodzeń dzieci przez dzieci i wysoki wskaźnik aborcji są wymownym dowodem porażki systemu edukacyjnego i wychowawczego. Mimo zmian zachodzących w modelu rodziny, w jej wnętrzu i uwarunkowaniach zewnętrznych tworzy ona środowisko zamknięte, jednocześnie oczekujące porad i wsparcia. Profilaktyka społeczna, edukacja i wspomaganie pedagogiczne zwiększają szansę na godne życie wielu rodzin. Rzetelnie realizowana edukacja seksualna powinna sprzyjać właściwym wyborom, oddziaływać na minimalizację ciąż wśród nieletnich. Badania ukazują dość bolesną rzeczywistość; nie tylko na obszarze Europy, ale nawet na terenie jednego kraju nie ma jednolitości w kwestii realizacji zajęć z tej tematyki. Np. na Ukrainie zagadnienia z zakresu edukacji seksualnej realizowane są, ale w ramach przedmiotu „Podstawy zdrowia” [Завгородня, 2012]. W Szwajcarii nie ma ogólnokrajowych wytycznych dotyczących obowiązku realizacji edukacji seksualnej w szkołach. W związku z tym, młodzież w tym samym wieku, ale mieszkająca w różnych kantonach nie odbiera takiej samej wiedzy [Chammartin, Groux, 2014]. W Wielkiej Brytanii natomiast edukacja seksualna wiąże się głównie z wiedzą o antykoncepcji. Ale czy edukacja seksualna ma dostarczać jedynie wiedzy o antykoncepcji? A praca z nieletnimi matkami ma się sprowadzać do dostarczania zapasu środków antykoncepcyjnych? Nie zawsze ciąża nieletniej jest wynikiem braku wiedzy, naiwności lub niefrasobliwości. Często jest wynikiem połączenia kilku czynników, na które oprócz wyżej wymienionych składa się też nieumiejętność bycia asertywnym i osamotnienie w rodzinie. Sieroctwo duchowe występuje w domach, gdzie nie ma miłości, szacunku i zainteresowania sprawami dzieci. Wielu rodziców nie zdaje sobie sprawy, że konsekwencjami osamotnienia może być podejmowanie przez młodzież ryzykownych zachowań seksualnych. Większość przyczyn takich zachowań związana jest właśnie ze specyfiką funkcjonowania systemu rodzinnego. Zaburzenie więzi między rodzicami a dziećmi, czy też pomiędzy samymi rodzicami prowadzi do braku lub niewystarczającego poziomu zaspokojenia szeregu ważnych potrzeb. Brak zaspokojenia potrzeby bliskości prowadzić może do wygłodzenia emocjonalnego, którego konsekwencją jest dążenie młodego człowieka do każdego rodzaju bliskości, nawet najbardziej bezsensownej, poniżającej i zagrażającej. Gros rodziców nie zdaje sobie sprawy, że dla rozwijającego się dziecka, ich niedojrzałość uczuciowa, wzajemne konflikty, brak rozmów powodują poczucie winy, brak stabilizacji i ciepła. Dorośli często nie chcą zrozumieć, że

małżeńskie konflikty nie tylko można, ale i należy rozwiązywać bez wciągania w nie swojego potomstwa, bez stosowania przemocy psychicznej. Coraz częściej też współczesny rodzic jest zajęty pracą dla „zapewnienia dziecku wszystkiego”. Ale pieniądze to nie wszystko, drogimi sprzętami, wysokim kieszonkowym nie zastąpi się ciepła, rozmowy i miłości.

Od ponad 15 lat badam zjawisko małżeństw zawartych za zgodą Sądu Opiekuńczego. Moje dociekania naukowe poszerzyłam też o rodziców i dzieci małżonków młodocianych. Efektem tej pracy jest wydanie 3 pozycji zwartych³ i szeregu artykułów.

Niniejsza książka jest kontynuacją zainteresowań dotyczących seksualności nastolatek, a jej inspiracją była lektura *Enquête Démographique et de Santé [EDS]* przedstawiająca sytuację mieszkańców francuskojęzycznych regionów Afryki. Publikacja składa się z II części. Część I zatytułowana „Nieletnie macierzyństwo w literaturze przedmiotu i statystyce” obejmuje 3 rozdziały. W pierwszym przybliżyłam prawa kobiet i dzieci w przepisach międzynarodowych. W drugim rozdziale „Uwarunkowania nieletniego macierzyństwa – perspektywa europejska” przedstawiam m.in. klasyfikację, przyczyny i skutki monoparentalności oraz uwarunkowania i konsekwencje rozrodczości nastolatek w wybranych krajach europejskich. Opisując konsekwencje skupiam się głównie na: problemach zdrowotnych matki i dziecka, zjawisku aborcji, wielorództwa, nikłym udziale ojców w procesie wychowania oraz skutkach społecznych (opóźnienie kontynuacji wykształcenia, zależność od zasiłków, dziedziczenie zachowań). W 3 scharakteryzowałam „wczesne małżeństwa” i „przymusowe macierzyństwo” w wybranych krajach Afryki i Azji Południowej. W rozdziale tym przedstawiłam informacje rzadko publikowane w Polsce dotyczące specyficznych przyczyn zawierania małżeństw i rozrodczości dziewczynek z tej części świata, praktyki obrzezania oraz statystyki dotyczące zawierania związków małżeńskich, płodności, aborcji i stosowania antykoncepcji. Część II dotyczy „Pomocy socjalnej nieletnim matkom” i składa się z dwóch rozdziałów. W rozdziale 1 omówiłam system wsparcia dla „wczesnych małżeństw” w krajach rozwijających się, w drugim wybrane formy pomocy nieletnim matkom w 5 krajach europejskich.

Wiedzę potrzebną do napisania publikacji zaczerpnęłam z książek, artykułów w większości francuskojęzycznych (głównie z powodu znajomości tego języka), danych opracowanych na zlecenie UNICEF i UNFPA zawartych w *Enquête Démographique et de Santé [EDS]*, *Demographic and Health Survey [DHS]*, danych z Urzędów Statystycznych z wybranych państw europejskich.

Zdaję sobie sprawę, że nie odniosłam się do wszystkich zagadnień i omówiłam zaledwie sytuację nieletnich matek na 3 kontynentach. Świadomie nie poruszyłam problematyki pomocy socjalnej nieletnim w krajach Ameryki Północnej ze względu

3 *Małżeństwa młodocianych – przyczyny i konsekwencje*, Włocławek, 2005 – opublikowana praca doktorska, *Małżeństwa młodocianych. Cięża, ślub i co dalej...?*, Toruń, 2012, *Wybory życiowe dzieci małżonków młodocianych*, Poznań 2013.

na różnorodność przepisów w poszczególnych stanach (USA) czy prowincjach (Kanada). Nie udało mi się dotrzeć natomiast do publikacji dotyczących sytuacji nieletnich matek w krajach Ameryki Południowej.

Każde urodzenie dziecka przez dziewczynkę to o jeden poród za dużo. Każde zajście w ciążę niepełnoletniej to tragedia, która nie powinna mieć miejsca w cywilizowanym kraju. Koniecznością wydaje się stworzenie ujednoczonego programu ograniczającego nie tylko liczbę nastoletnich ciąż, ale również, a może przede wszystkim ilość osób podejmujących pochopnie, bezmyślnie, pod wpływem chwili czy środowiska rówieśniczego współżycia seksualnego [Kempińska, 2012 a].

*Zbyt często życie ludzkie rozpoczyna się i kończy
pozbawione radości i pozbawione nadziei*
[Jan Paweł II]

*Składam serdeczne podziękowania recenzentowi
prof. zw. dr hab. Andrzejowi Jaczewskiemu
za cenne uwagi, pomoc i wsparcie psychiczne*

Część I

Nieletnie macierzyństwo w literaturze
przedmiotu i statystyce

Rozdział 1

Prawa kobiet i dzieci w przepisach międzynarodowych

Etymologicznie słowo „dziecko” pochodzi od łacińskiego „infans”, co oznacza „ten, kto nie mówi”. Rzymianie, dzieckiem nazywali osoby od urodzenia do wieku 7 lat [Okaielle, 2008]. Pojęcie to ewaluowało na przestrzeni wieków oraz kultur i zostało doprecyzowane przez Konwencję o Prawach Dziecka przyjętą przez Zgromadzenie Ogólne Narodów Zjednoczonych 20 listopada 1989 roku:

... „dziecko” oznacza każdą istotę ludzką w wieku poniżej osiemnastu lat, chyba że zgodnie z prawem odnoszącym się do dziecka uzyska ono wcześniej pełnoletność (art. 1).

Jest to pierwszy prawnie wiążący dokument międzynarodowy oddający wszystkie podstawowe prawa dzieci. Ratyfikując Konwencję państwa – strony zobowiązały się m.in. do uznania praw dziecka do: nauki (art. 28), wypoczynku i czasu wolnego, uczestniczenia w zabawach i zajęciach rekreacyjnych (art. 31), ochrony przed wyzyskiem ekonomicznym (art. 32), wszelkimi formami wyzysku seksualnego i nadużyć seksualnych (art. 34) [Dz. U. z dnia 23 grudnia 1991 r., nr 120, poz. 526].

Pomimo iż Konwencji nie ratyfikowały tylko Stany Zjednoczone, a Somalia, Sudan Południowy i Palestyna są sygnatariuszami [<http://www.humanium.org/fr/convention/etats-signataires-et-parties>], to jak podają statystyki międzynarodowe w wielu krajach, głównie rozwijających się, prawa dzieci nie są respektowane, np. poprzez stosowanie praktyki tzw. „wczesnych małżeństw”. Zamążpójście pozbawia przede wszystkim dziewczynki możliwości kontynuowania edukacji, odpoczynku i sprzyja nadużyciom seksualnym. W Nigrze, aż 28,0% dziewcząt obecnie 20–24 letnich zostało wydanych za mąż wbrew własnej woli przed ukończeniem 15 r. życia [*Enquête Démographique et de Santé et à Indicateurs Multiples 2012*].

Poniżej przedstawiam wykaz niektórych aktów prawnych dotyczących poszanowania praw dzieci i kobiet, z nastawieniem na kwestie małżeństwa:

Przepisy międzynarodowe:

- **Powszechna Deklaracja Praw Człowieka** (*La Déclaration Universelle des Droits de l'Homme, Universal Declaration of Human Rights*), uchwalona 10 grudnia 1948 w Paryżu przez Zjednoczenie Ogólne Narodów Zjednoczonych. Zgodnie z art. 16, ust. 2 *małżeństwo może być zawarte jedynie za swobodnie wyrażoną pełną zgodą przyszłych małżonków*;
- **Konwencja o ochronie praw człowieka i podstawowych wolności** (*La Convention de Sauvegarde des Droits de l'Homme et des Libertés Fondamentales*) podpisana w Rzymie 4 listopada 1950 roku;
- **Rezolucja 843 (IX)** (*La Résolution 843 (IX)*) z dnia 17 grudnia 1954 roku. Zgromadzenie Ogólne ONZ oświadczyło, że *niektóre zwyczaje, dawne prawa i praktyki odnoszące się do małżeństwa i rodziny są niezgodne z zasadami Karty Narodów Zjednoczonych, a w szczególności z Powszechną Deklaracją Praw Człowieka* [Rude-Antoine, 2005];
- **Konwencja w sprawie zgody na zawarcie małżeństwa, najniższego wieku małżeńskiego i rejestracji małżeństw** (*Convention sur le consentement au mariage, l'âge minimum du mariage et l'enregistrement des mariages, Convention on Consent to Marriage, Minimum Age for Marriage, and Registration of Marriages*) – przyjęta przez Zgromadzenie Ogólne ONZ 7 listopada 1962 roku, weszła w życie 9 grudnia 1964 roku. Konwencję ratyfikowało 55 państw ze 193 będących członkami ONZ. Polska ratyfikowała Konwencję 18 grudnia 1964 roku. [<http://www.ohchr.org/fr/hrbodies/cedaw/pages/cedawindex.as>]. Zgodnie z postanowieniami Konwencji *małżeństwo nie może być prawnie zawarte bez pełnej i swobodnej zgody obu stron, zgoda ta powinna być przez nie wyrażona osobiście, po należyтым podaniu do wiadomości publicznej i w obecności właściwej władzy, przed którą małżeństwo ma być zawarte, oraz świadków, zgodnie z przepisami prawa (art.1); Państwa będące stronami konwencji podejmą kroki ustawodawcze w celu ustalenia najniższego wieku dla zawarcia małżeństwa. Osoba, która nie osiągnęła tego wieku, nie będzie mogła prawnie zawrzeć małżeństwa, chyba, że właściwa władza udzieli z ważnych powodów zwolnienia od wymaganego wieku w interesie przyszłych małżonków (art. 2); Wszystkie małżeństwa powinny być zarejestrowane przez właściwą władzę w odpowiednim rejestrze urzędowym (art. 3) (Dz. U. z 1965 r. nr 9, poz. 53)*;
- **Rezolucja Zgromadzenia Ogólnego Narodów Zjednoczonych** (*La Résolution 2018 (XX) de l'Assemblée Générale des Nations Unies*) z 01 listopada 1965 r. [www.ohchr.org/FR];
- **Pakt Praw Obywatelskich i Politycznych z Nowego Jorku** (*Le Pacte de New York Relatif aux Droits Civils et Politiques*) z 19 grudnia 1966 [Rude-Antoine, 2005];
- **Konwencja w sprawie likwidacji wszelkich form dyskryminacji kobiet** (*La Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes, Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination Against Women*) została przyjęta w dniu 18 grudnia 1979 roku przez Zgromadzenie Ogólne

Narodów Zjednoczonych. Weszła w życie z dniem 3 września 1981 roku, po ratyfikacji przez 20 państw. Stany Zjednoczone podpisały konwencję w 1980 roku, ale do tej pory jej nie ratyfikowały. Do konwencji nie przystąpiły Watykan, Iran, Somalia, Tonga [<http://www.ohchr.org/fr/hrbodies/cedaw/pages/cedawindex.as>]. *Państwa-Strony będą podejmowały wszelkie właściwe środki w celu likwidacji dyskryminacji kobiet we wszystkich sprawach dotyczących małżeństwa i stosunków rodzinnych, a w szczególności zapewniania na zasadach równości z mężczyznami: równego prawa do swobodnego wyboru małżonka i zawierania małżeństwa wyłącznie za własną swobodną i pełną zgodą (art. 16, pkt 1 b); Przymuszenie małżeństwa oraz małżeństwo dziecka nie będą miały skutku prawnego, zostaną podjęte wszelkie niezbędne kroki, w tym również ustawodawcze, w kierunku określenia dolnej granicy wieku zdolności do zawarcia małżeństwa i wprowadzenia obowiązkowego wpisu małżeństw do urzędowego rejestru (pkt 2) (Dz.U. z 02 kwietnia 1982 r. nr 10, poz. 71);*

- **Protokół nr 7 do Konwencji o Ochronie Praw Człowieka i Podstawowych Wolności** (*Le Protocole no 7 à la Convention de Sauvegarde des Droits de l'Homme et des Libertés Fondamentales*) sporządzony w Strasburgu w dniu 22 listopada 1984 roku;
- **Rezolucja 1468 Zgromadzenia Parlamentarnej Rady Europy** (*La Résolution 1468 de l'Assemblée Parlementaire du Conseil de l'Europe*) z 2005 r. Zgromadzenie Parlamentarne Rady Europy zaniepokojone licznymi przypadkami łamania praw dzieci, dotyczącymi np. przymusowego małżeństwa wydało w 2005 r. rezolucję, w której definiuje:
 - małżeństwo dzieci, jako związek dwojga osób poniżej 18 r życia (§ 7),
 - przymusowe małżeństwo, jako związek dwojga osób, z których co najmniej jedna nie wyraziła swobodnej i pełnej zgody na małżeństwo (§4).
 Zgromadzenie także rozważa możliwość karania aktów wymuszonego małżeństwa i traktowania go, jako przestępstwo (§ 14.4.) [<http://assembly.coe.int/nw/xml/XRef/Xref-XML2HTML-FR.asp?fileid=17380&lang=FR>].
- **Rezolucja przeciwko okaleczaniu żeńskich narządów płciowych** przyjęta w Nowym Jorku 26 listopada 2012 r. przez Zgromadzenie Ogólne Narodów Zjednoczonych (*Une résolution de l'ONU contre l'excision*, 2012): *zdecydowanie potępia się okaleczanie żeńskich narządów płciowych jako łamanie podstawowych praw człowieka, a także jako brutalne naruszenie integralności i osobowości kobiet i dziewcząt, i w związku z tym uważa się te praktyki za poważne przestępstwo z punktu widzenia społeczeństwa.* Akta prawne obowiązujące w krajach muzułmańskich i afrykańskich:
- **Powszechna Deklaracja Praw Człowieka Rady Islamskiej** (*La Déclaration Islamique Universelle des Droits de l'Homme du Conseil Islamique*) ogłoszona przez UNESCO 19 września 1981 roku, w której ogłoszono, że: *Nikt nie może być żonaty wbrew swej woli* (rozdział 19-I) (wersja francuska);

- **Deklaracja Organizacji Konferencji Islamskiej** (*La Déclaration de l'Organisation de la Conférence Islamique*) z 1990 r.
- **Afrykańska Karta Praw i Dobrobytu Dziecka** (*La Charte Africaine sur les Droits et le Bien-être de l'Enfant*) została przyjęta na 26. Konferencji Szefów Państw i Rządów Organizacji Jedności Afrykańskiej w lipcu 1990 roku, weszła w życie w dniu 29 listopada 1999, *Państwa – Strony niniejszej Karty podejmą wszelkie odpowiednie środki w celu wyeliminowania negatywnych zwyczajów i praktyk kulturowych i społecznych, które godzą w wzrost i normalny rozwój dziecka* (art.1); *Małżeństwa dzieci są zabronione. Należy podjąć skuteczne działania, aby określić minimalny wiek do zawarcia małżeństwa na 18 lat* (art. 2) [<http://www.achpr.org/fr/instruments/child/>];
- **Deklaracja z Bamako** z 29 marca 2001; Ministrowie francuskojęzycznej Afryki podpisali oświadczenie zgodnie z którym, *zgoda przyszłych małżonków na ślub musi być wyrażona w sposób swobodny. W przeciwnym razie małżeństwo jest nieważne, a każdy akt seksualny będzie uważany za wykorzystanie*;
- **Protokół dotyczący płci i rozwoju społecznego w Afryce Południowej** (*Genre et développement de la communauté de l'Afrique Australe*) z 2003 r. Zgodnie z art. 8 *małżeństwo nie może być zawarte przed osiągnięciem 18 r. życia oraz każde małżeństwo cywilne, religijne, tradycyjne, czy zwyczajowe musi zostać zarejestrowane zgodnie z przepisami krajowymi* [Ngouana, 2015].

Mimo że minimalny wiek prawny do zawarcia małżeństwa wynosi 18 lat w 158 krajach, to w Afryce, Azji i krajach latynoamerykańskich prawa te są rzadko egzekwowane, ponieważ związki dzieci są ustalane przez tradycję i normy społeczne. W Surinamie, zgodnie z kodeksem cywilnym minimalny wiek do zawarcia małżeństwa ustalony został na 15 lat. Jednakże, zgodnie z « Marriage Act », który jest respektowany przez większą część społeczeństwa minimalny wiek do zamążpójścia dla dziewczynek wynosi 13 lat [Rude-Antoine, 2005]. Podobną sytuację mamy np. w Indiach, czy na Filipinach. W Indiach ustawa z 1978 podniosła minimalny wiek małżeństwa z 18 lat do 21 lat w przypadku mężczyzn i z 15 do 18 lat w przypadku kobiet. Zgodnie z prawem cywilnym złamanie tego przepisu jest karalne (ustawa o zapobieganiu małżeństwom dzieci) [za: Brandhuber/Zeyringer, 2003], ale mieszkańcy obszarów wiejskich ciągle respektują «Special Marriage Act », zgodnie z którym, małżeństwa dzieci są dopuszczalne [Rude-Antoine, 2005]. Na Filipinach natomiast, można zawrzeć związek małżeński albo zgodnie z prawem cywilnym (nowożeńcy muszą mieć ukończone 18 lat; gdy nie osiągnęli tego wieku konieczna jest zgoda opiekunów) lub zgodnie z prawem islamskim (art. 16,18,20 muz. k. c.). Wiek uprawniający do zawarcia małżeństwa dla mężczyzn i kobiet wynosi 15 lat, jednak sąd może zezwolić na małżeństwo dziewczynce, która ukończyła 12 lat [Brandhuber/ Zeyringer, 2003].

Wszystkie państwa podpisały i ratyfikowały przynajmniej dwie międzynarodowe konwencje odnośnie minimalnego wieku do zawarcia małżeństwa i swobodnego wyboru partnera, ale wiele krajów z Afryki Subsaharyjskiej i Azji Południowej ich nie

przestrzega. Organizacje międzynarodowe apelują do władz państwowych, lokalnych i plemiennych o respektowanie ratyfikowanych konwencji. Komitet Praw Dziecka w szeregu zaleceń w świetle artykułu 2 Konwencji o Prawach Dziecka, wezwał kraje członkowskie do uznania zasady równości wobec prawa i zabronił dyskryminacji ze względu na płeć, w tym przyjęcia ustawodawstwa zakazującego stosowania praktyk tradycyjnych, takich jak okaleczanie narządów płciowych, przymusowe i wczesne małżeństwa dziewczynek, zmuszanie nieletnich do rozrodu (§ D) [Fact Sheet No. 23, Harmful Traditional Practices Affecting the Health of Women and Children <http://www.ohchr.org/Documents/Publications/FactSheet23en.pdf>].

Na kolejnej stronie w tab. 1 przedstawiam minimalny wiek zawarcia związku małżeńskiego dla kobiet i mężczyzn w wybranych krajach.

W wielu krajach minimalny wiek zawarcia związku małżeńskiego dla kobiety wynosi 18, a dla mężczyzny od 18–21 lat. Wyjątkiem są kraje Ameryki Południowej i Środkowej (od 12–16 lat dla kobiet i 16 lat dla mężczyzn), kraje muzułmańskie (15–16 lat dla kobiet i 16–17 lat dla mężczyzn), a w Europie np. Wielka Brytania, Portugalia, czy Luksemburg (15–16 lat dla kobiet i 16 lat dla mężczyzn). Tylko w Chinach i Jordaniі ustawodawca nie przewidział możliwości obniżenia minimalnej granicy wieku do zawarcia związku małżeńskiego. W pozostałych państwach Sądy, Urzędy Stanu Cywilnego albo opiekunowie prawni mogą wydać w szczególnych przypadkach zgodę na obniżenie minimalnego wieku zawarcia małżeństwa.

Zgromadzenie Parlamentarne Rady Europy stoi na stanowisku, że prawo krajowe nie powinno zezwolić na odstępstwo od minimalnego wieku zawarcia małżeństwa, ze względu na negatywne skutki, głównie dla dziewcząt. Małżeństwo powinno być zawierane w wieku, co najmniej 18 lat. Minimalny wiek zawarcia związku powinien opierać się na obiektywnym kryterium dojrzałości, a nie na subiektywnej percepcji, że jest się dojrzałym. Stwierdzenie, że dziecko jest zdolne do małżeństwa po osiągnięciu dojrzałości płciowej jest błędne, gdyż nie zakończył się jeszcze jego wszechstronny rozwój [Rude-Antoine, 2005].

W tych sytuacjach, w których ślub ma miejsce przed 18-tym, lub co się coraz częściej zdarza nawet przed 15 r. życia, należy zadać kilka pytań: czy nowożeńcy świadomie zdecydowali się na związek z partnerem? Czy są świadomi implikacji tego małżeństwa? Czy dziecko-żona, która ma tylko 15 lat jest dojrzała, żeby regularnie współżyć i zostać matką (odpowiedzialną)?

Ślub w młodym wieku okrada dziewczynkę z dzieciństwa, nie pozwala jej dojrzeć fizycznie, psychicznie i społecznie. Już na początku małżeństwa wywołuje się u niej wielki stres, gdyż musi zamieszkać z mężem i teściami. Z mężem, który jest wiele lat od niej starszy i, co jest charakterystyczne dla społeczeństw poligamicznych, posiada już żonę. Trudno jest więc w takiej sytuacji, przy braku dojrzałości stworzyć bliski związek emocjonalny i fizyczny. Dziewczynki w takich małżeństwach są zobowiązane do współżycia (choć nie są w pełni rozwinięte), zachodzenia w ciążę i wieloródtwa.

Tab. 1. Minimalny wiek zawarcia związku małżeńskiego dla kobiet i mężczyzn przewidziany przepisami prawa państwowego w wybranych krajach

Państwo	Wiek dla kobiety	Wiek dla mężczyzny	Możliwości zwolnienia
Algieria	18	21	Sąd za zgodą opiekuna
Argentyna	16	18	Sąd
Australia	18	18	USC
Austria	18	18	Sąd
Białoruś	18	18	USC
Boliwia	14	16	Sąd
Brazylia	16	18	Rodzice
Chile	12	14	Sąd
Chiny	20	22	Brak
Dania	18	18	Urząd państwowy
Francja	18	18	Prokurator
Indonezja	16	19	Sąd na prośbę rodziców
Irak	18	18	Przedstawiciel ustawy
Japonia	16	18	Zgoda rodziców
Jordania	15*	16	Brak
Kolumbia	18	18	Zgoda rodziców
Kuba	14	16	Opiekun
Liechtenstein	18	20	Sąd
Luksemburg	16	18	Wielki Książę
Meksyk	14	16	Zgoda rodziców
Niemcy	18	18	Sąd
Norwegia	18	18	Opiekun
Polska	18	18	Sąd
Portugalia	16	16	Opiekun
Syria	17	18	Sąd
Turcja	17	17	Sąd
Ukraina	18	18	Urząd Kuratorski
Urugwaj	12	14	Opiekun
Wielka Brytania	16	16	Opiekun

* Obliczanie wieku odbywa się jednak według kalendarza księżycowego (art.185 p. st. cyw.) co oznacza, że małżeństwo można zawrzeć w wieku 15 lat i 6 miesięcy, względnie 14 lat i 7 miesięcy według kalendarza gregoriańskiego. We wszystkich przypadkach dotyczących pierwszego małżeństwa kobiet konieczna jest zgoda kuratora małżeńskiego (czyli najbliższego męskiego krewnego w linii ojcowskiej wg porządku hanafickiego).

Źródło: opr. własne na podstawie Brandhuber/Zeyringer 2003.

Jak podają statystyki, nieletnie matki są często niedożywione, mają niską wagę. Wynika to z częstych ciąż i laktacji w czasie, gdy ich organizm wciąż rośnie [Fact Sheet No. 23, dz. cyt.].

Żadna dziewczynka nie powinna być pozbawiona swego dzieciństwa, edukacji, zdrowia i aspiracji [Byworth 2013]. Niestety i „przymusowe małżeństwa”, i zajście w ciążę w wieku wczesnej adolescencji pozbawia ją wielu praw.

Rozdział 2

Uwarunkowania nieletniego macierzyństwa – perspektywa europejska

1. Pojęcie i klasyfikacja samotnego macierzyństwa¹

W okresie polskiej transformacji ustrojowej wyłoniły się nowe presje ekonomiczno-społeczne, które spowodowały m.in. przemiany modelu rodziny dotyczące np. wydłużenia okresu bezżenności młodych, odsuwania momentu posiadania pierwszego dziecka, wydłużenia czasu pomiędzy kolejnymi dziećmi, ograniczenia ich liczby. Spadła też skłonność do zawierania małżeństw, podniósł się wiek ich zawierania, kobiety rodzą pierwsze dziecko później, ograniczają dietność, zwiększa się liczba osób samotnie wychowujących dzieci, wzrasta liczba związków kohabitacyjnych, które uważa się za wstęp do małżeństwa lub sposób na życie [Van de Kaa 1997, za: Slany, 2000]. Tendencje te w państwach Europy Zachodniej i Ameryki Północnej zaczęły rozwijać się już w latach '60 [Giddens, 2008].

Jedną z coraz bardziej powszechnych alternatywnych form życia rodzinnego jest samotne rodzicielstwo. W literaturze naukowej występuje dość duża różnorodność pojęciowa w tej kwestii. Najczęściej spotykane określenia to: „samotny rodzic”, „rodzina niepełna” oraz „rodzina zdekompletowana” [Lachowska, 1998]. W Konstytucji RP pojęcie „rodzina niepełna” nie zostało zdefiniowane, można jednak wnioskować, że ustawodawca poprzez rodzinę niepełną rozumie samotnie gospodarującego rodzica wraz z dzieckiem (lub dziećmi), a więc jest to grupa społeczna, w której co najwyżej jedna osoba ma źródło utrzymania i to wyłącznie na niej spoczywają obowiązki związane z wychowaniem dzieci i pracą w gospodarstwie [Andrzejewski, 2011, zob. też Marynowicz-Hetka, 1985].

K. Slany [2002] na określenie samotnego rodzicielstwa wprowadziła pojęcie „monoparentalność”. Jest ono odpowiednikiem francuskiego „monoparentales”,

¹ Podrozdział ten opracowano częściowo w oparciu o prace U. Kempieńskiej *Wybory życiowe dzieci małżonków młodocianych* 2013, ss. 26–28 i *Pomoc socjalna nastoletnim matkom-próba oceny krytycznej* 2015, ss. 315–328.

włoskiego „monogenitore”, angielskiego „lone-parent families” [Letablier, 2010]. Pojęcie to w świadomości społecznej jest przypisywane najczęściej kobietom.

W większości krajów europejskich systematycznie wzrasta liczba rodzin z jednym rodzicem, od 14% w 1996 r. do 19% w 2012 [Le Pape i współ., 2015] i co jest z tym związane, wzrasta liczba dzieci wychowujących się w takich rodzinach. Np. we Francji w 2012 r. poza małżeństwem urodziło się 41% dzieci [tamże], w Polsce w 2014 r. 24,22% [GUS, 2014].

Niepełność rodziny należy do zmian nieoczekiwanych, wynikających w znacznej części z wolicjonalnych decyzji jednostek (rozwód, aktywność seksualna przed – i pozamałżeńska), a w mniejszej jest determinowana czynnikami niezależnymi, tj. śmierć partnera [Raclaw, Trawkowska, 2013].

Monoparentalność nie jest więc zjawiskiem homogenicznym, jednorodnym ze względu na przyczyny powstawania. Najczęściej wskazuje się na:

- śmierć jednego z rodziców;
- rozwód lub separację;
- urodzenie dziecka przez samotną kobietę poza małżeństwem [Slany, 2002].

Kozdrowicz [1989] wyróżnia także rodziny czasowo niepełne ze względu na:

- charakter pracy rodzica;
- pobyt w zakładzie karnym;
- dłuższe leczenie w szpitalu;
- dłuższy pobyt za granicą.

Natomiast David i współ. [2004] dokonali podziału rodzin monoparentalnych ze względu na przyczyny:

- prawne (stan cywilny);
- demograficzne (brak partnera *de jure* i *de facto*). W pierwszym przypadku oznacza brak prawnego partnera, w drugim jego nieobecność;
- ekonomiczne (większe ulgi i przywileje dla samotnego rodzica);
- subiektywne (własny, świadomy wybór).

Trifiletti [2007] podzieliła państwa europejskie na 4 grupy, ze względu na dominujące w nich uwarunkowania monoparentalności:

- 1) Śmierć współmałżonka (ok. 15–34%) – kraje Europy Południowej: Hiszpania, Włochy, Portugalia;
- 2) Rozwód lub separacja (ok. 52%) – kraje Europy Zachodniej: Francja, Niemcy;
- 3) Śmierć współmałżonka i urodzenie dziecka przez samotną kobietę poza małżeństwem: Polska i Słowenia;
- 4) Urodzenie dziecka przez samotną kobietę poza małżeństwem (37–52%) – kraje skandynawskie oraz Wielka Brytania.

W międzynarodowych opracowaniach statystycznych opisujących rodziny monoparentalne najczęściej bierze się pod uwagę 4 ich cechy: stan cywilny, wiek i płeć rodzica oraz wiek dzieci [La monoparentalité à Bruxelles, 2009, David i współ., 2004].

- 1) Od początku lat 60. zmienia się stan cywilny samotnych rodziców, np. we Francji w 1962 r. największą grupę gospodarstw z jednym rodzicem stanowiły wdowy (55%), kohabitancki (21%), rozwódki (15%) i panny (9%) [za: Algava, 2003, zob. też Chardon, Daguet, Vivas, 2007, Lamourère, 2004]. W 2011 r. 48% rodzin z jednym rodzicem tworzyły panny, 32% rozwódki, następnie kohabitancki 13% i zaledwie 7% wdowy [Acs i współ., 2015, Buisson i współ., 2015]. Podobną tendencję odnotowano w całej Europie [zob. np. Le Pape, 2015 i współ., Tinsley, 2014, GUS, 2014].
- 2) W Europie największą grupę samotnych rodziców tworzą osoby w wieku 35–49 lat [Defeyt, 2015, *La monoparentalité à Bruxelles*, 2009]. Samotni, nastoletni rodzice to rzadkość. We Francji matki poniżej 18 lat stanowią ok. 1,2% rodzin monoparentalnych [Letablier, 2010], w Polsce 1,07% [GUS, 2014]. W Belgii odsetek samotnych rodziców w wieku 15–19 lat wynosi ok. 0,2% [Defeyt, 2015].
- 3) W krajach Unii Europejskiej i Ameryce Północnej rodziny monoparentalne najczęściej tworzą kobiety [Le Pape, 2015, Bodier i współ., 2015, David i współ., 2004]. Systematycznie jednak wzrasta liczba samotnych ojców. Z danych Eurostatu (tab. 2) wynika, że najczęściej ojcowie samotnie wychowują dzieci w Rumunii (25,3%), Szwecji (23,2%), Hiszpanii (22,2%) i Bułgarii (20,00%). Najrzadziej w Estonii (8,8%) i na Cyprze (10,5%).
- 4) Istnieje brak spójności między definicjami narodowymi określającymi maksymalny wiek dziecka zamieszkałego z jednym rodzicem, aby taką rodzinę można uznać za monoparentalną (szczegółowe informacje zawarto w tab. 3) [David i współ., 2004].

W działaniach z zakresu polityki i pomocy społecznej ważne jest uwzględnienie wewnętrznego zróżnicowania badanych kategorii, w tym wypadku – samotnego rodzicielstwa. Różne typy rodzin niepełnych cechuje odmienna sytuacja bytowa, odmienne cechy demograficzno-społeczne, (o czym wspomniano powyżej), ale również motywacje i postawy związane z otrzymywaniem pomocy publicznej [Raclaw, Trawkowska, 2013].

Badacze francuscy [Le Pape i współ., 2015] wyróżnili 7 grup rodzin monoparentalnych. Są to rodziny, które tworzą:

- 1) Osoby owdowiałe – 6% ogółu samotnych rodziców w Europie;
- 2) Samotni ojcowie (najczęściej rozwiedzeni) – 11%;
- 3) Samotne matki posiadające 3 lub więcej dzieci – 11%;
- 4) Samotne matki nieposiadające więcej niż 2 dzieci, mieszkające z rodzicami – rodziny trzypokoleniowe – 13%;
- 5) Matki rozwiedzione – 32%;
- 6) Panny, które zaszły w ciążę jako nastolatki – „wczesne macierzyństwo” – 10%;²
- 7) Panny, które zaszły w ciążę będąc pełnoletnimi-17%.

2 Największy odsetek nastoletnich matek odnotowano w Wielkiej Brytanii i Irlandii [Le Pape i współ., 2015].

Tab. 2. Odsetek ojców w rodzinach monoparentalnych w 28 krajach UE stan na 2011.

Państwo	% ojców w rodzinach monoparentalnych
Austria	13,6
Belgia	18,0
Bułgaria	20,0
Chorwacja	16,4
Czechy	18,1
Cypr	10,5
Dania	17,2
Estonia	8,8
Finlandia	19,9
Francja	16,3
Grecja	17,6
Hiszpania	22,2
Holandia	16,2
Irlandia	11,0
Litwa	14,8
Luksemburg	15,8
Łotwa	13,7
Malta	12,2
Niemcy	14,3
Polska	11,9
Portugalia	12,3
Rumunia	25,3
Słowacja	16,1
Słowenia	15,6
Szwecja	23,2
Węgry	12,7
Wielka Brytania	12,7
Włochy	16,5

Źródło: Eurostat 2011, za: *Couples et familles*, 2015. Zob też. Brodolini 2007.

Tabela 3. Maksymalny wiek dzieci w rodzinach monoparentalnych w wybranych krajach europejskich.

Państwo	Wiek dziecka/ źródła
Austria	Do 16 lat. <i>Volkszählung 1991. Haushalte und Familien; Statistisches Jahrbuch Österreichs 2001.</i>
Belgia	Nie ma limitu wieku (przyjmuje się, że samotny rodzic to taki, który mieszka z dzieckiem własnym, adoptowanym, lub wnuczką, kuzynem, bratankiem / siostrzeńcem, nawet, jeśli osoba ta ma współmałżonka, ale z nim nie mieszka i nie posiada dzieci). <i>Annuaire statistique de la Belgique 1995; tome 113; Institut National de Statistique</i>
Dania	Do 17 lat. <i>Befolkningens Bevægelse 2001 (Vital statistics 2001)</i>
Finlandia	Do 18 r. życia (dziecko musi mieszkać z rodzicem) <i>Statistical Yearbook of Finland 2002; Statistics Finland – Families 2000.</i>
Francja	Do 25 lat. <i>Guide d'Utilisation 1999; Tome VII; Description des tableaux prédéfinis des exploitations statistiques ; Recensement Général de la Population.</i>
Hiszpania	Nie ma limitu wieku. <i>Anuario Estadístico 1999 ; INE.</i>
Holandia	Nie ma limitu wieku. <i>Statistical Yearbook of the Netherlands (2003) ; Vademecum gezondheidsstatistiek Nederland (2002).</i>
Irlandia	Nie ma limitu wieku. <i>Census 96. Household composition and family units</i>
Luksemburg	Do 25 lat, (dziecko musi być stanu wolnego). <i>Ménages et Familles; Recensement de la Population au 1^{er} mars 1991 ; Statec.</i>
Niemcy	Do 27 lat. <i>Statistisches Jahrbuch 2002 für die Bundesrepublik Deutschland ; Bevölkerung und Erwerbstätigkeit. Haushalte und Familien.</i>
Portugalia	Nie ma limitu wieku, (dziecko musi być stanu wolnego). <i>Censos 2001; Recenseamento Geral da População; Resultados definitivos ; Instituto Nacional de Estatística.</i>
Szwecja	Do 24 lat. <i>Statistical Yearbook of Sweden 2003</i>
Wielka Brytania	Do 18 lat, (dzieci muszą uczęszczać do szkoły). Rodzinę monoparentalną może stworzyć również dziadek/babcia sprawujący opiekę nad wnukiem <i>Annual Abstract of Statistics (2003); Census 2001. National report for England and Wales.</i>
Włochy	Nie ma limitu wieku. <i>Anuario statistico italiano ; 2001; ISTAT.</i>

Źródło: David i współ. 2004.

Badacze podkreślają, że najczęstszymi klientami pomocy społecznej, niejednokrotnie roszczeniowymi są matki z rodzin wielodzietnych (trzecia grupa) i nastoletnie matki (szósta grupa).

1.1. Konsekwencje monoparentalności

Większość badaczy stwierdza, że w rodzinach monoparentalnych dochodzi do naruszenia podstawowych funkcji, z wyeksponowaniem braku stabilizacji i bezpieczeństwa oraz zachwianiem autorytetu samotnego rodzica [Slany, 2002]. Wskazuje się na utratę przez dziecko wzoru roli jednego z rodziców, co przekłada się na przyszłe trudności w budowaniu prawidłowych relacji z partnerem i własnym dzieckiem. Podkreśla się też traumatyzujące doświadczenia sytuacji przed i po rozwodowej dla rozwoju dzieci, a także okresu żałoby w wypadku zgonu jednego rodzica. A. Olech i T. Kaźmierczak [2001] wskazali, że w wypadku rodzin niepełnych występują zwiększone problemy w porównaniu do rodzin pełnych w sytuacji występowania nawet niewielkich trudności finansowych (wówczas pojawiają się niezaspokojone potrzeby opieki, wychowania, z zakresu prowadzenia gospodarstwa domowego czy samorealizacji). Głowy gospodarstw domowych tworzących rodziny niepełne mogą napotykać i napotykają wiele trudności w wejściu oraz utrzymaniu się na rynku pracy ze względu na problemy zapewnienia opieki nad dzieckiem, przeciążenie obowiązkami, niską dyspozycyjność. Badania ukazują, że rodzice samotnie wychowujący dzieci są gorzej wykształceni, częściej bezrobotni lub pracują w niepełnym wymiarze godzin. W Belgii, czy Francji ponad 1/3 takich rodzin zagrożonych jest ubóstwem [Defeyt, 2015, Acs i współ., 2015] i uzależniona jest od świadczeń z pomocy socjalnej [Le Pape i współ., 2015, Bodier i współ., 2015, zob. też Tinsley, 2014, Kawczyńska-Butrym, 2011].

Rodziny niepełne cechuje więc długotrwała lub trwała deformacja struktury partnerskiej i pokoleniowej, generująca osamotnienie rodzica w podejmowaniu decyzji życiowych dotyczących członków rodziny i prowadzenia gospodarstwa domowego oraz wymóg wyłącznej (lub zwiększonej) odpowiedzialności za los dzieci [Raclaw, Trawkowska, 2013]. Nie oznacza to, że nie jest możliwe prawidłowe i samodzielne funkcjonowanie rodzin niepełnych, niewątpliwie konieczne jest jednak wsparcie społeczne. Należy pamiętać, że pomoc powinna być dopasowana do potrzeb i sił wewnętrznych rodziny. Często jednak pracownicy socjalni zwracają uwagę na wzrost liczby rodzin uzależnionych od pomocy społecznej i ich niechęć oraz brak akceptacji dla podejmowania jakiejkolwiek aktywności [*tamże*].

Wskazując na konsekwencje monoparentalności badacze zjawiska podkreślają również, że więcej trudności i niedomagań w zakresie pełnienia ról rodzicielskich występuje w rodzinach stworzonych przez samotne kobiety. Trudności te ujmuje się najczęściej w kategorii: materialne (wynikają z braku drugiego żywiciela rodziny), psychiczne (wynikające z braku emocjonalnego wsparcia ze strony mężczyzny),

opiekuńcze (spowodowane zwielokrotnieniem obowiązków domowych) i wychowawcze (spowodowane brakiem wsparcia wychowawczego ze strony ojca i swoistych dla mężczyzny oddziaływań wychowawczych) [Maciarz, 2004, zob. też Gębuś, 2006]. Mężczyźni tworzący rodziny monoparentalne pod względem ekonomicznym lepiej radzą sobie od kobiet, rzadziej korzystają z pomocy opieki społecznej, częściej też tworzą związki kohabitacyjne [Letablier, 2010, Slany, 2002].

1.2. Samotne macierzyństwo

Samotne macierzyństwo nie jest zjawiskiem jednorodnym. Można je podzielić na wiele kategorii i według kilku kryteriów.

Niejednorodność wewnętrznej kategorii samotnego macierzyństwa ukazują np. badania zespołu kierowanego przez M. Rymśkę [2001]. Autorzy stworzyli cztery socjologiczne „portrety” samotnego macierzyństwa: samotne matki „z wyboru”, samotne matki „z przypadku”, „nieposzukiwane” samotne macierzyństwo, „nie całkiem” samotne macierzyństwo. Nie jest to jednak jak twierdzi W. Danilewicz [2003] klasyfikacja wyczerpująca.

- Samotne matki „z wyboru”. Rodziny tego typu tworzone są zazwyczaj przez kobiety, w co najmniej średnim wieku, legitymujące się pewnym doświadczeniem zawodowym, aktywne na rynku pracy, mieszkanki miast, posiadające jedno lub dwoje dzieci. W wypadku tych kobiet samotne macierzyństwo jest aktem woli, wyborem, na który zdecydowała się matka. Nie chodzi tu wyłącznie o podjęcie decyzji o posiadaniu dziecka przez kobietę stanu wolnego (urodzenie poza-mażeńskie), ale świadomy wybór samotności. Względnie dobre wykształcenie matek, stabilne zarobkowanie determinują relatywnie (w stosunku do innych typów) lepsze warunki bytowe;
- Samotne macierzyństwo „z przypadku”. Rodziny niepełne, tworzone są zazwyczaj przez kobiety młode, z co najwyżej wykształceniem zasadniczym zawodowym, bez doświadczenia zawodowego, bez odpowiednich kwalifikacji, które są najczęściej bezrobotne lub podejmują okresowe prace, często w tzw. szarej strefie. Zazwyczaj są mieszkankami miast, choć mogą pochodzić z rejonów podmiejskich, wsi i małych miasteczek. Zmiana miejsca zamieszkania powoduje zerwanie więzi ze środowiskiem lokalnym, co dodatkowo przyczynia się do osamotnienia i marginalizacji. Droga życiowa tej kategorii samotnych matek jest specyficzna: w ich rodzinach pochodzenia często występowały różnorodne patologie, często też one same wywodzą się z wielopokoleniowych rodzin tworzonych przez samotne kobiety. Niejednokrotnie dziecko pojawia się jako skutek zawierania przypadkowych znajomości i podejmowania ryzykownych zachowań, a ojciec dziecka nie przejmuje odpowiedzialności za jego utrzymanie i wychowanie. Zdarza się, że małżeństwo zostaje zawarte, ale okazuje się nietrwałe ze względu na brak przygotowania obojga małżonków do wypełniania ról małżeńskich oraz trudności materialne i bytowe. Doświadcze-

nie samotnego rodzicielstwa nie chroni kobiety przed wchodzeniem w kolejne związki i przed kolejnymi poczęciami. Mają skłonność do przyjmowania stylu życia biernego (unikanie działania, unikanie podejmowania decyzji, bierny stosunek do własnych problemów) i nakierowanego na terażniejszość (skoncentrowanie na chwili bieżącej);

- „Nieposzukiwane” samotne macierzyństwo. Głową rodziny jest kobieta w średnim wieku, o niskich kwalifikacjach zawodowych, wcześniej pracująca najczęściej jako robotnica niewykwalifikowana. Doświadcza teraz braku pracy lub wykonywana praca przynosi bardzo niski dochód. Prowadzi ona samodzielne jednorodzinne gospodarstwo domowe, wychowując często więcej niż jedno dziecko. W życiu rodziny pojawiają się okresy biedy incydentalnej lub istnieje „płytką” bieda chroniczna. Kobiety te prowadzą na ogół uporządkowany tryb życia (przede wszystkim brak przypadkowych kontaktów partnerskich), skoncentrowany na dzieciach i ich przyszłości, własnej pracy lub zarobkowaniu;
- „Nie całkiem” samotne macierzyństwo. Są to gospodarstwa jednorodzinne – wielopokoleniowe lub wielorodzinne, których członkowie współzamieszkują i łączą swe dochody. Sytuacje takie częściej pojawiają się na wsi niż w mieście. Prawdopodobnie gospodarstwa te prowadzą przede wszystkim panny i wdowy, zatem zarówno kobiety bardzo młode, jak i dojrzałe, małodziejne i wielodziejne. Bliskość członków rodziny stanowi element zmniejszający poczucie osamotnienia [za: Raław, Trawkowska, 2013].

O upowszechnieniu się monoparentalności, szczególnie wśród najmłodszych wiekiem matek mogą świadczyć liczby. W Polsce w 2014 r. ogółem urodziło się 376 501 dzieci, w tym 285 328 (75,78%) stanowiły urodzenia małżeńskie. Ale w kategorii wiekowej 19 lat i mniej rozkład liczebności jest inny. Na 13 349 porodów, w małżeństwie urodziło się tylko 2 161 dzieci, czyli 16,19%. 11 187 dzieci urodziły panny, a tylko 1 rozwódka [GUS, 2014].

Rozpatrując zjawisko monoparentalności wśród pań należy rozróżnić sytuację tych, dla których samotne macierzyństwo było świadomym wyborem, od porzuconych, często nieletnich kobiet. W pierwszym przypadku najczęściej mamy do czynienia z matkami po 30 r. życia, z wyższym wykształceniem, aktywnymi na rynku pracy, niezależnymi finansowo, posiadającymi dobre warunki mieszkaniowe, mieszkającymi bez partnera, wywodzących się z rodzin inteligentnych, zamieszkających w dużych miastach [Letablier, 2010, Chardon, Daguet, Vivas, 2007, Kawula, 2006]. W drugim przypadku są to najczęściej nastolatki, z małych miejscowości, posiadające niższe wykształcenie, wywodzące się z rodzin robotniczych i monoparentalnych, będące beneficjentkami opieki społecznej, dziedziczące wyuczoną bezradność. Dla wielu kobiet ciąża była nieplanowana, przypadkowa i przede wszystkim niepożądana [Kempińska, 2013, Letablier, 2010, Chardon, Daguet, Vivas, 2007, Algava, 2003].

2. Uwarunkowania rozrodzości nastolatków

Inicjacja seksualna jest momentem kluczowym w życiu człowieka, jest punktem przejściowym z okresu dzieciństwa do dorosłości. Wiek i okoliczności pierwszego kontaktu seksualnego mogą mieć wpływ na zdrowie i samopoczucie osób je podejmujących [Walton i współ., 2011]. Mogą być związane ze zwiększonym ryzykiem chorób przenoszonych drogą płciową i ciążą w okresie dojrzewania, objawami depresji wśród dziewcząt, ale też z niższym poziomem wykształcenia, wielopartnerstwem i podejmowaniem ryzykownych praktyk seksualnych w dorosłym życiu.

M. Bozon wyróżnił 3 modele podejścia do inicjacji seksualnej. Pierwszy model występuje w państwach Afryki Subsaharyjskiej, gdzie dziewczęta są wydawane za mąż za starszych mężczyzn już w okresie wczesnego dorastania. Wiek inicjacji kobiet jest więc dużo niższy niż mężczyzn. Drugi model występuje w krajach Europy Południowej (Grecja, Portugalia, Włochy) oraz w Ameryce Łacińskiej. Kobiety inicjują ok. 2 lat później niż mężczyźni, ze względu na tradycję, silniejszą kontrolę społeczną i zaangażowanie w praktyki religijne. Trzeci model jest charakterystyczny dla krajów Europy Północnej, Francji i Niemiec. W krajach tych istnieją niewielkie różnice pomiędzy wiekiem inicjacji dziewcząt i chłopców, głównie ze względu na liberalne postawy społeczne w kwestii seksualności [Bajos, Bozon, 2008].

Rozpoczęcie współżycia seksualnego wymaga spełnienia kilku podstawowych warunków m.in. osiągnięcia dojrzałości biologicznej i psychicznej, wzajemnej miłości [Sieja, 1998], nabrania pewności, że „naprawdę się tego chce”, posiadania odpowiedniej wiedzy o życiu seksualnym [Lew-Starowicz, Fijałkowska-Grabowiecka, 2004]. Wiek inicjacji jest zróżnicowany, w zależności od kraju, kultury i rasy, najczęściej przypada na okres młodości i jak twierdzą badacze wyprzedza pojawienie się potrzeb seksualnych [Obuchowska, Jaczewski, 2002]. Kontakty seksualne mają w tym okresie najczęściej wartość autoteliczną i są traktowane instrumentalnie [Imieliński, 1992]. W piśmiennictwie światowym istnieje wiele opracowań (często nieaktualnych) dotyczących średniego wieku inicjacji seksualnej. Występujące różnice są spowodowane m.in. tym, że niekiedy badania wykonywano w małych, niereprezentatywnych grupach, na młodzieży w różnym wieku, a w kwestionariuszach stosowano różnie sformułowane pytania [Wojnarowska i współ., 2006]. Amerykańscy i europejscy badacze zjawiska ze względu na rozszerzającą się multikulturowość powoli odchodzą od publikowania średniego wieku inicjacji [Chammartin, Groux, 2014, Kost, Henshaw, 2014]. Ostatnim opublikowanym raportem dotyczącym inicjacji wśród młodzieży 15-letniej były badania HBSC (Health Behaviour in School-aged Children) realizowane w latach 2009–2010. Ukazują one tendencję do obniżania się wieku inicjacji seksualnej [Currie i współ., 2012, zob. też Chammartin, Groux, 2014, Godeau i współ., 2008].

Tab.4. Odsetek 15 letniej młodzieży aktywnej seksualnie

Państwo	Dziewczęta	Chłopcy
Grenlandia	71	46
Dania	38	38
Szwecja	32	31
Anglia	32	26
Norwegia	30	26
Austria	28	36
Czechy	26	22
Kanada	25	26
Luksemburg	24	37
Węgry	24	37
Niemcy	24	20
Francja	23	32
Włochy	22	26
Hiszpania	20	23
Rosja	18	37
Portugalia	18	27
Ukraina	17	40
Irlandia	17	27
Rumunia	17	48
Polska	13	19
Słowacja	10	15

Źródło: [Currie i współ., 2012]

Badanie HBSC pokazuje, że najwyższy odsetek aktywnych seksualnie wśród 15-letnich dziewcząt odnotowuje się w Grenlandii – 71%, w krajach Europy Północnej: Danii 38%, Szwecji i Anglii 32%, Norwegii 30%. Najniższy zaś w Polsce 13% i na Słowacji 10%. W grupie 15-letnich chłopców najwyższy odsetek aktywnych seksualnie występuje w Rumunii 48%, Grenlandii 46%, na Ukrainie 40%, najniższy zaś w Polsce 19% i na Słowacji 15% (tab. 4). Kraje skandynawskie pomimo wysokiego odsetka dziewcząt rozpoczynających życie płciowe w okresie młodszej adolescencji, charakteryzują się najniższym odsetkiem urodzeń w tej grupie wiekowej.

Przyczyny obniżającego się wieku inicjacji seksualnej badacze [np. Kempieńska, 2012 a, 2015 c, Szymańska 2015, Inpes, 2014, Woynarowska i współ., 2006, Lehrer i współ., 2006, Mc Whirter i współ., 2005) upatrują przede wszystkim w:

- akceleracji dojrzewania, spowodowanej, m.in. dietą wysokobiałkową, zwiększeniem bodźców psychicznych wpływających na aktywność hormonalną;
- złymi warunkami socjoekonomicznymi;
- płci; chłopcy podejmują życie płciowe wcześniej niż dziewczęta, różnica ta jednak stopniowo się zmniejsza;
- urbanizacji; mieszkańcy małych miejscowości i wsi inicjują później niż mieszkańcy ośrodków wielkomiejskich;
- poziomie wykształcenia; młodzież ze szkół zawodowych częściej deklaruje, że inicjowała przed 14 rokiem życia, niż uczniowie liceum i technikum;
- stosunku do religii; osoby silniej związane z religią inicjują w późniejszym wieku;
- sytuacji rodzinnej (nieobecność ojca w domu; rozwód, powtórne małżeństwo rodziców, migracje, brak silnej więzi matki z córką, zła sytuacja materialna, pracooholizm rodziców, samotność);
- dziedziczeniu zachowań; wcześniej inicjują osoby, których rodzice podjęli życie płciowe jako nastolatki;
- oddziaływaniu środowiska rówieśniczego;
- nadużywaniu substancji psychoaktywnych; badacze podkreślają, że zachowania ryzykowne najczęściej z sobą współwystępują. Ponadto, jedno zachowanie pociąga za sobą inne. Inicjacja nikotynowa toruje drogę do kontaktu z alkoholem, alkohol natomiast ułatwia inicjację narkotykową czy seksualną;
- zmianie norm akceptujących zachowania seksualne; w Polsce ponad dwa razy więcej badanych a próbuje, niż nie a próbuje uprawianie seksu przed zawarciem związku małżeńskiego [Boguszewski, 2010];
- czynnikach indywidualnych, jak depresja, lęk, agresja i poczucie beznadziei, a także braku wystarczających umiejętności społecznych i strategii radzenia sobie ze stresem czy nudą;
- silnym napięciu seksualnym;
- braku asertywności, oddziaływaniu partnera (miłość, namiętność, namowa, szantaż emocjonalny);
- braku uświadomienia seksualnego.

Z wczesnym rozpoczynaniem życia seksualnego wiąże się też zjawisko wielopartnerstwa. Osoby, które inicjowały jako małoletnie, prowadzą życie erotyczne mniej uporządkowane, mają więcej partnerów najpierw w młodości, a potem w okresach, kiedy pozostają już w stałym związku. Co czwarty chłopiec w grupie uczniów 16- i 18-letnich deklaruował posiadanie dwóch, a ponad 35% – trzech i więcej partnerek seksualnych; dla dziewcząt było to odpowiednio prawie 20% i 13% [Oblacińska, Woynarowska, 2006]. Podobną sytuację odnotowuje się w innych państwach europejskich.

Nastoletnie macierzyństwo nie jest nowym, ani zjawiskiem, ani problemem społecznym. Zmiany społeczne i kulturowe z końca lat 90. spowodowały, że współcześnie, szczególnie w krajach wysoko uprzemysłowionych występuje w rozmiarze niemal marginalnym. Jednak badacze zjawiska mobilizują władze i organizacje po-

zarządowe do pracy socjalnej z nastolatkami, podając jako przykład Belgię. W Belgii odsetek nastoletnich urodzeń (mimo wielokulturowości) był zawsze niski, ale nie wskaźnik nastoletnich ciąż. Występowanie ciąż wśród nastolatek jest przedstawiane jako fakt niepokojący, gdyż połowa z nich kończy się aborcją. Współczynnik urodzeń dla dziewcząt 10–17-letnich wynosi od 1 do 2/1000, zaś współczynnik aborcji około 2,1/1000 [Berrewaerts, Noirhomme-Renard, 2006].

W państwach rozwiniętych prokreacja jest postrzegana jako ukoronowanie indywidualnych osiągnięć: opuszczenie domu rodzinnego, zdobycie zawodu i pracy, poznanie partnera. Następnie okres kohabitacji i/lub małżeństwa i wreszcie wspólne pragnienie dzieci. Dlatego w wielu krajach europejskich z roku na rok podnosi się średni wiek zarówno zawarcia związku małżeńskiego, jak i zostania rodzicem [Niemiec, 2004]. „*Nastoletnie cięższe są w całkowitej sprzeczności ze współczesnymi czasami*” [Daguerre, 2010]. W Europie kobieta po raz pierwszy zostaje matką mając średnio 28–29 lat. Najwcześniej swoje pierwsze dziecko rodzą w wieku ok. 26 lat Bułgarki i Rumunki, najpóźniej po 30 r. życia Włoszki, Hiszpanki i Luksemburżanki [Eurostat, 2014].

Optymalnym wiekiem matki dla prokreacji jest przedział 26–30 lat, natomiast najmniej korzystnym poniżej 20 roku życia, jak również powyżej 40 roku życia.

Za młodociane matki uważa się kobiety, które zaszły w ciążę i (lub) urodziły do 18 r. życia [Marianowski, Grzechocińska, 1996].

Wyodrębnia się kilka podgrup nieletnich matek:

- a) ze względu na wiek:
 - bardzo młoda matka – do 16 lat;
 - starsza nastolatka – od 16 lat;
- b) ze względu na sytuację rodzinną dziewczyny:
 - nastolatka samotna, niemająca oparcia ze strony rodziny lub partnera;
 - nastolatka mająca wsparcie i pomoc ze strony partnera i (lub) rodziny [Aleksander i współ., 1995].

Charlotte Le Van (1998) wyróżniła 5 typów nastoletnich ciąż :

Ciąża inicjacyjna; nastolatki nie znają konsekwencji życia seksualnego, nie pragną dziecka. Podjęcie życia seksualnego nie jest pierwszą próbą zwrócenia uwagi odczucia na siebie i swoje problemy. Wcześniej już dokonywały prób samobójczych, uciekały z domu, miały kontakt z alkoholem i narkotykami. Ciąża powstała podczas pierwszego kontaktu seksualnego, często kończy się aborcją;

Ciąża SOS – ratowanie rodziny; dziewczęta pochodzą z rodzin patologicznych, w których istnieje zjawisko alkoholizmu, przemocy, a także skłonności do depresji. Rodzice są po rozwodzie lub w separacji. Nastolatki myślą, że ciąża odbuduje dialog w rodzinie;

Ciąża z wyrachowania; Nastolatki są pasjonatkami dzieci, od najmłodszych lat marzą, żeby z nimi pracować, ale brak zdolności i niepowodzenia szkolne im to

unieważniło. Nie mają pracy, prowadzą ubogie życie towarzyskie. Ciąża podwyższa ich status, kompensuje braki emocjonalne, jest też testem (najczęściej nieudanym) na uczucia partnera, albo lekiem na samotność i nudę. Dzięki zasiłkom na dziecko poprawiają swoją sytuację materialną. Rodzina, którą tworzą jest kopią rodziny pochodzenia;

Ciąża świadoma; Dziewczęta pochodzą z rodzin biednych i wielodzietnych. W szkole doświadczały wielu niepowodzeń. Są od conajmniej roku w stałym związku z ojcem dziecka, który był ich pierwszym partnerem seksualnym. Ciąża ma im umożliwić wyrwanie się z domu; są dumne z faktu zostania matką w młodym wieku. W ciąży i w dzieciach widzą sens życia. Pragną przetestować partnera i związać się z nim. Aborcja dla nich jest zbrodnią. Chcą, aby dziecko odniosło sukces na tych polach, na których one poniosły klęskę;

Ciąża « wpadka », nieplanowana, przypadkowa. Jest efektem złe dobranych pigułek, niekonsekwencji lub niewłaściwego zastosowania antykoncepcji [za: Fournier, Mareschal, Siegfred, 2012].

Szereg badań koncentruje się na znalezieniu uwarunkowań i następstw wczesnego macierzyństwa. Większość badaczy wskazuje, że nastoletnie cięższe występują najczęściej w rodzinach uboższych, zaniedbanych edukacyjnie i kulturowo oraz zamieszkujących tereny wiejskie. Ponadto stwierdzono, że ciąża nastolatki koreluje z [Kempińska 2012, 2014 a, 2015 a, b, c, Wellings, 2007, Suellentrop, Flanigan, 2006]:

- obniżającym się wiekiem inicjacji seksualnej;
- utratą jednego z rodziców na skutek rozwodu lub separacji;
- brakiem silnej więzi między matką i córką, nieutrzymywaniem żadnego kontaktu z ojcem;
- brakiem dojrzałości psychicznej;
- pochodzeniem z rodzin, w których obserwuje się nadużywanie alkoholu i narkotyków;
- niską oceną własnych szans życiowych oraz perspektyw na ukończenie szkoły i znalezienie dobrej pracy;
- posiadaniem przez nastolatki starszego partnera i /lub wielopartnerstwem;
- dziedziczeniem zachowań; nastolatki w ciąży często są córkami nastoletnich matek;
- wiekiem pierwszego kontaktu seksualnego;
- niestosowaniem antykoncepcji oraz z niską świadomością i poziomem uświadczenia seksualnego;
- nieumiejętnością spędzania czasu wolnego w sposób twórczy i niskim poczuciem własnej wartości, nieumiejętnością planowania przyszłości.

Najwyższy współczynnik płodności kobiet (czyli iloraz liczby urodzeń do liczby kobiet w wieku rozrodczym w danym społeczeństwie) w 2014 r. w grupie 15–17 latek odnotowano w Rumunii (4,4%), Bułgarii (4,15%) i Słowacji (2,37%). Najniższy (< 0,3%) w Szwajcarii, krajach Beneluksu i Skandynawii [Eurostat, 2014, zob.

też Bodier i współ., 2015]. Badania wykazują, że w krajach wysoko rozwiniętych w wieku poniżej 19 lat najczęściej rodzą emigrantki, np. w Holandii w 2015 r. 60 na 1000 porodów dotyczyło dziewcząt pochodzenia bułgarskiego, 30/1000 syryjskiego, 22/1000 somalijskiego i 18 /1000 polskiego [*Number of teenage mothers*, 2016]. Natomiast w USA średni wiek macierzyństwa w 2010 roku wyniósł 26,3 lat. Wskaźnik urodzeń w grupie 15–17 latek kształtował się na poziomie 3,44. Najczęściej przed osiągnięciem pełnoletniości rodziły Afro- i Latynoamerykanki [Kost, Henshaw, 2014].

Tab. 5 Liczba urodzeń żywych przez nastolatki w wieku 15–17 lat oraz średni wiek pierwszego macierzyństwa w wybranych krajach Europy (stan na 2014)

Państwo	15	16	17	% urodzeń przez 15–17 latki do ogółu porodów	Średni wiek pierwszego macierzyństwa
Austria	46	105	250	0,49	28,9
Belgia	48	175	329	0,43	28,6
Bułgaria	649	838	1319	4,15	25,8
Czechy	62	230	412	0,64	28,1
Dania	6	34	70	0,19	29,2
Finlandia	14	36	113	0,28	28,6
Francja	562	1424	2868	0,59	28,3
Grecja	168	330	394	0,96	30,0
Hiszpania	375	878	1489	0,64	30,6
Holandia	47	88	229	0,20	29,5
Irlandia	21	76	177	0,40	29,6
Luksemburg	1	6	14	0,34	30,2
Norwegia	5	24	126	0,26	28,6
Polska	254	838	2099	0,85	26,9
Portugalia	106	259	454	0,99	29,2
Rumunia	1609	2945	3955	4,40	26,1
Słowacja	171	410	727	2,37	27,0
Szwajcaria	5	28	84	0,13	27,0
Szwecja	22	53	148	0,19	29,2
Ukraina	609	2164	5288	1,60	27,4
Węgry	286	715	1248	2,41	27,7
Włochy	62	634	1273	0,39	30,7
Wielka Brytania	574	1920	4968	0,96	28,6

Źródło: [Eurostat, 2014, *Методологічні положення*, 2013].

W Europie maleje liczba urodzeń przez nastolatki. Poniżej przedstawione zostaną dane dotyczące liczby żywych urodzeń przez kobiety do 18 r. życia, przez okres 10 lat, tj. od 2005 do 2014 r. w 5 państwach europejskich.

Tab. 6. Urodzenia żywe przez matki w wieku 18 lat i mniej w Belgii za 2005–2014 r.

Wiek matek	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
14 lat i mniej	28	24	17	23	24	21	23	20	20	10
15	80	77	73	82	75	65	74	67	51	48
16	219	200	201	223	230	188	167	158	188	175
17	457	448	461	457	493	441	411	393	351	329
18	898	899	947	948	861	880	792	721	612	605
RAZEM	1682	1648	1699	1733	1659	1595	1467	1359	1222	1167
Urodzenia OGÓŁEM	118 002	121 382	125 228	128 049	127 297	129 297	127 655	126 933	124 862	124 415
% do ogółu	1,42	1,35	1,35	1,35	1,30	1,23	1,14	1,07	0,97	0,93

Źródło: *Statistics Belgium*

W Belgii w 2005 r. odsetek nieletnich urodzeń wyniósł 1,42%, a w 2014 r. 0,93%. Spadek liczby porodów obserwuje się w każdej grupie wiekowej. Przez okres 10 lat 15 231 belgijskich nastolatek urodziło dzieci, w tym 902 porody (5,92%) miały miejsce w grupie dziewcząt do 15 r. życia. Należy dodać, że minimalny wiek dziecka, poniżej którego karalne są relacje seksualne w Belgii wynosi 16 lat [Filar, 2002].

Tab. 7. Urodzenia żywe przez matki w wieku 18 lat i mniej w Danii za 2005–2014 r.

Wiek matek	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
14 lat i mniej	6	4	3	1	2	4	2	1	–	3
15	16	15	14	9	22	7	7	7	10	6
16	45	34	39	49	47	44	38	34	31	34
17	108	128	106	137	100	112	103	94	79	70
18	215	247	249	268	252	215	211	231	196	149
RAZEM	390	428	411	464	421	382	361	367	316	262
Urodzenia OGÓŁEM	64 282	64 984	64 082	65 038	62 818	63 411	58 998	57 916	55 873	56 870
% do ogółu	0,60	0,65	0,64	0,71	0,67	0,60	0,61	0,63	0,56	0,46

Źródło: *Danmarks Statistik*

W Danii w 2005 r. odsetek urodzeń przez kobiety 18-letnie lub młodsze wyniósł 0,60%, w 2008 r. 0,71%, a w 2014 zmalał do 0,46%. Zmniejszenie liczby urodzeń odnotowano w każdej grupie wiekowej. Przez dekadę miały miejsca 3 802 urodzenia żywe przez nastolatki, w tym 139 (3,65%) urodzeń dotyczyło 13–15latek. Minimalny wiek dziecka, poniżej którego karalne są relacje seksualne w Danii wynosi 15 lat [Filar, 2002].

Tab. 8. Urodzenia żywe przez matki w wieku 18 lat i mniej w Islandii za 2005–2014 r.

Wiek matek	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
14 lat i mniej	–	–	–	–	–	1	–	–	–	1
15	1	1	–	–	2	–	5	2	–	–
16	10	6	8	11	7	9	2	6	2	4
17	17	26	34	19	26	28	15	18	17	4
18	44	49	46	49	50	45	38	28	28	28
RAZEM	72	82	88	79	85	83	60	54	47	37
Urodzenia OGÓŁEM	4280	4415	4560	4835	5026	4907	4492	4533	4326	4375
% do ogółu	1,68	1,85	1,92	1,63	1,69	1,69	1,33	1,19	1,08	0,84

Źródło: *Hagstafa Islands*

W Islandii w 2005 r. odsetek urodzeń żywych przez nastolatki wyniósł 1,68%, a w 2007 r. zwiększył się do 1,92%. Przez kolejne 3 lata utrzymywał się na poziomie 1,63%–1,69%. Od tego momentu odnotowuje się spadek liczby urodzeń; w 2014 r. osiągnął 0,84% ogółu. W ciągu 10 lat 687 kobiet do 18 r. życia urodziło dzieci, w tym 13 (1,89%) dotyczyło dziewczynek do 15 r. życia. Minimalny wiek dziecka, poniżej którego karalne są relacje seksualne w Islandii wynosi 15 lat.

Tab. 9. Urodzenia żywe przez matki w wieku 18 lat i mniej na Słowacji za 2005–2014 r.

Wiek matek	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
14 lat i mniej	35	35	38	36	31	45	41	48	38	45
15	161	162	141	146	147	144	141	160	130	171
16	392	408	406	437	420	402	361	358	405	410
17	754	684	743	806	740	787	723	664	638	727
18	1145	1110	1147	1117	1168	1142	1010	947	940	981
RAZEM	2487	2399	2475	2542	2506	2520	2276	2177	2151	2334
Urodzenia OGÓŁEM	54 430	53 904	54 424	57 360	61 217	60 410	60 813	55 535	54 823	55 033
% do ogółu	4,56	4,45	4,54	4,43	4,09	4,17	3,74	3,92	3,92	4,24

Źródło: *Statistical Office of the Slovak Republic*

Na Słowacji do 2010 r. odsetek nastoletnich urodzeń przekraczał 4%. W latach 2011–2013 urodzenia w tej kategorii wiekowej wynosiły od 3,74% do 3,92%. W 2014 r. nastąpił znowu wzrost liczby urodzeń przez co najmniej 18-latki do 4,24%. Przez dekadę 23 867 nastolatek urodziło dzieci, w tym 1895 (7,93%) matek miało 15 lat lub mniej. Minimalny wiek dziecka, poniżej którego karalne są relacje seksualne na Słowacji wynosi 15 lat [Filar, 2002].

Tab. 10. Urodzenia żywe przez matki w wieku 18 lat i mniej w Polsce za 2005–2014 r.

Wiek matek	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
14 lat i mniej	46	44	67	81	63	61	44	59	48	51
15	256	258	249	326	338	289	267	283	238	254
16	977	955	1 121	1 224	1 307	1 245	967	945	886	838
17	2 703	2 824	3 096	3 365	3 139	2 883	2 568	2 469	2 271	2 099
18	5 562	5 784	5 882	6 334	6 268	5 572	4 875	4 692	4 278	3 968
RAZEM	9 544	9 865	10 415	11 330	11 115	10 050	8 721	8 448	7 721	7 210
Urodzenia OGÓŁEM	364 383	374 244	387 873	414 499	417 589	413 300	388 416	386 257	369 576	375 160
% urodzeń do ogółu	2,61	2,63	2,68	2,73	2,66	2,43	2,24	2,18	2,09	1,92

Źródło: *Roczniki Demograficzne i Roczniki Statystyczne – baza danych Demografia z odpowiednich lat*

W Polsce od 2005 r. do 2008 r. następował powolny wzrost urodzeń przez kobiety do 18 r. życia (od 2,61% do 2,73%). Od tego czasu odnotowuje się dość wyraźny spadek liczby urodzeń do 1,92% w 2014 r. Ogółem przez 10 lat 94 419 polskich nastolatek urodziło dziecko, w tym 3 322 (3,51%) urodzeń żywych miało miejsce wśród matek 12–15 letnich. Minimalny wiek dziecka, poniżej którego karalne są relacje seksualne w Polsce wynosi 15 lat [Filar, 2002].

Podsumowując, można stwierdzić, że w omawianych państwach:

- w 2014 r. największy odsetek nastoletnich ciąż odnotowano na Słowacji – 4,26%, najmniejszy w Danii 0,46%;
- w ciągu dekady zmniejszył się odsetek urodzeń przez dziewczęta do 18 r. życia. Ogólnie, największy spadek odnotowano w Islandii, najmniejszy w Danii;
- w Belgii i w Danii przez 10 lat odsetek urodzeń przez najmłodsze wiekiem matki (do 15 r. życia) zmniejszył się połowę z 0,03% do 0,015%; w Polsce i Islandii pozostał na tym samym poziomie odpowiednio 0,08% i 0,02%; na Słowacji wzrósł od 0,36% do 0,39%.

Tendencje europejskie wskazują, że co roku zmniejsza się liczba nieletnich rodzących dzieci. Poza Rumunią, Bułgarią, Węgrami, Słowacją i Ukrainą odsetek ten nie przekracza 1% ogółu urodzeń. Czyli, co 100–200 dziewczynka w wieku do 17 r. życia rodzi dziecko. Patrząc z matematycznego punktu widzenia to nie jest dużo, ale te matki to ciągle są osoby niepełnoletnie, niedojrzałe, bez szkoły, zawodu, pracy, często panny. Samotność dotyka najczęściej najmłodsze rodzące 13, 14, 15-letnie. Bez wsparcia psychicznego i materialnego ze strony rodzin skazane są na korzystanie z pomocy państwa. Niepokojące jest również, że z wiekiem urodzenia pierwszego dziecka koreluje zjawisko wielorództwa i dziedziczenie zachowań. Należy pamiętać też, że osoba, która ukończyła 13 lat, ale nie osiągnęła jeszcze pełnoletniości, ma ograniczoną zdolność do czynności prawnych. Z prawnego punktu widzenia, nie może więc np. sprawować władzy rodzicielskiej. W sytuacji nastoletniego macierzyństwa możliwe są dwa warianty. Pierwszy z nich jest taki, iż matka nie posiada pełnej zdolności prawnej, ale drugi z rodziców jest pełnoletni i on taką władzę sprawuje. Z drugą sytuacją mamy do czynienia, gdy zarówno matka, jak i ojciec nowo narodzonego dziecka są niepełnoletni. Do uzyskania pełnoletniości oni i dziecko pozostają pod opieką rodziców.

3. Skutki samotnego macierzyństwa nastolatek

Ciąże nastolatek budzą niepokój ze względu na liczne konsekwencje m.in. na:

- problemy zdrowotne zarówno matki, jak i dziecka;
- aborcje;
- wielorództwo;
- samotne macierzyństwo (nastoletnie matki rzadko wychodzą za mąż),
- nikły udział ojców w procesie opieki i wychowania dziecka;
- opóźnienie kontynuacji wykształcenia, konieczność podjęcia nisko płatnej pracy, życie w ubóstwie, mieszkanie z rodzicami, długoterminowa zależność od zasiłków i co bardzo istotne przekazywanie tego modelu życia swoim dzieciom [np. Bodier i współ., 2015, za: Kempieńska, 2012, 2015 a, b, Paranjothy, 2009, Bidzan, 2007, Bwire Ekonjo i współ., 2003].

3.1. Konsekwencje zdrowotne

Wczesne macierzyństwo nie daje szansy młodemu organizmowi na rozwiązywanie zadań typowych dla okresu dojrzewania, a jednocześnie zmusza go do podjęcia nowych zadań i ról. Młode matki, 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 (lub ich całkowity brak) sprawiają, że dziewczęta są w niekorzystnej sytuacji życiowej. W związku z powyższym często nie akceptują ciąży, ukrywają ją ze strachu

przed rodzicami, partnerem i opóźniają przez to korzystanie z opieki ginekologiczno-położniczej. W skrajnych przypadkach doprowadza to do szukania nielegalnych rozwiązań zaistniałego problemu poprzez korzystanie z klinik aborcyjnych, przyjmowanie leków usmiercających płód, zażywanie narkotyków lub zadawanie sobie obrażeń fizycznych prowadzących do poronienia. Brak akceptacji ciąży nie sprzyja jej prawidłowemu rozwojowi i wytworzeniu więzi emocjonalnej z własnym nienarodzonym jeszcze dzieckiem. Niedojrzałość nieletnich manifestuje się też niechęcią do współpracy z położnymi i lekarzami w trakcie prowadzenia ciąży, porodu i połoгу [Frankowicz-Gasiul i współ., 2008, zob. też Bwire Ekonjo, 2003]. Nastolatki rzadko odbywają wizyty kontrolne lub w ogóle się na nie nie zgłaszają [Gadzinowski, 1999]. Zazwyczaj ich pierwsza wizyta w poradni K następuje ok. 16–21 tygodnia ciąży. Niektórzy badacze podkreślają, że czasami nastolatki zgłaszają się do klinik tuż przed porodem, lub nawet w trakcie [Bwire Ekonjo, 2003]. Opieka nad młodocianą często bywa również niedostateczna z powodu niewykonywania przez nią podstawowych bądź dodatkowych badań laboratoryjnych [Frankowicz-Gasiul i współ., 2008, zob. też Filipp i współ., 2005].

Brak przygotowania młodego organizmu do pełnienia funkcji rozrodczych, jego niedojrzałość, złe nawyki żywieniowe, nieprzestrzeganie zaleceń położnej i lekarza czynią ciążę młodocianych ciążą wysokiego ryzyka. Najczęściej badacze [Chammartin, Groux, 2014, Frankowicz-Gasiul i współ., 2008, Chen i współ., 2007, Ashcraft, Lang, 2006, Pawłowska i współ., 2005, Bwire Ekonjo, 2003, Bręborowicz, 2000] wskazują na występowanie u nastolatek takich powikłań jak:

- poronienia samoistne;
- poród przedwczesny;
- nadciśnienie indukowane ciążą – PIH;
- infekcja dróg moczowych;
- małowodzie;
- hypotrofia płodu;
- gestoza;
- przedwczesne oddzielenie się łożyska;
- stan przedrzucawkowy i rzucawka.

Częstym powikłaniem ciąży u młodocianych jest również niedokrwistość z powodu niedoboru żelaza, wywołana nieprawidłowymi przyzwyczajeniami dietetycznymi [Frankowicz-Gasiul i współ., 2008]. Ciężarna nastolatka potrzebuje materiału do budowy zarówno własnego organizmu, jak i do rozwoju rozwijającego się płodu [Aleksander i współ., 1995]. Młodociane matki rodzą 2,5 raza częściej dzieci z małą urodzeniową masą ciała (<2 500 g). Dzieci bardzo młodych matek (<15. roku życia) są 3-krotnie częściej narażone na ryzyko zgonu w okresie okołoporodowym. W okresie noworodkowym dzieci matek w wieku poniżej 20 roku życia częściej umierają z powodu zespołu nagłej śmierci noworodka SIDS (Sudden Infant Death Syndrome)

[Pawłowska i współ., 2005, Hillis i współ., 2004]. Wzrost noworodków jest też statystycznie niższy od przeciętnego, to samo dotyczy punktacji Apgar w 5 minucie życia [Chen, 2007]. Ciąża nieletnich może także występować z innymi ogólnymi chorobami takimi jak: cukrzyca, gruźlica, toksoplazmoza czy choroby nerek [Komorowska, 1991].

Dodatkowym aspektem są problemy psychiczne i odrzucenie społeczne, z jakim spotykają się nieletnie ciężarne. W większości przypadków nie są one przygotowane do świadomego macierzyństwa, co może wywoływać stany depresyjne [Chammarin, Groux, 2014].

Połów u młodocianej ciężarnej stanowi kolejny okres, w którym występuje ryzyko powikłań. Są one związane z nieprawidłowym odżywianiem oraz nieprzestrzeganiem zasad higieny i zaleceń medycznych. Dodatkowym czynnikiem jest również stres spowodowany pojawieniem się noworodka i koniecznością opieki nad nim. Brak przygotowania do tej roli sprawia, że nastoletnie matki częściej niż kobiety dojrzałe decydują się na oddanie dziecka do adopcji [Pawłowska i współ., 2005].

Niedojrzałość emocjonalna nastoletnich matek, często samotność (brak partnera i/lub wsparcia rodziny) powoduje, że niezwykle ważne jest wczesne otoczenie ich opieką medyczną, psychologiczną i pomocą socjalną [Dadoorian, 2007].

3.2. Stosowanie antykoncepcji i statystyka aborcji

Młodzi ludzie, w okresie dorastania kierowani chęcią zdobywania nowych doświadczeń, często podejmują ryzykowne zachowania, których konsekwencje w przyszłości mogą wpływać na ich stan zdrowia [Kanadys i współ., 2012]. Wykaz ryzykownych zachowań jest bardzo długi. Od wagarów i uciezek z domu poprzez stosowanie używek, aż do wchodzenia w ryzykowne zachowania seksualne, włącznie z prostytutką. Skutki takich zachowań są zazwyczaj poważniejsze i występują szybciej niż u osób dorosłych z powodu niezakończonego jeszcze rozwoju biologicznego, intelektualnego, emocjonalnego i społecznego. Ponadto dzieci i nastolatki mają słabą zdolność kontrolowania własnych zachowań i właściwego oceniania rzeczywistości [Szymańska, 2015].

Badania pokazują, że zwiększa się odsetek młodzieży, która pierwszy kontakt seksualny miała przed ukończeniem 15 roku życia [Currie, 2012]. Właśnie w tej grupie społecznej najbardziej widoczne jest zjawisko promiskuityzmu, czyli kontaktów seksualnych pozbawionych więzi uczuciowych, podejmowanych z przypadkowymi, często zmienianymi partnerami. Skutkiem takiego postępowania jest duże ryzyko zachorowania na choroby przenoszone drogą płciową, a także niechciana ciąża [Jakimiuk, 2007]. Współczesna młodzież często podejmuje życie seksualne bez odpowiedniej wiedzy na temat antykoncepcji [Kanadys i współ., 2012]. Rodzice i szkoła nie są istotnym źródłem informacji dotyczących życia seksualnego i jego konsekwencji. Socjalizacja seksualności i internalizacja norm seksualnych odbywają się za po-

średnictwem nowoczesnych mediów, w tym Internetu i telefonów komórkowych, co sprzyja kształtowaniu nieprawidłowych postaw. Deficyt wiedzy na temat fizjologii seksualnej człowieka prezentowany przez młodych ludzi świadczy, że nie otrzymują oni z wiarygodnych źródeł wystarczających informacji na temat antykoncepcji, profilaktyki chorób przenoszonych drogą płciową, asertywności, ochrony przed przemocą seksualną [Chammartin, Groux, 2014, Depko, Jąderek, 2013, Drosdzol i współ., 2005]. A statystyki dotyczące wskaźników nastoletnich ciąż i zachorowań na choroby przenoszone drogą płciową są alarmujące:

- W USA wskaźnik urodzeń przez nastolatki jest najwyższy wśród krajów rozwiniętych [O'Brien, 2013]. Każdego roku około 750 tysięcy nastolatek zachodzi w ciążę, z czego ponad 80% z nich jest nieplanowanych. Dane te wskazują na niezaspokojoną potrzebę wiedzy o skutecznej antykoncepcji [Ott, Sucato, 2014]. Z badań przeprowadzonych przez Youth Risk Behavior Survey (YRBS) w 2011 r. wynika, że 33,7% nastolatków było aktywnych seksualnie, a 15,3% miało stosunek seksualny z czterema lub więcej partnerami. Tylko 10% osób podejmujących ryzykowne zachowania poddało się badaniom na obecność wirusa HIV. Natomiast badania z 2015 r. wykazały, że 30% nastolatków miało stosunek seksualny w ciągu ostatnich 3 miesięcy, a wśród nich 43% nie zastosowało prezerwatywy oraz 21% było pod wpływem alkoholu lub narkotyków [*Youth Risk Behavior Surveillance*, 2016, zob. też *National Campaigning to Prevent Teen...*, 2008];
- Wskaźnik zachorowań na choroby weneryczne w kategorii wiekowej 15–19 lat w USA jest również wysoki. Ok. 37,7% aktywnych seksualnie kobiet w tym wieku jest zarażona chłamydią, rzeżączką lub kiłą i często nie jest tego świadoma. Większa zachorowalność występuje wśród nastolatek, których partner był w tym samym wieku lub o rok starszy [O'Brien, 2013]. Według Centers for Disease Control and Prevention (CDC) aktywni seksualnie nastolatki i młodzi dorośli są bardziej narażeni na choroby weneryczne niż osoby starsze. Ok. 20 mln nowych zachorowań dotyczy właśnie osób pomiędzy 15–24 r. życia. Szacuje się, że co roku rząd USA ponosi koszty rzędu 16,4 miliardów dolarów na leczenie chorób przenoszonych drogą płciową [*Sexual Risk Behaviors...*, 2016, zob. też *Sexually Transmitted Disease Surveillance*, 2015];
- Na koniec 2012 roku, na całym świecie żyło ok. 35,3 miliona ludzi zarażonych wirusem HIV; spośród nich 2 100 000 to młodzież w wieku 10–19 lat, a 56% stanowią dziewczęta. Szacunki te obejmują zarówno nastolatków, którzy nabyli HIV poprzez przeniesienie zakażenia z matki na dziecko i tych, którzy zarazili się poprzez kontakt seksualny bez zabezpieczenia lub używanie niesterylnego sprzętu do iniekcji. 1,7 miliona zakażeń HIV odnotowuje się w Afryce Subsaharyjskiej (85% wszystkich nastolatków żyjących z wirusem), 1,3 mln w Afryce Wschodniej i Południowej, 390 000 w Afryce Środkowej i Zachodniej. W Azji Południowej żyje 130 000 młodzieży z HIV, co stanowi 6% globalnego obciążenia, w Azji Wschodniej i Pacyfiku 110 000, Ameryce Łacińskiej i Karaibach

81 000, Europie Wschodniej i Azji Centralnej 22 000 oraz na Bliskim Wschodzie i Afryce Północnej 17 000 [Idele i współ., 2014]. W USA w 2014 r. 22% nowych przypadków zarażenia wirusem zdiagnozowano u osób w wieku 13–24 lata [*Diagnoses of HIV Infection*, 2015]. W Europie państwem najbardziej dotkniętym zapadalnością na tę chorobę jest Ukraina. Szacuje się, że, 0,31% ludności żyje z HIV, 0,064% z AIDS. Poziom zakażeń wirusem wśród nastolatków wynosi 0,62%. Główną przyczyną zakażeń jest uprawianie seksu bez zabezpieczenia oraz używanie niesterylnych strzykawek przez narkomanów [*Профілактика ВІЛ...*, 2011]. Na Białorusi natomiast zapadalność na HIV wynosi 8,1 na 100 tysięcy ludności. Poziom zakażenia najczęściej występuje wśród osób w wieku 30–39 lat (0,4%), najrzadziej wśród 15–19 latków (0,01%) [*Эпидемическая ситуація по ВІЧ...*, 2015]. W Federacji Rosyjskiej najwięcej zarażonych odnotowuje się w grupie mężczyzn, zażywających dożylnie narkotyki oraz wśród osób w wieku 30–40 lat [*Справка ВІЧ*, 2015]. W Polsce w 2013 r. ok. 2% wszystkich rozpoznanych zakażeń HIV dotyczyło osób poniżej 20 r. życia [Niedźwiedzka-Stadnik, Rosińska, 2014].

Jak podają badacze na całym świecie wzrost zapadalności na choroby przenoszone drogą płciową i wzrost rozrodczości nastolatków i wskaźnika aborcji ściśle jest związany z niestosowaniem przez młodzież antykoncepcji.

Badania dotyczące antykoncepcji przeprowadzone wśród osób w wieku 15–19 lat w krajach rozwiniętych wykazują następujące tendencje:

- młodzież niestosuje antykoncepcji, bądź czyni to nieregularnie lub w niewłaściwy sposób [*Rapport de la Commission Nationale...*, 2012, *Contraception: Les Françaises utilisent-elles un contraceptif...*, 2011, Berrewaerts, Noirhomme-Renard, 2006]. W Wielkiej Brytanii tylko 22,6% kobiet w wieku 15–17 lat stosuje antykoncepcję; jest to najgorszy wynik od 1969 r. [*Conceptions in England and Wales: 2014, 2015*];
- wśród osób stosujących środki antykoncepcyjne najpopularniejsza jest prezerwatywa. W USA do jej stosowania najczęściej przyznają się mężczyźni, uczniowie wyższych klas, biali i Afroamerykanie [O'Brien, 2013, zob. też Blanc i współ., 2009, Eaton i współ., 2006]. Prezerwatywę najczęściej też stosują nastolatki z Kanady [Black i współ., 2009], Polski [Izdebski, 2012, Zielińska, 2008];
- 78,8% nastolatków z Francji [*Contraception: Les Françaises utilisent-elles ...*, 2011, Aubin i współ., 2009], 66,6% Kanadyjek [Black i współ., 2009], 31% Polek [www.takdlazdrowia.pl, 2014] stosuje tabletki antykoncepcyjne;
- trzecią najbardziej popularną metodą antykoncepcyjną jest ciągle wśród nastolatków stosunek przerywany, stosuje go średnio ok. 18% badanych [Mazur, Małkowska –Szcutnik, 2013, www.takdlazdrowia.pl, 2014, Black i współ., 2009, Zielińska 2008];
- młodzież rzadko stosuje tzw. podwójne zabezpieczenie. Zgodnie z aktualnymi wytycznymi WHO dotyczącymi antykoncepcji dla młodocianych, nastolatki po-

winni stosować tak zwane podwójne zabezpieczenie (dual protection and dual method use), w postaci wysoce skutecznej metody antykoncepcyjnej, np. dwuskładnikowej antykoncepcji hormonalnej w połączeniu z prezerwatywą, w celu równoczesnej ochrony przed nieplanowaną ciążą i chorobami przenoszonymi drogą płciową. Badania dowodzą, że w grupie nastolatek istnieje najwyższe ryzyko niepożądanego ciąży, a jednocześnie najniższe ryzyko wystąpienia powikłań antykoncepcji hormonalnej [Skrzypulec, Droszól, 2009];

- stosowanie (i znajomość) nowoczesnych środków antykoncepcyjnych takich jak: pierścień dopochwowy, plaster antykoncepcyjny, implant czy wkładka wewnątrzmaciczna jest rzadkością [Ott, Sucato, 2014], np. metody te stosuje 2,8% nastolatek z Francji [*Contraception: Les Françaises utilisent-elles ...* 2011, Aubin i współ., 2009, Régnier-Loilier, Leridon, 2007], 6% Ukrainek [Борисполець, Мелешкін, 2009], od 1–3% Polek [www.takdlazdrowia.pl, 2014];
- pomimo, że nastolatki wiedzą, że przed rozpoczęciem stosowania antykoncepcji należy udać się do ginekologa po poradę [Kanadys i współ. 2012,] to jednak większość z nich ma opory. W krajach Europy Wschodniej wciąż nie ma kultury chodzenia do ginekologa, a głównym źródłem informacji o antykoncepcji są fora internetowe i środowisko rówieśnicze [www.takdlazdrowia.pl, 2014, Сакебич, 2012].

Badania *The behavior of school-age children in health* (HBSC) realizowane w latach 2009–2010 w 43 krajach, wśród dzieci i młodzieży w wieku 11, 13 i 15 lat wykazały wzrost zastosowania antykoncepcją podczas ostatniego stosunku przez aktywnych seksualnie 15-latków. Najczęściej stosowanie prezerwatyw zadeklarowała młodzież z Estonii 89% dziewcząt i 91% chłopców, Luksemburga odpowiednio 84% i 90%, najrzadziej ze Szwecji 58% i 69%. Polscy nastolatki zajęli w zestawieniu 11 miejsce, 83% dziewcząt i 78% chłopców. Największy odsetek zastosowania pigułki zadeklarowali respondenci w Niemczech 62% dziewcząt i 54% chłopców, Danii odpowiednio 55% i 51%, najmniej na Ukrainie po 4% oraz w Grecji 2% i 5%. W Polsce do stosowania tabletek przyznało się 14% dziewcząt i 15% chłopców [Currie i współ., 2012, zob. też Mazur, Małkowska-Szkutnik, 2011]. Mimo że te informacje liczbowe mogą wskazywać na dojrzałość psychiczną badanych, należy pamiętać, że dane dotyczą zastosowania środków antykoncepcyjnych podczas ostatniego stosunku. Cechą charakterystyczną nastolatków jest ich spontaniczność w kontaktach seksualnych, brak regularności w stosowaniu antykoncepcji, dobór metod bez konsultacji lekarskiej.

Badacze, jako główne przyczyny oporów względem stosowania antykoncepcji wskazują:

- brak wiedzy na temat fizjologii zapłodnienia i wiarę w stereotypy,
- lęk przed skutkami ubocznymi środków antykoncepcyjnych,
- trudności w dostępie do środków antykoncepcyjnych,
- młody wiek, nieprzewidywanie konsekwencji,

- spontaniczność w kontaktach seksualnych,
- względy religijne,
- środowisko rodzinne [Chammartin, Groux, 2014].

Skala i rodzaje stosowania środków antykoncepcyjnych zależą też zdaniem badaczy od miejsca zamieszkania, i co jest z tym związane od prawa obowiązującego w danym kraju.

Nastolatki w większości państw mogą legalnie uprawiać seks od 15 roku życia. Rozpoczęcie współżycia seksualnego, zajście w ciążę, urodzenie dziecka przed osiągnięciem tego wieku, lekarze są zobowiązani zgłosić odpowiednim władzom. W Polsce, krajach postsowieckich czy w niektórych stanach USA dziewczęta poniżej 16 roku życia muszą zgłosić się do ginekologa z rodzicem lub opiekunem prawnym, ponieważ potrzebna jest jego zgoda na przeprowadzenie badania, procedur diagnostycznych i leczniczych (w tym przepisanie środków antykoncepcyjnych). Pomiędzy 16 a 18 rokiem życia decyzję o procedurach diagnostyczno-leczniczych podejmują równoległe nastolatek i jego rodzice. W praktyce oznacza to, że 16-latką może sama pójść do ginekologa i poprosić go o przepisanie środków antykoncepcyjnych, ale jej rodzice muszą wyrazić na to zgodę [Сакебич, 2012, Dyjecińska, 2015, zob. też ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta]. Z tego powodu 47% Amerykanek poniżej 18 r. życia zaprzestała stosowania antykoncepcji [Youth Risk Behavior Surveillance, 2016].

Francja jest jednym z krajów o najniższym odsetku ciąży nastolatek i najwyższym odsetku stosowania tabletek antykoncepcyjnych. Jest to związane głównie z postawami młodych ludzi wobec rodziny i seksualności oraz szerokiego rozpowszechniania metod antykoncepcji i zmiany w prawie. Rząd francuski zezwolił na bezpłatną dystrybucję w aptekach i w szkolnych gabinetach medycznych antykoncepcji awaryjnej (pigułki „dzień po”) również dla nieletnich oraz opłaca ogólnokrajowe kampanie informacyjne [Amsellem-Mainguy, 2009]. Ustawa z 4 lipca 2001 roku zezwala nastolatkom na podjęcie samodzielnej decyzji w kwestii przerwania ciąży i antykoncepcji [LOI no 2001-588 du 4 juillet 2001]. Ustawa o prawach pacjenta i jakości systemu opieki zdrowotnej z 4 marca 2002 poczyniła dalsze kroki w kierunku poszerzenia prawa małoletnich do prywatności w omawianych kwestiach [LOI no 2002-303 du 4 mars 2002]. Z tych powodów, jak twierdzą badacze, we Francji tylko 4% młodych kobiet w wieku do 20 lat zostaje matkami [Portier – Le Cocq, 2009]. Bezpłatna antykoncepcja dla młodzieży poniżej 21 lat dostępna jest również w Holandii i Niemczech, poniżej 18 r. życia w Szwecji. Takiej możliwości nie mają mieszkańcy Europy Wschodniej [Сакебич, 2012].

Problem aborcji zajmuje nie tylko etyków czy duchowieństwo, ale także prawników, lekarzy, pedagogów, demografów, filozofów, polityków i psychologów. Jest tematem budzącym we współczesnym świecie najwięcej kontrowersji. Rzadko spotkać można jak pisze L. Gardocki [1998] „taką amplitudę ocen, od jednej skrajności, która postuluje traktowanie aborcji jak zabójstwa, do drugiej, która odnosi się do aborcji,

jako całkowicie prywatnej sprawy kobiety, bez potrzeby uwzględniania ocen społecznych w tym względzie”.

Aborcja jest zjawiskiem dość silnie zróżnicowanym regionalnie, uwarunkowanym regulacjami prawnymi o różnym zakresie i ma zasięg ogólnoswiatowy.

Z badań nad zjawiskiem wynika, że:

- W 2014 r. na całym świecie miało miejsce ok. 56 mln zabiegów przerywania ciąży; 22 mln z nich stanowiły tzw. „aborcje niebezpieczne”³;
- Każdego roku około jedna na pięć ciąż zostaje dobrowolnie przerwana [*Preventing unsafe abortion*, 2016];
- Najczęściej aborcji dokonują kobiety niezamężne (72%) [*Facts on Induced*, 2011];
- 38 milionów zabiegów miało miejsce w krajach rozwijających się;
- Każdego roku od 5 do 8,5 mln kobiet doświadcza skutków aborcji [Sedgh, Singh, Henshaw, i współ., 2012], a ok. 47 000 umiera [Rossier, 2014];
- Rocznie około 5 milionów kobiet trafia do szpitala w wyniku komplikacji po „niebezpiecznej aborcji”; natomiast ponad 3 miliony kobiet, nie otrzymuje żadnej pomocy;
- Roczny koszt leczenia poważnych powikłań po „niebezpiecznych aborcjach” szacuje się na 680 milionów dolarów;
- Globalna średnia roczna stopa aborcji jest szacowana na 35 na 1000 kobiet w wieku 15–44 lata [*Preventing unsafe abortion*, 2016];
- W Europie (UE-27) jedna aborcja wykonywana jest co 27 sekund, co daje wynik prawie 1,2 mln rocznie. Najwięcej zabiegów wykonuje się we Francji i Wielkiej Brytanii (prawie 200 000) oraz Rumunii, Niemczech i Hiszpanii (ponad 100 000 rocznie) [*L'avortement dans le monde, pays par pays*, 2008];

Z badań przeprowadzonych przez Instytut Alana Guttmachera wynika, że najczęstszymi powodami usunięcia ciąży podawanymi przez kobiety były:

- chęć zakończenia wcześniej okresu rozrodczego,
 - chęć odłożenia w czasie decyzji o urodzeniu dziecka,
 - powody natury społeczno-ekonomicznej,
 - problemy relacji z mężem, partnerem,
 - młody wiek,
 - powody zdrowotne,
 - gwałt, kazirodztwo [*Sharing Responsibility Women Society...*, 1999].
- C. Rossier [2014] wskazuje również na:
- „aborcję selektywną” – w zależności od płci dziecka. W niektórych krajach azjatyckich (Chiny, Indie, Wietnam) rodzice często decydują o usunięciu płodu żeńskiego, zob. też [Guilmoto, Duthé, 2013];
 - brak dostępu do nowoczesnych środków antykoncepcyjnych.

3 Termin „niebezpieczna aborcja” (*unsafe abortion*) oznacza „zabieg przerywania niechcianej ciąży przez osoby niewykwalifikowane i/lub w warunkach niespełniających podstawowych norm medycznych” [*World Contraceptive Use 2010*, United Nations, 2011]

Wg danych World Abortion Policies, Unites Nations [2013] bez względu na kontynent najczęściej aborcje dokonywane są z przyczyn medycznych.

Aborcja jest najczęściej wynikiem ryzykownych zachowań seksualnych, jest już skutkiem wcześniej podjętych decyzji. Jednak w opracowaniach dotyczących tego problemu uprawianie przypadkowego, czy przygodnego seksu bez zabezpieczenia nie podaje się, jako przyczyny niechcianej ciąży. Te zachowania wydają się być najistotniejszymi przy podejmowaniu decyzji o zabiegu przerwania ciąży, szczególnie w grupie nastolatków. Jak pokazują badania [np. Kempieńska 2012 a, 2015 a, b, c, Rochon, 2005] jednym z powodów podejmowania ryzykownych zachowań seksualnych jest niezaspokojona potrzeba kontaktów uczuciowych, odrzucenie emocjonalne przez rodziców. Współczesne, osamotnione pokolenie dzieci i młodzieży rekompensuje sobie brak zainteresowania przez dorosłych spędzając czas wolny przed ekranem komputera, telewizora, czy uprawiając niezobowiązujący seks. Należy jednak pamiętać, że coraz więcej pozarodzinnych źródeł wpływa na kształtowanie się osobowości dziecka. Oddziaływanie środowiska rówieśniczego, łatwy dostęp do filmów pornograficznych sprzyjają podejmowaniu relacji seksualnych. Jeżeli dodamy do tego nikłą znajomość fizjologii zapłodnienia i niechęć (szczególnie chłopców) do stosowania antykoncepcji, o niepożądaną ciążę nie jest trudno.

Warunki dopuszczalności aborcji w Polsce

W Polsce *Ustawa o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży* z 7 stycznia 1993 roku przewiduje następujące warunki dopuszczalności przerwania ciąży przez lekarza za zgodą kobiety, których niezachowanie jest koniecznym warunkiem dla odpowiedzialności karnej za przestępstwo z art. 152 k.k.:

- 1) ciąża stanowi zagrożenie dla życia lub zdrowia kobiety ciężarnej (przesłanka medyczna),
- 2) badania prenatalne lub inne przesłanki medyczne wskazują na duże prawdopodobieństwo ciężkiego i nieodwracalnego upośledzenia płodu albo nieuleczalnej choroby zagrażającej jego życiu (przesłanka eugeniczna),
- 3) zachodzi uzasadnione podejrzenie, że ciąża powstała w wyniku czynu zabronionego (przesłanka kryminalna) [Filar, 2000].

Zgodnie z art. 149 a §1w/cytowanej Ustawy „*kto powoduje śmierć dziecka poczętego podlega karze pozbawienia wolności do lat 2*”. *Nie podlega karze matka dziecka (§2). Kto stosując przemoc wobec kobiety ciężarnej powoduje śmierć dziecka poczętego albo w inny sposób powoduje śmierć dziecka poczętego bez zgody kobiety ciężarnej lub przemocą, groźbą bezprawną albo podstępem doprowadza matkę dziecka poczętego do pozbawienia życia tego dziecka, podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8* (art.149b).

Ustawa przewiduje ograniczenia czasowe dla dokonania przerwania ciąży ze względów eugenicznych. Ma to miejsce do chwili osiągnięcia przez płód zdolności do samodzielnego życia poza organizmem kobiety ciężarnej, a także ze względów kryminalnych – jeżeli od początku ciąży nie upłynęło więcej niż 12 tygodni. W każdym czasie możliwa jest aborcja w razie wystąpienia wskazań medycznych. Zgoda kobiety na dokonanie aborcji powinna być wyrażona w formie pisemnej. W przypadku małoletniej wymagana jest pisemna zgoda jej przedstawiciela ustawowego. W odniesieniu do małoletniej powyżej 13 roku życia wymagana jest również pisemna zgoda tej osoby. Za małoletnią poniżej 13 roku życia zgodę wydaje sąd opiekuńczy, a małoletnia ma prawo do wyrażenia własnej opinii [Krajewski, 2004].

Kościół katolicki nie dopuszcza aborcji. „Nie zabijaj” czytamy w Piśmie Świętym. Prawo Boże dla każdego chrześcijanina jest pierwszym, podstawowym i niezmiennym prawem. Ze względu na nie, człowiek jest zobowiązany do poszanowania każdego życia i to od momentu poczęcia aż do naturalnej śmierci. Pozytywne prawo kościelne jest tylko przedłużeniem, kontynuacją odwiecznego prawa Bożego. W Kodeksie Prawa Kanonicznego w Księdze VI pt. Sankcje w Kościele znajdujemy ustawę (kan. 1398) dotyczącą przerwania ciąży:

„Kto powoduje przerwanie ciąży, po zaistnieniu skutku, podlega ekskomunice wiążącej mocą samego prawa”.

Polacy przejawiają różne postawy wobec przerywania ciąży. Z badań Pstrąga [2000] wynika, że młodzież uważa aborcję za najbardziej niebezpieczną formę patologii, obok zabójstwa i dzieciobójstwa. Dorośli aborcję umieścili na 12 miejscu. Jak pokazują inne badania realizowane przez CBOS, ponad 1/3 respondentów (37%) uważa za akceptowalną sytuację, kiedy kobieta decyduje się na aborcję, dlatego że nie chce mieć dziecka; ale tylko 20% uważa takie zachowanie za właściwe. Częściej nie widzą nic złego w usunięciu ciąży mimo braku obiektywnych wskazań badani w średnim wieku [Hipsz 2014]. Prawie dwie trzecie ankietowanych (62%) sądzi, że lekarz nie może odmówić wydania skierowania na zabieg przerwania ciąży w sytuacji, gdy kobietę zgodnie z prawem, można do takiego zabiegu zakwalifikować. Ponad połowa (52%) uważa też, że lekarz nie może, powołując się na własne sumienie, odmówić wykonania zabiegu przerwania ciąży w sytuacji, gdy prawo na to zezwala [Boguszewski, 2014]. W styczniu 2015 r. Komisja Europejska zezwoliła na dopuszczenie do swobodnej sprzedaży antykoncepcji awaryjnej – preparatu ellaOne, czyli tzw. pigułki „dzień po” nowej generacji. Rząd polski zdecydował, że osoby, które w świetle prawa mogą podejmować czynności seksualne, będą mogły ją kupić bez recepty. Opinie na temat dopuszczenia środka do swobodnej sprzedaży są spolaryzowane – odsetek osób popierających i kontestujących tę decyzję jest niemal identyczny (odpowiednio 43% i 44%). Dwie piąte osób mających krytyczny stosunek do sprzedawania tabletki „dzień po” bez recepty (40%, co stanowi 18% ogółu ankietowanych) tłumaczy go

brakiem akceptacji dla antykoncepcji awaryjnej, natomiast przeważająca część (55%, co odpowiada 24% ogółu respondentów) ma zastrzeżenia nie tyle do samej metody zapobiegania ciąży, ile do zbyt łatwej jej dostępności i uważa, iż pigułka powinna być wydawana wyłącznie na receptę, po wcześniejszej konsultacji z lekarzem. Przeważająca grupa badanych zgadza się z opinią, iż łatwy dostęp do niej propaguje swobodę seksualną i brak odpowiedzialności za relacje intymne (57%) oraz że zachęca młodzież do wcześniejszej inicjacji seksualnej (56%). Jeszcze więcej ankietowanych jest zdania, że stanie się ona jedną z częściej wybieranych metod zapobiegania ciąży (65%) [Hipsz, 2015].

Warunki dopuszczalności aborcji na świecie

Na świecie wyróżnia się 5 grup państw różniących się podejściem do aborcji:

- a) **Aborcja całkowicie legalna** – (np. Kanada, Urugwaj, Armenia, Albania, Białoruś, Bułgaria, Chiny, Dania, Węgry, Rosja, Ukraina, RPA, Mozambik) **lub na życzenie kobiety do 14 tygodnia ciąży** (np. Austria, Belgia, Francja, Niemcy, Włochy) – łącznie dotyczy 57 państw, co stanowi 39% światowej populacji.
- b) **Aborcja ze względów społecznych** – (np. Barbados, Cypr, Finlandia, Islandia, Wielka Brytania, Indie, Japonia) – dotyczy 14 państw, 22% populacji.
- c) **Aborcja ze względów medycznych, w szczególności z powodów zagrożenia zdrowia psychicznego kobiety** – (np. Izrael, Malezja, Ghana, Liberia, Kolumbia, Jamajka, Sierra Leone) – dotyczy 21 państw, 4% populacji.
- d) **Aborcja ze względów medycznych** – (np. Polska, Monako, Liechtenstein, Argentyna, Peru, Maroko, Pakistan, Czad, Togo) – dotyczy 35 państw, 10% populacji.
- e) **Aborcja zakazana, z wyjątkiem ratowania życia matki** – (np. Malta, Andora, Brazylia, Kamerun, Iran, Sri Lanka, Nigeria, Mali) – dotyczy 68 państw, łącznie 25% populacji [*L'avortement à travers le monde*, 2009].

W ustawach każdego państwa istnieją zapisy dotyczące aborcji w szczególnych przypadkach; np. w Algierii – aborcja jest zakazana. Wyjątek stanowi zagrożenie życia matki lub poważne uszkodzenie płodu (potrzebna jest opinia lekarska). W przypadku gwałtu, przerwanie ciąży nie jest dozwolone, chyba że jest to gwałt popełniony w ramach aktu terrorystycznego. Czasami zapisy w ustawach są niejasne, co sprzyja ich nadinterpretacji np. prawo hiszpańskie, miało być jednym z najbardziej restrykcyjnych w Europie, w rzeczywistości jest jednym z najbardziej liberalnych. Pozwala ono na aborcję do 12 tygodni w przypadku gwałtu, 22 tygodni w przypadku wad rozwojowych i bez żadnych ograniczeń czasowych w przypadku poważnego zagrożenia dla zdrowia psychicznego i fizycznego matki. W ustawie pojęcie „zdrowie psychiczne” jest niedoprecyzowane, dzięki czemu do klinik prywatnych trafiają kobiety nawet w zaawansowanej ciąży, nie tylko Hiszpanki (*L'avortement dans le monde, pays par pays*, 2008).

Statystyka aborcji w Polsce

W Polsce w 1991 r. dokonano 30 878 aborcji, a rok później 11 640. Od daty wprowadzenia *Ustawy z dnia 7 stycznia 1993 r.* zaobserwowano istotne zmniejszenie ich liczby. W 1996 r. dokonano 505 zabiegów, w 1998 – 310. W roku 2002 legalnie zarejestrowana liczba aborcji wynosiła tylko 159. Od tego roku liczba rejestrowanych przerwania ciąży wzrosła czterokrotnie, głównie za sprawą powiększającej się liczby zabiegów uzasadnionych wynikami badań prenatalnych [*Sprawozdanie Rady Ministrów*, 2003]. W 2011 roku odnotowano 669 zabiegów, w 2012 roku – 752, natomiast w 2013 roku – 744 – wynika z danych statystycznych Ministerstwa Zdrowia. W 718 przypadkach ciąża została przerwana po wynikach badań prenatalnych, w 23 z powodu stanu zdrowia matki, w 3 przypadkach z powodu gwałtu [<http://wiadomosci.onet.pl/kraj>, 2015]. Należy jednak pamiętać, że Ministerstwo Zdrowia podaje liczbę tylko legalnych aborcji, natomiast faktyczny ich wymiar pozostaje w dalszym ciągu nieznany i w sferze spekulacji, domysłów lub szacunków. Ustawę o planowaniu rodziny od lat krytykują środowiska feministyczne. Zdaniem ich przedstawicielek ustawa nie spowodowała zmniejszenia liczby aborcji, zaś zwiększyło się ryzyko związane z jej przeprowadzaniem, wzrosła skala podziemia aborcyjnego [<http://www.federa.org.pl/publikacje/raporty/>]. Pomimo różnic ideologicznych i poglądów zdanie *Federacji na rzecz Kobiet i Planowania Rodziny* w kwestii istnienia podziemia aborcyjnego popiera *Polskie Stowarzyszenie Obrońców Życia Człowieka*. Rozbieżności powstają na etapie oceny skali tego zjawiska, jak również metodologii szacunków jego rozległości i rozmiarów. *Polskie Stowarzyszenie* szacuje wielkość podziemia aborcyjnego w Polsce na ok. 7–13 tysięcy zabiegów przerywania ciąży rocznie, natomiast wg oceny *Federacji* jest to poziom 80 do 200 tysięcy zabiegów rocznie [Frątczak, Ptak-Chmielewska, 2009]. Więcej informacji na temat rzeczywistej liczby aborcji w Polsce wskazują badania CBOS z 2013 r. Z raportu wynika, że w ciągu swojego życia ciążę przerwała, z dużym prawdopodobieństwem, nie mniej niż co czwarta, ale też nie więcej niż co trzecia dorosła Polka. W skali całego społeczeństwa daje to od 4,1 do 5,8 mln kobiet. Najlepszym predyktorem doświadczeń aborcyjnych jest długość życia. Odsetek kobiet przerywających ciążę jest wyższy w starszych grupach wiekowych. Odmiennosc doświadczeń respondentek w różnym wieku wydaje się tłumaczyć nie tylko różnice w miarę trwania życia prawdopodobieństwo zajścia w ciążę, lecz również zmiany w regulacjach prawnych. Kobiety poniżej 35 r. życia decydowały się na aborcję prawie trzykrotnie rzadziej niż kobiety mające 35 lat i więcej (13% wobec 36%). Poza respondentkami starszymi, co najmniej jednokrotne przerwanie ciąży częściej deklarowały kobiety gorzej wykształcone, niezadowolone ze swojej sytuacji materialnej i praktykujące religijnie, przede wszystkim rzadko, nieregularnie [Hipsz, 2013].

Statystyka aborcji na świecie

Pomimo iż coraz więcej państw na świecie propaguje nowoczesną antykoncepcję i świadome, odpowiedzialne macierzyństwo, to liczba zabiegów przerywania ciąży, szczególnie dokonywanych nielegalnie w tzw. „podziemiu aborcyjnym” wzrasta. Informacja charakteryzująca zjawisko aborcji w Europie i na świecie oparta jest na statystyce Światowej Organizacji Zdrowia i innych międzynarodowych instytucji działających w ramach Organizacji Narodów Zjednoczonych. Współczynnik aborcji definiowany jest jako liczba aborcji na 1000 kobiet w wieku 15–44 lat i jest on zróżnicowany pomiędzy państwami. W 2008 r. na świecie na każde 1000 kobiet będących w wieku prokreacyjnym, przypadało 28 aborcji. Najwyższy współczynnik odnotowano w Ameryce Łacińskiej – 32. Pozostałe kontynenty miały współczynniki aborcji odpowiednio na poziomie: Afryka – 29, Azja – 28, Europa – 27, Ameryka Północna – 19, Oceania – 17 [*Les faits sur l'avortement provoqué dans le monde*, 2015]. W krajach rozwijających się przeważały aborcje nielegalne, określane jako „niebezpieczne”, np. w Afryce proporcja aborcji nielegalnych do ogółu zabiegów wyniosła aż 97%, podobną sytuację odnotować można w Ameryce Łacińskiej – 95%. Natomiast w Europie stosunek niebezpiecznych aborcji wyniósł 9, a w Ameryce Północnej <0,5 [Rossier, 2014].

Bardziej wyrazisty obraz skali światowej aborcji dają jednak liczby. Szacuje się, że na świecie w latach 1922–2009 dokonano 862 695 400 zabiegów przerywania ciąży. W Chinach 307 252 167, w USA 47 638 390, w Rosji 38 168 142, w Japonii 36 802 425, w Wielkiej Brytanii 7 227 807, w Polsce 6 384 186, we Francji 5 979 726, w Bułgarii 5 668 723, we Włoszech 5 033 632, na Białorusi 2 148 802, w Australii 1 783 476, w Portugalii 49 502, w Bahrajnie 119 600, w Chile – 281 [*Summary of Registered Abortions Worldwide*, 2010].

Światowe instytucje zajmujące się statystyką informując o skali zjawiska podają liczbę kobiet poddających się zabiegowi w jednym przedziale wiekowym, najczęściej 15–44 lata. Rzadko publikuje się bardziej szczegółowe dane, dotyczące np. nastolatek. Szkoda, gdyż kobiety dojrzałe mają najczęściej bardziej uregulowane i sformalizowane życie seksualne, inne podejście do stosowania antykoncepcji i pracują. Przy podejmowaniu decyzji o aborcji kierują się zazwyczaj innymi kryteriami niż często samotne, uczące się, nieposiadające własnego źródła dochodu, niepełnoletnie, czy nastoletnie dziewczęta. Dla dorosłych kobiet niepożądana ciąża jest najczęściej wynikiem zdrady, rzadziej metodą regulowania rozrodczości. Dla nastolatek zaś jest wynikiem lekkomyślnie, bez zabezpieczenia podejmowanych kontaktów seksualnych, często łączy się ze wstydem przed rodziną i sąsiadami i koniecznością porzucenia szkoły.

Z nielicznych sprawozdań publikowanych w poszczególnych państwach wynika, że:

- Największy odsetek aborcji wśród nastolatek odnotowuje się w Ameryce Północnej oraz w Europie Zachodniej i Wielkiej Brytanii. Najniższy Chorwacji, Macedonii i Polsce [TransMONEE, 2010, zob. też Bettoli, 2004];

- Co roku ok. milion nastoletnich Amerykanek zachodzi w nieplanowaną ciążę, 1/3 poddaje się zabiegowi aborcji [Jones, Finer, Singh, 2010]; w 2010 r. 0,5% aborcji dotyczyło nastolatek poniżej 15 r. życia, 8,4% 15–17-latek i 23,7% 18–19-latek [*Facts on Induced*, 2011, Kost, Henshaw, 2014].
- W Kanadzie w 2010 r. 14,73% wszystkich aborcji dotyczyło kobiet poniżej 19 r. życia [*Avortements provoqués au Canada en 2010*];
- W Belgii w 2011 na 19 578 aborcji 2 662 – 13,59% dokonały nastolatki w wieku 12–19 lat, w tym 87 miało od 12–14 lat [*Rapport de la Commission Nationale...*, 2012]. Stopa aborcji dla dziewcząt w wieku 10–17 lat wyniosła 2,1 na 1000 [Berrewaerts, Noirhomme-Renard, 2006];
- We Francji w 2011 r. 6,3% wszystkich aborcji dokonały dziewczęta w wieku 17 lat lub mniej, a 8,5% 18–19-latki [Mazuy i współ., 2014, zob. też Vilain i współ., 2013]; w 2014 zanotowano tendencję spadkową 4,36% aborcji dotyczyło nastolatek w wieku do 17 lat, a 7,039% 18–19-latek [Institut national de la statistique et des études économiques, 2014];
- Na Ukrainie, co 10 aborcję dokonuje kobieta poniżej 19 roku życia [Коваленко, 2010];
- W 2012 r. w Rosji 29,3% ciąż zakończyło się aborcją. 8,1% wykonały kobiety w wieku 15–19 lat [*Здравоохранение в России*, 2015]. Jednak jak podkreślają badacze rosyjscy, tak niski oficjalny odsetek zabiegów jest spowodowany zwyczajem umieszczania w statystykach aborcji dokonanych w pierwszych tygodniach ciąży w rubryce „poronienia samoistne” [Сакебич, 2012];
- W Danii w 2012 r. 13,58% zabiegów zostało przeprowadzonych u kobiet w wieku 15–19 lat [Danmarks Statistik, 2014];
- W Norwegii w 2012 r. 0,32% aborcji dokonały dziewczęta w wieku 14–15 lat, 1,5% 16–17 latki i 3,78% 18–19 latki [Statistics Norway];
- Na Słowacji w 2014 na 15 615 aborcji 56 (0,35%) dokonały nieletnie w wieku 14–15 lat (w tym w przypadku jednej 15-latki była to druga aborcja), 236 (1,51%) nastolatki 16–17-letnie (w tym trzy 16-latki po raz drugi, 6 – 17-latek po raz drugi, a 3 po raz trzeci), 412 (2,62%) 18–19-latek (w tym 15 – 18-latek po raz drugi, 15 – 19-latek po raz drugi i 2 po raz trzeci). Wśród 704 nastolatek, które dokonały aborcji 40 było w związku małżeńskim (5,68%), w tym jedna 16-latka i 5 – 17-latek [Statistical Office of the Slovak Republic, 2014];
- W Czechach w 2014 r. 0,1% zabiegów wykonały nastolatki w wieku 14 lat, a 5,1% 15–19 latki [Czech Statistical Office];
- W Wielkiej Brytanii w 2014 r. aborcji dokonało: 1,22% nastolatek poniżej 16 r. życia, 4,68% – 16–17-latek, 5,98% – 18–19-latek [*Abortion Statistics, England and Wales*, 2016];
- W Polsce w 2012 r. 3,05% aborcji przeprowadzono u kobiet poniżej 20 r. życia [*Sprawozdanie z wykonania oraz o skutkach stosowania w roku 2012 Ustawy...*, 2014].

Niemal każdej aborcji i jej skutków można by zapobiec w pierwszej kolejności realizując w rzetelny sposób zajęcia z edukacji seksualnej, a także promując stosowanie skutecznej antykoncepcji. Konieczność wychowania w dziedzinie seksualności wynika więc z szeregu negatywnych, a nawet tragicznych zjawisk, związanych z tą sferą i występujących w różnym natężeniu na całym świecie. Niestety, w wielu krajach nawet najbardziej rozwiniętych⁴ często brakuje rzetelnie i w otwarty sposób realizowanej edukacji seksualnej, która informowałaby młodych ludzi m.in. na temat metod ochrony przed niechcianą ciążą. Ciężce małoletnich, depresje i próby samobójcze będące ich konsekwencją, zabiegi aborcji, choroby przenoszone drogą płciową to zjawiska, które znajdują odzwierciedlenie w statystyce. Badania Sedgh, Singh i Henshaw [2012] ukazują, że szerokie upowszechnianie nowoczesnej antykoncepcji owocuje zmniejszeniem się liczby aborcji.

3.3 Wielorództwo

Z nastoletnim macierzyństwem wiąże się zjawisko wielorództwa. Z ogólnosię światowych badań wynika, że więcej niż połowa młodocianych matek ponownie zachodzi w ciążę w ciągu dwóch lat od pierwszego porodu [Charbonneau 2006, Pawłowska i współ., 2005, Rigsby, 1998, Weintraub 1990, za: Bidzan, 2007]. Wielorodność jest skorelowana z wiekiem matki, np. wśród 11–15-latek 9% miało 5 i więcej dzieci, podczas gdy, odpowiednia proporcja dla kobiet 25–29 letnich wynosiła 0,5% [Olausson i współ., 2001]. Jako przyczyny wielorództwa badacze podają: młody wiek matki, niski poziom edukacji jej i partnera, małżeństwo zamierzone lub z przymusu z powodu pierwszej ciąży, stosowanie nieskutecznej antykoncepcji [Rigsby, 1998] oraz wielopartnerstwo. Związki nastolatek nie przetrzymują próby czasu. Z badań Kempieńskiej [2005, 2012 a, b, 2013] nad związkami zawartymi za zgodą sądu opiekuńczego wynika, że małżeństwa te rozpadają się po średnio po 4 latach, ale im młodsza panna młoda (16, 17 lat) tym małżeństwo trwa krócej. Po rozwodzie nastolatki zaczynają znowu szukać partnera, (co jest cechą naturalną wieku adolescencji), a posiadając nikłą wiedzę na temat antykoncepcji ponownie zachodzą w ciążę.

Wielorództwo jest najbardziej zauważalne w USA oraz w Europie Wschodniej (szczególnie na Słowacji, w mniejszym stopniu w Polsce i na Ukrainie). Zdecydowanie rzadziej występuje w Europie Północnej. W Islandii od 2005 do 2014 roku 687 nastolatek 18 letnich lub młodszych urodziło dziecko, w tym 27 (3,9%) drugie. Nie odnotowano urodzenia trzeciego dziecka wśród nieletnich. Najczęściej kolejne dziecko rodziły 18 latki (21 kobiet) [Hagstafa Islands].

4 W Szwajcarii nie ma jednolitych wytycznych dotyczących obowiązku realizacji edukacji seksualnej w szkołach. W związku z tym, młodzież w tym samym wieku, ale mieszkająca w różnych kantonach nie odbiera takiej samej wiedzy, a zatem nie ma możliwości rozwoju takich samych umiejętności [Chammartin, Groux 2014].

W kwietniu 2013 r. CDC (Centers for Disease Control and Prevention) poinformowało, że chociaż częstotliwość kolejnych urodzeń w grupie nieletnich w USA spadła o ponad 6 % w latach 2007–2010, wciąż pozostaje na wysokim poziomie, zwłaszcza u Indian (21,6%), Latinoamerykanów (20,9%) i Afroamerykanów (20,4%). Roczny koszt rządu amerykańskiego w związku z rozrodczością nastolatek (pomoc społeczna, opieka zdrowotna piecza zastępcza, kwestie prawne) jest szacowany na około 7 miliardów dolarów [Swierzewski, 2015].

Tab. 11. Kolejność urodzeń wg wieku matki w USA (stan na 2014 r.)

Liczba dzieci	Wiek matki					Ogółem
	Poniżej 15 lat	15	16	17	18	
1	2 732	7 805	18 978	345 13	57 753	121 781
2	27	231	1 022	3 567	10 124	14 971
3	2	11	60	273	1 062	1 408
4	1	1	14	19	122	157
5	–	1	4	12	17	34
6	–	–	2	2	1	5
7	–	–	2	–	–	2
8	–	–	–	1	3	4
Brak danych	7	36	76	161	292	572
Razem	2 769	8 085	20 158	38 548	69 374	138 934

Źródło: Hamilton i współ., 2015.

W 2014 r. w USA 138 934 dziewczęta poniżej 19 r. życia urodziły dziecko, w tym 16 581 (11,93%) co najmniej drugie. Trzecie dziecko urodziło 1408 nastolatek, w tym aż 74 miało wtedy 16 lub mniej lat. Czwarte dziecko urodziło 157 nieletnich, w tym 16 matek miało poniżej 17 lat. Piąte dziecko urodziły 34 nastolatki, w tym 1 miała tylko 15 lat. Od 6 do 8 dzieci posiadało 11 nieletnich kobiet, w tym 4 – 16-latki i 3 – 17-latki. Urodzenie pięcioro lub więcej dzieci przed ukończeniem 17 lat jest charakterystyczne dla Amerykanek meksykańskiego pochodzenia [Hamilton i współ., 2015].

Na Ukrainie 1085 nastolatek (5,73%) urodziło co najmniej drugie dziecko, w tym 7 miało wtedy 14, a 22 – 15 lat. 128 dziewcząt urodziło w 2012 r. swoje trzecie dziecko (9 miało 16 lat), a 14 czwarte (w tym jedna 16 latka).

Tab. 12. Kolejność urodzeń wg wieku matki na Ukrainie (stan na 2012 r.)

Wiek	Ilość dzieci				
	Jedno	Dwoje	Troje	Czworo	Razem
12	6	–	–	–	6
13	26	–	–	–	26
14	102	7	–	–	109
15	587	22	–	–	609
16	2 054	100	9	1	2 164
17	4 909	346	29	4	5 288
18	9 628	986	90	9	10 713
Razem	17 312	1 461	128	14	18 915

Źródło: *Методологічні положення*, 2013.

W 2003 r. w Polsce 11097 dziewcząt w wieku 13–18 lat zostało matkami, w tym 637 (5,74%) co najmniej po raz drugi. Ogółem (urodzenia żywe i martwe) w omawianym roku zarejestrowano 10 460 „pierwszych” urodzeń, w tym:

- 5 matek było w wieku 13 lat,
- 40 w wieku 14 lat,
- 233 w wieku 15 lat;
- 932 w wieku 16 lat;
- 2911 w wieku 17 lat;
- 6813 w wieku 18 lat.

Drugie dziecko urodziło 605 matek, w tym:

- 12 w wieku 15 lat,
- 21 w wieku 16 lat,
- 118 w wieku 17 lat,
- 454 w wieku 18 lat .

Trzeci poród zarejestrowano w 29 przypadkach, w tym:

- 1 matka miała 16 lat,
- 11 miały 17 lat,
- 17 miały 18 lat.

1 urodzenie zarejestrowano, jako czwarte u 18 latki; a 2 przypadki nieustalonej kolejności także u 18 latek [GUS].

Ponad dekadę później w 2014 r. w grupie kobiet 13–18 letnich odnotowano 7 241 urodzeń żywych i martwych, w tym 429 (5,92%) były to urodzenia co najmniej drugiego dziecka. W ciągu 11 lat nastąpił wzrost odsetka wielorództwa wśród nastolatek o 0,18%.

Ogółem w 2014 r. zarejestrowano:

Urodzenie pierwsze – 6830 przypadków, w tym:

- 10 matek miało 13 lat;
- 41 miało 14 lat;
- 252 miało 15 lat;
- 828 miało 16 lat;
- 1998 miało 17 lat;
- 3701 miało 18 lat.

Drugie dziecko urodziło 411 nastolatków, w tym:

- 3 matki w wieku 15 lat;
- 15 w wieku 16 lat;
- 105 w wieku 17 lat;
- 270 w wieku 18 lat.

Trzecie dziecko urodziło 16 matek: jedna 17 latka i 15 – 18 latek. W 2014 r. odnotowano również jedno urodzenie czwartego dziecka przez 18 latkę i jedną nieustaloną kolejność urodzeń także u 18 latki [GUS].

Słowacki Urząd Statystyczny publikuje dane dotyczące kolejności urodzeń wg wieku matki i ich stanu cywilnego

Tab.13. Kolejność urodzeń wg wieku matki i stanu cywilnego na Słowacji (stan na 2003 r.)

Wiek	ogółem	Liczba dzieci urodzonych w małżeństwie					Liczba dzieci pozamażeńskich		
		1	2	3	4	5	1	2	3+
14	33	–	–	–	–	–	30	3	–
15	148	–	–	–	–	–	143	4	1
16	396	15	–	–	–	–	329	51	1
17	725	48	9	3	–	–	547	98	20
18	1169	252	39	8	2	1	626	197	44
Razem	2471	315	48	11	2	1	1675	353	66

Źródło: *Statistical Office of the Slovak Republic*

Odsetek kolejnych urodzeń przez nastolatki na Słowacji jest wysoki, w 2003 r. 291 (24,8%) kobiet poniżej 19 r. życia urodziło już kolejne dziecko. Zdecydowanie częściej rodzą małoletnie stanu wolnego.

Drugie dziecko urodziło:

- 48 mężatek, w tym 9 miało 17;
- i aż 353 panny, w tym: 3 miały 14 lat, 4 – 15, 51 – 16, a 98 – 17 lat.

Trzecie lub kolejne dziecko urodziło:

- 4 mężatek, w tym 3 miały 17 lat;
- i aż 66 panien, w tym 22 były niepełnoletnie.

Większość z tych matek rozpoczęła życie płciowe w wieku, w którym za seks z nieletnią grożą konsekwencje prawne.

Tab. 14. Kolejność urodzeń wg wieku matki i stanu cywilnego na Słowacji (stan na 2014 r.)

Wiek	ogółem	Liczba dzieci urodzonych w małżeństwie				Liczba dzieci pozamałżeńskich		
		1	2	3	4	1	2	3+
14	45	–	–	–	–	44	1	–
15	171	–	–	–	–	165	6	–
16	410	28	2	–	–	340	36	4
17	727	57	21	6	–	533	101	9
18	981	131	68	8	1	557	190	26
Razem	2334	216	91	14	1	1639	334	39

Źródło: *Statistical Office of the Slovak Republic*

W 2014 r. nastąpił wzrost odsetka wieloródtwa wśród nieletnich matek do 29,8% – 293 kobiety urodziły przynajmniej po raz drugi.

Drugie dziecko urodziło:

- 91 mężatek, w tym dwie miały 16, 21 – 17 lat;
- i aż 334, czyli (ponad 3,5 raza więcej) panien, w tym jedna miała 14 lat, 6 – 15 lat, 36 – 16 lat i 101 – 17 lat.

Trzecie lub kolejne dziecko urodziło:

- 15 mężatek, w tym 6 miało 17 lat;
- 39 panien (prawie dwa razy więcej), w tym 4 miały 16 lat, 9 – 17 lat.

Dane publikowane przez Urzędy Statystyczne nie napawają optymizmem. Najczęściej kolejne dziecko rodzą dziewczęta niezamężne. W omawianych państwach prawie połowa kolejnych urodzeń miała miejsce w grupie dziewcząt do 17 r. życia. Samotne, bez wykształcenia, zawodu, często bez chęci zmiany swojego życia stają się „wiernymi” klientkami ośrodków pomocy i taki model życia przekazują swoim dzieciom.

3.4. Stan cywilny nastoletnich matek

Nastoletnie matki rzadko wychodzą za mąż [Olausson i współ., 2001, Urzędy Statystyczne], są bardziej skłonne do życia w kohabitacji [*Planned Parenthood Federation of America*, 2006]. Jeżeli już wyjdą za mąż to częściej się rozwodzą, bądź żyją w separacji, 3-krotnie częściej też od matek dojrzałych zawierają powtórne związki [Kempińska, 2012 b, Luong, 2008]. Nastoletnie kobiety najczęściej nie radzą sobie w życiu jako żona i matka. Badania przeprowadzane od 1998 r. w USA pokazują, że tylko 1% nastolatków w wieku 15–17 lat utrzymało swoje małżeństwo, (wskaźniki były wyższe dla osób 18–19 letnich i wynosiły 6,5% dla białych i 13,4% dla Latino-

sów). W ciągu 10 lat od dnia ślubu rozwiodło się 48% małżeństw młodocianych i 24% ślubujących w wieku 25 i więcej lat. Eksperci twierdzą, że małżeństwo nieletnich jest powszechne w rodzinach katolickich, i/ lub wśród imigrantów [www.thenational-campaign.org, 2008]. Polskie badania ukazują, że co trzecie małżeństwo zawarte za zgodą sądu ulega rozpadowi. Związki te rozwodzą się średnio dwa razy częściej od małżeństw zawartych przez osoby pełnoletnie i trwają zdecydowanie krócej [Kempieńska, 2012 a, 2013].

W krajach wysoko uprzemysłowionych większość młodocianych w sytuacji „przymusowej” nie żeni się, ciąża nie jest główną przyczyną i środkiem motywującym do zawarcia związku małżeńskiego. Nastolatki w USA i Kanadzie pomimo posiadania dzieci nie chcą się żenić, uważając, że małżeństwo musi trwać do końca życia, a do tego są po prostu niedojrzali, nieodpowiedzialni i nieprzygotowani, a poza tym usankcjonowany związek w tak młodym wieku zabiera upragnioną, prawdziwą młodzieńczą wolność, ogranicza kontakty ze znajomymi. Ok. 10% nastolatków w wieku 15–17 lat z Ameryki Północnej jest w związku małżeńskim [Luong, 2008, Martin i współ., 2006, Lindsay, 1995]. Według J.W. Lindsay prawdziwy problem nie tkwi w tym, że nastolatki nie chcą się żenić, ale tkwi w zbyt wczesnym rodzicielstwie, które często prowadzi do porzucenia szkoły, sporów z rodzinami generacyjnymi, kłopotów w społeczności lokalnej. Te problemy nie znikną z chwilą ślubu [Lindsay, 1995 a, b, 1996].

W Europie małżeństwa zawierane poniżej 19 r. życia również należały (wyjątek stanowiła Polska) i należą do rzadkości [Urzędy Statystyczne]. Wzrastający poziom wykształcenia powodował przesunięcie w hierarchii wyznawanych wartości. Zdobywanie zawodu, dyplomu ukończenia studiów wyższych, a później pracy, wyprzedzało i wyprzedza podjęcie decyzji matrymonialnych i prokreacyjnych. Dziewczęta zdecydowanie częściej niż chłopcy na pierwszym miejscu stawiają karierę niż założenie rodziny [Royer, 2006]. W kulturze zachodu uważa się, że małżeństwo jest właściwe dla co najmniej 20-latków. W 2014 r. najwcześniej związki małżeńskie zawarli Bułgarzy średnio pomiędzy 25–27 r. życia, najpóźniej po 30 roku życia mieszkańcy Beneluksu i Skandynawowie [Urzędy Statystyczne]. W Polsce mężczyźni najczęściej żenią się średnio w wieku 29 lat, a mediana wieku dla kobiet wyniosła ok. 27 lat. W 1990 roku prawie połowa mężczyzn zawierających małżeństwo nie przekroczyła 25 lat, a w 2013 roku – już tylko niespełna 17%. Wśród kobiet udział ten zmniejszył się z 73% do 34% [Stańczak, Stelmach, Urbanowicz, 2016].

Poniżej przedstawiam sytuację nastoletnich matek ze względu na ich stan cywilny w chwili urodzenia dziecka w 5 wybranych krajach.

W 2013 r. w Belgii 1222 nastolatki do 18 r. życia urodziły dzieci, w tym 93,45% poza małżeństwem. Częściej w związkach małżeńskich rodziły kobiety pełnoletnie; na 80 zamężnych matek – 62 (77,5%) miało 18 lat.

We Francji, w 2014 r. 7415 nastolatek w wieku 13–18 lat urodziło dzieci. Mężatkami było zaledwie 1,73% nieletnich matek. Jeszcze do niedawna francuskie prawo dopusz-

czało zawarcie związku małżeńskiego przez kobiety w wieku 15 lat [Brandhuber/Zeyringer, 2003]. Jednak niewiele ciężarnych nastolatek decydowało się i decyduje się na ślub w tak młodym wieku. Na 1287 matek w wieku 15–16 lat, mężatkami było zaledwie 7.

Tab. 15. Nastoletnie matki wg stanu cywilnego w Belgii stan na 2013 r.

Wiek matki	Stan cywilny		
	Zamężna	Panna	Ogółem
Poniżej 14 lat	–	2	2
14	–	18	18
15	–	51	51
16	3	185	188
17	15	336	351
18	62	550	612
Razem	80	1142	1222

Źródło: *Statistics Belgium*

Tab. 16. Nastoletnie matki wg stanu cywilnego we Francji stan na 2014 r.

Wiek matki	Stan cywilny		
	Zamężna	Panna	Ogółem
13	–	20	20
14	–	110	110
15	2	327	329
16	5	953	958
17	19	2052	2071
18	103	3824	3927
Razem	129	7286	7415

Źródło: *Institut national de la statistique et des études économiques*

Tab. 17. Nastoletnie matki wg stanu cywilnego w Irlandii stan na 2013 r.

Wiek matki	Stan cywilny		
	Zamężna	Panna	Ogółem
15	–	23	23
16	2	78	80
17	21	156	177
18	34	286	320
Razem	57	543	600

Źródło: *Central Statistical Office Irelandia*

W 2013 r. w Irlandii 600 kobiet w wieku do 18 r. życia urodziło dziecko, w tym 543 (90,5%) były pannami. Częściej na ślub decydują się matki pełnoletnie (59,6%).

Tab. 18. Nastoletnie matki wg stanu cywilnego na Słowacji stan na 2014 r.

Wiek matki	Stan cywilny		
	Zamężna	Panna	Ogółem
14	–	45	45
15	–	171	171
16	30	380	410
17	84	643	727
18	208	773	981
Razem	322	2012	2334

Źródło: *Statistical Office of the Slovak Republic*

Analiza danych wykazuje, że Słowacja jest obecnie jednym z państw europejskich o najwyższym odsetku zamężnych nastoletnich matek. W 2014 r. 2334 kobiety w wieku 14–18 lat urodziły dziecko, w tym 208 (13,7%) było zamężnych. Zgodnie z prawem słowackim kobieta może zawrzeć związek małżeński z chwilą ukończenia 16 lat. W szczególnych wypadkach sąd może udzielić zgody na wcześniejsze zamążpójście [Brandhuber/Zeyringer, 2003]. W omawianym roku żadna ciężarna nieletnia poniżej 16 lat nie zawarła związku małżeńskiego.

W Polsce jeszcze na początku XXI w. młodociane matki masowo wychodziły za mąż [Kempińska 2005, 2012 a]. Transformacja ustrojowa, przemiany gospodarcze i kulturowe (brak perspektyw na znalezienie dobrej pracy, osiągnięcie niezależności finansowej po ukończeniu edukacji, uzyskanie poczucia stabilizacji życiowej, możliwość otrzymania zasiłku) spowodowało stopniowe wypieranie charakterystycznego dla Polski schematu zawierania wczesnych małżeństw [za: Bidzan 2007, Roczniki Demograficzne GUS].

Tab. 19. Nastoletnie matki wg stanu cywilnego w Polsce stan na 2003 r.

Wiek matki	Stan cywilny		
	Zamężna	Panna	Ogółem
14	–	45	45
15	–	244	244
16	128	818	946
17	701	2327	3028
18	2955	3834	6789
Razem	3784	7268	11052

Źródło: GUS

W 2003 r. 3784 (52,06%) nastoletnich matek było w związku małżeńskim. W tym samym roku na Słowacji tylko 15,2%. Od tego roku w Polsce obserwuje się znaczny spadek małżeństw zawieranych przez kobiety mające 18 lat lub mniej. W 2008 r. zamężnych było 24,97% matek w tym wieku (dla porównania na Słowacji 14,16%), w 2014 r. już tylko 10,4% (na Słowacji 13,7%).

Tab. 20. Nastoletnie matki wg stanu cywilnego w Polsce stan na 2014 r.

Wiek matki	Stan cywilny		
	Zamężna	Panna	Ogółem
14	–	51	51
15	–	254	254
16	48	790	838
17	146	1953	2099
18	556	3412	3968
Razem	750	6460	7210

Źródło: GUS

Począwszy od 2003 r. w Polsce liczba urodzeń przez matki 13–18 letnie zmalała o ok. 35%, ale urodzeń pozamałżeńskich w tej kategorii wiekowej zaledwie o 11,1%.

Z badań wynika, że głównym powodem niezawierania związków małżeńskich przez młode, nastoletnie dziewczęta jest nie niechęć partnera do sformalizowania związku, ale możliwość otrzymania zasiłku dla samotnych matek [Quill, 2015, Wilkes, 2005].

3.5. Ojcowie dzieci nastolatków

Od strony biologicznej pojęcie ojca jest całkowicie zrozumiałe – to mężczyzna, który jest dawcą nasienia, potrzebnego do poczęcia dziecka [Ryś, 1998]. A jaką rolę pełni on w życiu rodzinnym, w dobie wzrostu wskaźnika urodzeń przed, pozamałżeńskich i rozwodów? David Blankenhorn [1995] wyraża pogląd, że w niektórych społeczeństwach problemem jest już nie tylko brak ojców, ale upadek samej idei ojcostwa, co może mieć fatalne skutki, gdyż wiele dzieci dorasta bez autorytetu, do którego mogłyby się zwrócić w potrzebie. Rosnąca tendencja szczególnie wśród nastolatków, by mieć dzieci z więcej niż jednym partnerem, oznacza, że w proces wychowania dzieci może być zaangażowanych co najmniej dwóch mężczyzn [Guzzo i współ., 2007, Kennedy, Bumpass, 2008.] Taka sytuacja może się przyczynić do zaburzeń emocjonalnych dziecka i pogorszenia jego stanu zdrowia [Bronte-Tinkew i współ., 2009]. Funkcja ojca powinna rozwijać się zaraz po urodzeniu potomka. Chodzi o pomoc i współudział w pielęgnowaniu niemowlęcia oraz wsparcie psychiczne dla żony w dniach lęków i przejściowych depresji, które są naturalne w okresie około-

porodowym. Obecność ojca w rodzinie i w domu wzmacnia też poczucie bezpieczeństwa u matki, co również ma duże znaczenie dla prawidłowości jej kontaktów z dzieckiem. Funkcje opiekuńczo-wychowawcze powinny być pełnione przez ojca z takim nastawieniem emocjonalnym i taką motywacją, aby umacniały więź rodziny i dawały satysfakcję wszystkim jej członkom. Syn potrzebuje ojca, aby dowiedzieć się, co oznacza bycie mężczyzną. Chłopiec musi zobaczyć, jak mężczyźni obchodzą się ze swoją siłą, agresją, stresem, jak się kłócą, z czego się śmieją, jak się poruszają i co ich interesuje. Córki z kolei potrzebują od ojca przede wszystkim potwierdzenia kobiecości. Dzięki ojcu zyskują wgląd w męski świat [Arens, 2005]. Obecność i dobry kontakt z ojcem zmniejszają też negatywne zachowania społeczne u mężczyzn (np. przestępczość) oraz problemy psychologiczne u dziewcząt w okresie wczesnej dorosłości [Sarkadi i współ., 2008]. Badania ukazują, że zaangażowanie ojca w proces opiekuńczo-wychowawczy ma także pozytywny wpływ na rozwój kompetencji społecznych dzieci [Leidy i współ., 2013], inteligencję, uczenie się [McWayne i współ., 2013, Nettle, 2008, Poli, 2008]. Wsparcie finansowe ze strony ojca, może również oddziaływać na ich rozwój poznawczy [Argys i współ., 1998]. Brak ojca lub jego wzoru natomiast może powodować, że dzieci osiągają niższy poziom wykształcenia, są słabsze fizycznie i psychicznie [Cabrera i współ., 2013, Lamb i współ., 2010, Hofferth, 2006]. Może też wywołać zaburzenia w sferze socjalizacji płciowej, chłopcy nie są zdolni do wytworzenia właściwego i zdrowego wizerunku własnej męskości [King i współ., 2006]. Negatywne skutki braku ojca można złagodzić, jeśli relacje pomiędzy rodzicami będą poprawne i jeśli ojciec będzie miał regularny kontakt z dzieckiem [Strohschein, 2005].

Międzynarodowe badania wykazują, że młodzi mężczyźni są niezadowoleni z faktu zostania ojcem. Cięża, a później dziecko przeszkadza im w realizacji planów szkolnych, w znalezieniu dobrej pracy, „rujnuje” przyszłość [Gohel i współ., 1997]. Rzadko żenią się ze swoją partnerką, rzadko też opiekują się dzieckiem, najczęściej porzucają dziewczynę będącą jeszcze w ciąży lub średnio 2 lata po urodzeniu dziecka [Tremblay, 2001].

3.5.1. Wiek ojców dzieci nastolatków

Statystyka powinna być narzędziem diagnostycznym. Dzięki rzetelnie gromadzonym danym, przygotowywanym w oparciu o wieloaspektowe zmienne, można realizować nie tylko projekty terapeutyczno-naprawcze, ale przede wszystkim profilaktyczne. Niestety Unia Europejska nie wydała dyrektyw opracowywania jednolitych wzorów danych, dlatego w niektórych obszarach nie jest możliwe przeprowadzenie gruntownej analizy porównawczej. Takim obszarem prawie „nietkniętym” przez światową statystykę jest ukazanie skali urodzeń, z podziałem na wiek, ale obojga rodziców. Wielu badaczy [np. Darroch, 1999], podkreśla, że istnieje ścisły związek pomiędzy wskaźnikiem ciąż u nastolatków, a wiekiem ich partnera seksualnego. Po-

znanie wieku ojca jest również istotne ze względów karnych. Prawnokarna ochrona nietykalności płciowej nieletnich ze społecznego punktu widzenia podyktowana jest dwoma zasadniczymi względami:

- 1) osobowość i psychika nieletniego nie osiąga z reguły takiego stopnia ukształtowania, w szczególności zaś przyswojenia na podłożu racjonalnej refleksji systemu norm moralno-obyczajowych oraz rozeznania znaczenia funkcji płciowości w życiu społecznym i indywidualnym, które pozwoliłoby na podjęcie ważnej prawnie i mogącej być uznaną za relewantną społecznie decyzji w zakresie dyspozycji swoim życiem płciowym;
- 2) zbyt wczesne rozbudzenie seksualne nieletniego może wpłynąć niekorzystnie na jego dalszy rozwój psychiczny i fizyczny oraz na jego kondycję społeczną (biorąc zwłaszcza pod uwagę biologiczno-społeczne konsekwencje zbliżeń płciowych (m.in. ewentualne ojcostwo lub macierzyństwo).

Zagadnienie wykorzystywania seksualnego dzieci jest w Polsce stosunkowo słabo opracowane. Nie wiemy, jaki procent wśród ofiar tego przestępstwa stanowią małoletni, jaka część zachowań została na nich wymuszona, a jaka była wynikiem dobrowolnych kontaktów [Filar, 2002].

Państwa ratyfikujące Konwencję o Prawach Dziecka określiły minimalny wiek, poniżej którego karalne są relacje seksualne. Wiek zgody (ang. *age of consent for sexual activity*, fr. *l'âge du consentement à une activité sexuelle*), jest to ustalony prawnie minimalny wiek (dolna granica), od którego osoba jest uznana za zdolną do wyrażenia ważnej prawnie zgody na czynności seksualne z inną osobą [Dziewanowska, 2011]. Według rekomendacji Rady Europy R/11 w sprawie seksualnego wykorzystywania, pornografii, prostytucji oraz handlu dziećmi i młodocianymi granica ta powinna być określona na 15 lat. W Europie granica wieku ochronnego dla dziewczynek waha się od 14 lat w Austrii do 16 lat w Rosji, Belgii, Wielkiej Brytanii, Finlandii [Filar, 2002]. W Polsce za obcowanie płciowe z osobą poniżej 15 r. życia grozi kara od 2 do 12 lat pozbawienia wolności [art. 200 § 1 K.K.].

Szczegółowe (a nie uśrednione) dane dotyczące wieku zostania rodzicem można znaleźć tylko w publikacjach 4 Urzędów Statystycznych. Niestety w opracowaniach tych też nie ma spójności. Urząd Statystyczny w Polsce (GUS) gromadzi najbardziej szczegółowe dane w tej kwestii. Urodzenia są przedstawione w oparciu o kilkanaście zmiennych m.in. o wiek, czy stan cywilny rodziców. Słowacki Urząd Statystyczny publikuje dane porównujące wiek rodziców, ale tylko tych będących w związku małżeńskim. Nie wiadomo więc w jakim wieku byli partnerzy seksualni – ojcowie dzieci kobiet samotnych. W Islandii i Francji natomiast, dane są publikowane oddzielnie dla kobiet i mężczyzn, dlatego opracowywanie analiz porównawczych nie wchodzi w rachubę. Szkoda, bo biorąc pod uwagę tendencje do obniżania się wieku inicjacji seksualnej, wzrostu wskaźnika ciąży, taka wiedza miałaby olbrzymie znaczenie w pracy socjalnej.

Poniżej przedstawione zostaną dane dotyczące wieku partnerów seksualnych nastoletnich matek (do 18 r. życia) w Polsce i na Słowacji za lata 2003, 2008 i 2014 oraz wiek nieletnich ojców we Francji i Islandii w 2014 r.

Tab. 21. Urodzenia żywe wśród nastolatków w Polsce w 2003 r. wg wieku rodziców

Wiek Ojców	Wiek Matek					Razem
	14	15	16	17	18	
16 i mniej	–	–	–	–	2	2
17	–	1	1	7	21	30
18	–	1	16	59	293	369
19	–	1	20	141	679	841
20	–	–	28	151	807	986
21–24	–	2	61	463	2529	3055
25–29	–	–	14	129	1023	1166
30–34	–	–	6	19	163	188
35–39	–	–	1	–	51	52
40–44	–	–	–	4	17	21
45–49	–	–	–	–	5	5
50–59	–	–	–	–	5	5
Nieustalony	45	239	799	2055	1194	4287
Razem	45	244	946	3028	6789	11052

Źródło: GUS

W 2003 r. odnotowano 11 052 urodzenia żywe przez nastolatki w wieku 14–18 lat, co stanowiło 3,14% ogółu urodzeń w Polsce. Natomiast ojcami w wieku 16–18 lat zostało 963 mężczyzn (0,27% ogółu). Rozpatrując tylko ojców – partnerów seksualnych nastolatków można stwierdzić, że w badanym okresie:

- 401 mężczyzn (3,62%) miało z chwili zostania rodzicem 18 lat lub mniej;
- w przypadku aż 4287 urodzeń (38,7%) wiek ojca nie został ustalony. Matki, które urodziły w wieku 15 lat lub młodszym nie podają wieku ojca chroniąc go tym samym przed odpowiedzialnością karną. W niektórych przypadkach ciąża mogła być wynikiem jednorazowego (wakacyjno-dyskotekowego) kontaktu seksualnego, stąd wiek ojca nie jest znany;
- największą grupę ojców stanowili mężczyźni w przedziale 21–29 lat – 4221 (38,19%). W omawianym roku w związku małżeńskim z matką dziecka było:
 - 144 18-letnich ojców (na 369, w tej kategorii wiekowej);
 - 431 19-letnich ojców (na 841);
 - 2478 ojców w wieku 20–24 lata (na 4 041);

- 577 ojców w wieku 25–29 lat (spośród 1 166);
- 98 ojców w wieku 30–39 lat (spośród 240);
- 5 ojców w 40–44 lat (na 21);
- spośród 10 ojców w wieku 45–59 lat, żaden nie był w związku małżeńskim z matką dziecka.
- Zaledwie 33,7% dzieci nastolatek urodziło się w związku małżeńskim.

Tab. 22. Urodzenia żywe wśród nastolatek w Polsce w 2008 r. wg wieku rodziców

Wiek Ojców	Wiek Matek					
	14	15	16	17	18	Razem
16 i mniej	–	–	1	–	2	3
17	–	1	1	6	29	37
18	1	1	8	56	294	360
19	–	2	18	111	573	704
20	–	–	30	156	751	937
21–24	–	–	74	389	2477	2940
25–29	–	2	24	120	953	1099
30–34	–	–	1	24	178	203
35–39	–	–	–	3	32	35
40–44	–	–	–	1	11	12
45–49	–	–	–	–	5	5
50–59	–	–	–	1	4	5
Nieustalony	80	320	1067	2498	1025	4990
Razem	81	326	1224	3365	6334	11330

Źródło: GUS

W 2008 r. odnotowano 11 330 urodzenia żywe przez nastolatki, co stanowiło 2,72% ogółu porodów w Polsce. Ojcowie w wieku 16–18 lat bez względu na wiek matki stanowili 0,2% (832). W omawianym roku:

- 325 ojców (3,53%) dzieci urodzonych przez kobiety w wieku 14–18 lat miało 16–18 lat;
 - w 4990 przypadków (44,04%) wiek ojca nie został podany;
 - największą grupę ojców stanowili mężczyźni w wieku 21–29 lat 3430 (35,64%).
- Mężczyźni rzadko żenią się z matkami swoich dzieci, zaledwie 24,9% dzieci nastolatek urodziło się w związku małżeńskim.

W omawianym roku:

- na 360 ojców wieku 18 lat, 108 było w związku małżeńskim z matką dziecka;

- 704 ojców miało 19 lat, a 289 było w związku małżeńskim;
- spośród 3877 ojców w wieku 20–24 lata, 1843 było w związku małżeńskim;
- spośród 1099 ojców w wieku 25–29 lat, 501 było w związku małżeńskim;
- na 203 ojców w wieku 30–34 lata, 78 było w związku małżeńskim;
- na 35 ojców w wieku 35–39 lat, 9 było w związku małżeńskim;
- na 12 ojców wieku 40–44 lat, 2 było w związku małżeńskim;
- na 10 ojców w wieku powyżej 45 lat żaden nie był w związku małżeńskim z matką swojego dziecka;

Tab. 23. Urodzenia żywe nastolatków w Polsce w 2014 r. wg wieku rodziców

Wiek Ojców	Wiek Matek					
	14	15	16	17	18	Razem
17	–	–	–	2	5	7
18	–	1	4	17	232	254
19	–	–	8	46	390	444
20	–	–	14	54	501	569
21–24	–	–	18	150	1437	1605
25–29	–	–	11	54	512	577
30–34	–	–	2	11	128	141
35–39	–	–	–	3	29	32
40–44	–	–	–	–	5	5
45–49	–	–	–	–	2	2
50–59	–	–	–	–	4	4
Nieustalony	51	253	781	1762	723	3570
Razem	51	254	838	2099	3968	7210

Źródło: GUS

W 2014 r. 7210 nastolatków urodziło w Polsce żywe dziecko, co stanowiło 1,92% ogółu. Natomiast odsetek ojców 16–18 letnich bez względu na wiek matki wyniósł 0,13% (525).

W analizowanym roku:

- 261 ojców (3,61%) miało 17–18 lat;
- 3570 (49,51%) nastolatków nie podało wieku ojca dziecka;
- 2182 (30,26%) ojców było w przedziale wiekowym 21–29 lat;

W omawianych latach zaledwie 10,4 % nastolatków, które urodziły dziecko było w związku małżeńskim. Ponadto:

- na 254 ojców wieku 18 lat, 23 było w związku małżeńskim z matką dziecka;

- 444 ojców miało 19 lat, a 68 było w związku małżeńskim;
- spośród 2174 ojców w wieku 20–24 lata, 483 było w związku małżeńskim;
- spośród 577 ojców w wieku 25–29 lat, 138 było w związku małżeńskim;
- na 141 ojców w wieku 30–34 lata, 31 było w związku małżeńskim;
- na 32 ojców w wieku 35–39 lat, 6 było w związku małżeńskim;
- na 7 ojców wieku 40–44 lat, żaden nie był w związku małżeńskim z nastoletnią matką;
- na 4 ojców w wieku powyżej 50 – 1 był w związku małżeńskim z matką swojego dziecka.

Podsumowując, w Polsce w ciągu ponad dekady od 2003 do 2014 r.:

- odsetek bardzo młodych ojców wieku 16–18 lat (niedojrzałych społecznie: bez zawodu, pracy i mieszkania) pozostaje wciąż na takim samym poziomie 3,6%;
- nastoletnie matki najczęściej zachodzą w ciążę z partnerami starszymi średnio o 5–7 lat (kategoria wiekowa 21–24 lata);
- rośnie odsetek kobiet, które nie podają wieku ojca dziecka z 38,7% w 2003 do 49,5% w 2014 r. W omawianych latach zaledwie 13 nieletnich w wieku 14–15 lat podało wiek ojca swojego dziecka;
- drastycznie maleje odsetek małżeńskich urodzeń wśród nastolatek od 33,77% w 2003r. do zaledwie 10,4% w 2014 r.

Tab. 24. Małżeńskie urodzenia żywe przez nastolatki na Słowacji w 2003 r. wg wieku rodziców

Wiek ojca	Wiek matki			
	16	17	18	Razem
18	1	7	8	16
19	4	12	46	62
20	2	11	56	69
21–24	6	25	129	160
25–29	2	4	53	59
30–34	–	1	10	11
Razem	15	60	302	377

Źródło: *Statistical Office of the Slovak Republic*

Na Słowacji w 2003 r. 2 471 nastolatek urodziło żywe dziecko, w tym 377 (15,25%) było w związku małżeńskim. Mężami i ojcami dzieci 16, 17 i 18-latek częściej zostawali mężczyźni ponad 20 letni. 18–19-letni ojcowie stanowili 20,6%, (18-letni 4,2%). Najstarsi ojcowie 2 (mężowie 18-latek) mieli 34 lata.

Tab. 25. Małżeńskie urodzenia żywe przez nastolatki na Słowacji w 2008 r. wg wieku rodziców

Wiek ojca	Wiek matki			Razem
	16	17	18	
18	2	8	22	32
19	7	9	37	53
20	4	15	49	68
21–24	7	35	106	148
25–29	2	4	36	42
30–34	–	1	13	14
35	–	–	3	3
Razem	22	72	266	360

Źródło: *Statistical Office of the Slovak Republic*

W 2008 r. 2 542 nastolatki do 18 r. życia urodziły żywe dziecko, w tym tylko 360 (14,16%) było zamężnych. Ojcami dzieci 16-latek częściej zostawali mężczyźni do 20 r. życia, a 17–18-latek ponad 20 letni. Ojcowie 18–19-letni stanowili 23,6% (18 letni 8,8%). Najstarsi ojcowie mieli 35 lat.

Tab. 26. Małżeńskie urodzenia żywe przez nastolatki na Słowacji w 2014 r. wg wieku rodziców

Wiek ojca	Wiek matki		
	16	17	18
18	7	17	28
19	7	19	42
20	7	15	36
21–24	5	23	74
25–29	3	5	23
30–34	1	1	4
35–39	–	3	–
40	–	1	1
Razem	30	84	208

Źródło: *Statistical Office of the Slovak Republic*

W 2014 r. 2 334 nastolatki urodziły dzieci, w tym 208 (8,9%) była w związku małżeńskim. Częściej ojcami dzieci nastolatek zostawali mężczyźni do 20 r. życia. Ojcowie 18–19-letni stanowili 33,6 % (18-letni 13,46%), najstarsi mieli 40 lat.

W omawianych latach na Słowacji zmniejsza się odsetek nastoletnich matek, które wyszły za mąż od 15,25% w 2003 r. do 8,9% w 2014 r. Zwiększa się natomiast odsetek nastoletnich ojców; od 20,6% do 33,6% w kategorii wiekowej 18–19 lat. Jeszcze większy wzrost odnotowano tylko wśród 18 letnich ojców od 4,2 %w 2003 r. do 13,46% w 2014 r. Z danych tych wynika, że słowackie nastolatki częściej zawierają związki małżeńskie (sądząc po wieku z powodu ciąży) z rówieśnikami, czyli osobami równie jak one niedojrzałymi psychicznie i społecznie.

Tab. 27. Nastoletni ojcowie we Francji i Islandii (stan na 2014 r).

Wiek	Francja	Islandia
14	3	–
15	25	1
16	90	–
17	322	3
18	890	5
19	1856	12
Odsetek ojców 14–18 lat	0,16	0,20
Odsetek ojców 14–19 lat	0,38	0,48

Źródło: INSEE, Hagstafa Islands

We Francji i Islandii odsetek nastoletnich ojców jest nieznaczny, najczęściej też młodzi mężczyźni nie żenią się z matkami swoich dzieci. Odsetek żonatych ojców w kategorii 15–19 we Francji wyniósł 1,63% [zob. też Blanchard, 2009]. Podobną tendencję odnotowuje się w większości państw Europy Zachodniej. Inaczej sytuacja przedstawia się w USA, gdzie w 2014 r. ojcami w wieku 15–19 lat zostało 11,3% mężczyzn. Należy dodać, że 32% nastolatków nie podało wieku partnera [Hamilton i współ. 2015, zob. też Bureau of the Census].

Jak pisano powyżej dokonanie szerszych analiz dotyczących wieku ojców dzieci nastolatków w państwach europejskich i amerykańskich przy tak fragmentarycznych danych nie wchodzi w rachubę.

3.6. Konsekwencje społeczne

Z światowych raportów wynika, że z nastoletnim macierzyństwem są skorelowane: niski poziom wykształcenia, życie w ubóstwie, długoterminowa zależność od zasiłków, wspólne mieszkanie z rodzinami generacyjnymi, przekazywanie tego modelu życia następnym pokoleniom [Kempińska 2012 a, b, 2013, 2014a, b, *Planned Parenthood Federation of America*, 2006].

Badania R. Berthoud, K. Robson [2001] ukazują, że kobiety, które urodziły swoje pierwsze dziecko między 15 a 19 rokiem życia znamiennie częściej były samotny-

mi matkami, nie podejmowały pracy, miały bezrobotnych partnerów, a ich dochód przeznaczony na utrzymanie domu i rodziny był częściej poniżej minimum, w porównaniu do kobiet rodzących po raz pierwszy w wieku 20–29 lat. Nastoletnie matki rzucając szkołę, by opiekować się dzieckiem, rzadko do niej nie wracają [Kempińska, 2012 a, Fletcher, Wolfe, 2008, Pankrac, 2005, za: Bidzan, 2007, Chevalier, Viitanen, 2003, Darroch, 1999]. Częściej kontynuują edukację uczennice liceum, uczęszczające do ostatnich klas, mieszkanki miast i przede wszystkim mające oparcie w rodzinie i ojcu dziecka [Kempińska, 2012a, 2013, 2015 b]. Doświadczenie zawodowe u nieletnich matek jest zmniejszone o co najmniej 2,5 roku, a płaca niższa od kobiet, które urodziły, gdy były pełnoletnie od 5% do 22% w Wielkiej Brytanii [Chevalier, Viitanen, 2003], od 19% do 45% w Belgii, od 18% do 51% we Francji, od 8% do 24% w Danii [Planned Parenthood Federation of America, 2006]. Nastolatki mają też mniejsze szanse na znalezienie stałej pracy [Que sont devenues... 2008, Charbonneau 2005], a nie mając kwalifikacji, ani doświadczenia zajmują stanowiska bez możliwości awansu [Kempińska, 2012 a, Bwire Ekonjo, 2003]. Z raportów wynika również, że zdecydowana większość rodzących młodocianych pozostaje na utrzymaniu rodziców i/lub korzysta z pomocy państwa [Kempińska, 2012 a, 2015 b]. Szacuje się, że nastoletnie matki są o 31% bardziej zagrożone życiem w ubóstwie i uzależnieniem od zasiłków niż matki pełnoletnie [Dahl, 2010]. W 2014 r. we Francji odnotowano 5000 porodów wśród dziewcząt do 17 r. życia. Najwięcej w najbiedniejszym rejonie Nord-Pas_de-Calais zwanym „regionem wózków” i w Fourmies – „mieście wózków”. Posiadanie dziecka to dla wielu tamtejszych kobiet podniesienie statusu społecznego i możliwość otrzymania zasiłku. Będąc już w ciąży nastolatka otrzymuje 1000 euro miesięcznie. Taka sytuacja trwa ok. 3 lata, ale wtedy dziewczyna najczęściej ponownie zachodzi w ciążę i znów dostaje zasiłek [Quill, 2015, zob. też Wilkes, 2005].

W USA wielkość zarobków i status społeczny zależy od poziomu wykształcenia i stażu zawodowego. W wielu stanach dziewczęta w ciąży i młodociani rodzice są zmuszani do przeniesienia się do szkół, w których poziom edukacji jest bardzo niski, a to nie gwarantuje podjęcia dobrze płatnej pracy. Żeby móc kontynuować naukę w szkole o wysokim poziomie i osiągnąć tak ważny dla każdego Amerykanina sukces, wielu nastolatków posiadających dzieci jest zmuszonych zamieszkać z rodzicami. Szacuje się, że 85% nieletnich matek mieszka z rodzinami generacyjnymi, pomimo iż 50% z nich uważa to rozwiązanie za najgorsze z możliwych. Życie z rodzicami stwarza wiele sytuacji konfliktowych, tj. brak prywatności, dużą kontrolę, narzucanie własnych metod wychowawczych w stosunku do wnuka. Tylko pary przekonane o ważności wykształcenia mieszkając z rodzicami starają się przezwyciężyć problemy z tego wynikające, poprzez umiejętne komunikowanie się, dyskusowanie o swoich problemach z domownikami. Pary, które nie mogą poradzić sobie ze stresem i opuszczają dom rodzinny, muszą także porzucić szkołę, aby zarobić na samodzielne życie. W USA samodzielna egzystencja, łącząca się z płaceniem rachunków z pensji jednego rodzica, może okazać się niemożliwa [Lindsay, 1995]. W Polsce „na swoim”

mieszkają zazwyczaj pary, w których ojciec dziecka, partner nieletniej ma co najmniej 25 lat [Kempińska, 2012 a].

Osoby z niskim wykształceniem, bez pracy i mieszkania nie mają szans na uniknięcie błędnego koła ubóstwa. Zjawisko ubóstwa jest złożone i wielowymiarowe, zawiera w sobie zarówno aspekty ilościowe (np. wskaźnik dochodu gospodarstwa domowego), jak i jakościowe (np. dostęp do wykształcenia czy ochrony zdrowia) [Firlit-Fesnak, Szyłko-Skoczny, 2007]. Charakterystyczne dla ubóstwa jest jego powiązanie ze stanem deprywacji społecznej, który wynika z braku zaspokojenia pewnych potrzeb ludzkich (nie tylko biologicznych) na akceptowanym poziomie w odniesieniu do danego kraju i w określonym czasie. Zjawisko to powoduje odebranie milionom ludzi możliwości korzystania z dóbr cywilizacyjnych oraz zepchnięcie ich na margines i polaryzację społeczną. Zagrożenie biedą jest widoczne w rodzinach o niskim poziomie wykształcenia. Wiele z nich regularnie korzysta ze świadczeń pomocy społecznej i bardzo często uzależnienia się od niej, bowiem nie są w stanie samodzielnie znaleźć rozwiązania swej trudnej sytuacji życiowej. Za ten stan odpowiadają w dużej mierze tzw. czynniki zawinione, czyli np. brak gotowości do podnoszenia bądź zmiany kwalifikacji, mobilności przestrzennej, gotowości do intensywnej pracy. Rodzina zmagająca się z problemem ubóstwa, które dotyka wszystkich sfer życia codziennego, nie jest w stanie zapewnić dziecku prawidłowych warunków rozwoju i wychowania, nie jest też w stanie zapewnić warunków sprzyjających nauce, wspomóc w przypadku niepowodzeń dydaktycznych. Sytuacja taka powoduje skupienie się wyłącznie na zaspokajaniu potrzeb najbardziej elementarnych, wymusza oszczędzanie na wszystkim np. na jedzeniu, ubraniu, ochronie zdrowia. Dziecko zostaje w pewien sposób „wdrożone do życia w biedzie”, przyzwyczajają się do ograniczania swych potrzeb, minimalizacji oczekiwań i dostosowania się do sytuacji rodzinnej [Stochmiałek, 2002]. Dramatyzm współczesnej biedy polega więc, przede wszystkim, na niebezpieczeństwie utrwalenia się, przekazania go następnym pokoleniom, czyli po prostu dziedziczenia sytuacji niedostatku ekonomicznego, kulturalnego i towarzyszących mu negatywnych zjawisk [za: Tarkowska, 2000]. Mobilizacja i motywacja do zdobywania wykształcenia, sposoby spędzania czasu wolnego są przedmiotem regulacji kulturowej. Społeczności różnią się akcentem kładzionym na wykształcenie jako wartość, naciskiem na uczenie się, czytanie, chodzenie do teatru. Jest to istotny aspekt fenomenu, który Pierre Bourdieu określa jako „kapitał kulturowy”, i który w różnym stopniu nabywają członkowie różnych grup [Sztompka, 2002]. Plany rodziców wobec kształcenia potomstwa są skorelowane z posiadanym przez nich wykształceniem i przejawiają tendencję do samo utrwalania się oraz odtwarzania się w następnych pokoleniach. „Kultura braku aspiracji” to powielanie przez rodziny wartości, przekonań, przyzwyczajajeń i obyczajów. Brak aspiracji nie jest wynikiem tylko i wyłącznie niedostosowania jednostek do rzeczywistości społecznej, ale

ogólnego klimatu kulturowego. Następstwem rodzinnego marazmu czy lenistwa intelektualnego jest nabywana w przyszłości przez dziecko mentalność wyrażająca się w postawie rezygnacji z podjęcia wysiłku, aby zdobyć odpowiednie kwalifikacje i podnieść status społeczny i zmienić swoje życie [Kempińska, 2013].

Nastoletnie macierzyństwo jest więc silnie skorelowane z dziedziczeniem zachowań. Ciężarne nastolatki są często córkami nastoletnich matek [Kempińska, 2012 a, 2013, Dahl, 2010, Wellings, 2007].

Przebywanie w rodzinie kształtuje u człowieka wyobrażenia dotyczące relacji między małżonkami, rodzicami i dziećmi. W niej rodzą się przekonania na temat realizacji ról małżeńsko-rodzicielskich. Wiele przenień dokonuje się w sposób bezrefleksyjny i nieświadomy. Obserwacja rodziców, atmosfera rodzinna, w której wzrastają dzieci i młodzież, pełni dla nich wzorcotwórczą funkcję. Społeczne dziedziczenie przebiega w kierunku pozytywnym, jak i negatywnym. Dzieci wywodzące się z rodzin o zaburzonym stylu funkcjonowania, kiedy stają się rodzicami ujawniają stosunkowo często tendencje do powielania tych samych wzorców zachowań, jak również preferują podobny system wartości, z jakim zetknęły się w rodzinie pochodzenia. Należy pamiętać, że dzieci są zarówno obserwatorami jak i uczestnikami zachowań rodziców regulowanych przez ich system wartości, są też uzależnione od niego. W ramach ciągłości pokoleniowej istnieje tendencja do odzwierciedlania postaw, zachowań. Dzięki transmisji międzypokoleniowej młoda osoba ma możliwość poznać oraz wybrać w odpowiednim wieku te z wartości i norm moralnych, które są najwyżej cenione zarówno przez nią, jak i przez grupę społeczną, z którą się identyfikuje.

Badania europejskie i amerykańskie ukazują, że nastoletnie matki najczęściej:

- pochodzą z rodzin monoparentalnych albo rozbitych przez rozwód;
- ich matki, a niejednokrotnie babki, urodziły dzieci będąc niepełnoletnimi;
- wychowały się w bez wzoru i autorytetu ojca – mężczyzny;
- wzrastały w rodzinach o niskim poziomie wykształcenia, często borykających się z problemem bezrobocia;
- są beneficjentami pomocy społecznej, a postawę „wyuczonej bezradności” wyniosły z domu rodzinnego;
- odziedziczone zachowania przekazują kolejnym pokoleniom [Quill, 2015, Kempieńska, 2013, Wellings, 2007, Charbonneau, 2005].

Wielu badaczy podkreśla, że związki małżeńskie powinny być zawierane w fazie wczesnej dorosłości (20–35 lat) [Harwas-Napierała, Trempała, 2003]. Jest to bowiem okres, w którym uczymy się tworzyć role płciowe i społeczne, współżyć z współmałżonkiem, prowadzić gospodarstwo domowe, a przede wszystkim jesteśmy dojrzały pod względem psychicznym (odpowiedzialność) i społecznym (zdolność do utrzymania rodziny). Zbyt młody wiek zawarcia związku małżeńskiego, zostanie matką przed 18 rokiem życia, brak dojrzałości psychicznej i społecznej, konieczność kon-

tynuowania/przerwania nauki powoduje, że w większość dziewcząt nie radzi sobie z realizacją ról rodzicielskich.

Negatywne efekty związane z wczesnym rodzicielstwem oddziałują nie tylko na kobietę, ale także na jej potomstwo i resztę społeczeństwa. Wysoki wskaźnik rozrodzności nieletnich i niejednokrotnie rozwodów w połączeniu z niskimi zarobkami i liczebnością rodzin zwiększa liczbę dzieci żyjących w ubóstwie i korzystających z pomocy państwa. Ponieważ nastoletnie macierzyństwo, wymuszone małżeństwo, porzucenie szkoły i brak pracy są ze sobą tak silnie skorelowane, to należy je uwzględnić przy opracowywaniu strategii pomocy socjalnej [Dahl, 2010].

Rozdział 3

„Wczesne małżeństwa” i „przymusowe macierzyństwo” w wybranych krajach Afryki i Azji Południowej

1. Uwarunkowania wczesnego macierzyństwa¹

Małżeństwo jest zjawiskiem kluczowym w demografii, wpływa na wszystkie inne procesy tj. płodność, śmiertelność, migracje, opiekę nad dziećmi [Hertrich, Pilon, 1997].

World Vision – *Vision du Monde*² używa terminu „wczesne małżeństwo” w odniesieniu do:

- małżeństw z udziałem jednego lub więcej współmałżonków w wieku poniżej 18 lat;
- przymusowych małżeństw;
- częściej dziewcząt niż chłopców [Byworth, 2013].

W Afryce Subsaharyjskiej i Azji Południowej istnieje praktyka zawierania małżeństw przez nieletnie dziewczęta. Co więcej, w rejonach tych, nie jest niczym niezwykłym „wydawanie” córek za mąż przed osiągnięciem przez nie dojrzałości płciowej. W Afryce zjawisko to jest związane z Mahometem. Jego ukochana żona Aisza była w dniu ślubu nastolatką. Wczesne małżeństwo uważane jest, więc za „Sunna” (przykład Proroka). Młoda kobieta, która pozostaje niezamężna powyżej pewnego wieku jest podejrzewana o choroby, prostytutkę, kapryśność lub po prostu uważa się, że przynosi nieszczęście [*Mariages précoces: 39 000 filles mariées par jour*, 2013]. W Somalii taką dziewczynę nazywa się „goon”, innymi słowy, osoba, której nikt nie chciał, niemająca już szacunku w społeczeństwie [Byworth, 2013].

1 Niniejszy podrozdział został częściowo opracowany w oparciu o art. U. Kempieńskiej „Wczesne małżeństwa” w krajach rozwijających się: dramat jednostki, czy poszanowanie tradycji?, „Problemy Opiekuńczo-Wychowawcze” nr 7, 2016, ss. 56–60.

2 Pozarządowa organizacja międzynarodowa posiadająca biura w 97 państwach założona w 1950 r. przez Roberta Piercía.

Trudno jest wskazać dokładną liczbę „wczesnych małżeństw”, ponieważ najczęściej nie są one rejestrowane. Jednak dostępne statystyki pokazują następujące tendencje:

- w krajach rozwijających się ponad 60 milionów kobiet obecnie będących w wieku 20–24 lata zawarły związek małżeński jeszcze przed ukończeniem 18 roku życia; ponad 31 milionów z nich mieszka w Azji Południowej;
- codziennie 39 000 dziewcząt przed ukończeniem 18 lat wydawanych jest za mąż;
- 34% kobiet przed ukończeniem 18 lat, czyli 1 na 3 i 12% dziewczynek przed ukończeniem 15 lat, czyli 1 na 9 zostały zmuszone do zamążpójścia;
- jeżeli tendencja ta się utrzyma, to w 2030 r. ponad 140 mln kobiet zostanie żonami przed osiągnięciem wieku 18 lat, 50 milionów, przed 15 urodzinami [*Faire reculer le mariage précoce...* UNFPA, 2013], a 44% dziewcząt zostanie matkami przed 18 r. życia [*Cartographie du mariage précoce en Afrique de l'Ouest*, 2013];
- kraje o najwyższym odsetku 15 letnich lub młodszych żon to: w Afryce: Niger (36%), Czad (35%), Etiopia (24%), w Azji: Bangladesz (32%), Indie (18%), Nepal (10%), w Ameryce Środkowej: Dominikana (14%), Nikaragua (10%) [Byworth, 2013];
- procent żonatych mężczyzn w wieku 15 do 19 lat jest znacznie niższy i wynosi od 1,1 w Czadzie do 10,7 w Mali [*Faire reculer le mariage précoce...*, UNFPA, 2013];
- w Azji Południowej, 1 na 3 nastolatka w wieku 15–19 jest w związku małżeńskim, w Europie Środkowej i Wschodniej oraz w krajach Wspólnoty Brytyjskiej 1 na 14 [*Progress for Children: A report card on adolescents*, 2012].

W krajach rozwijających się wiek zawarcia związku małżeńskiego zależy od 3 czynników:

- sytuacji materialnej. Zdecydowanie częściej wczesne zamążpójście jest charakterystyczne dla dziewcząt z najbiedniejszych rodzin; np. w Peru 45% kobiet z grup zdefaworyzowanych wyszło za mąż przed ukończeniem 18 lat, z grup uprzywilejowanych tylko 5% [*Mariages précoces: 39 000 filles...*, 2013];
- miejsca zamieszkania. W Nigrze mediana wieku pierwszego małżeństwa wyniosła 15,2 lat w głębi kraju, ale 18,5 lat w stolicy. Podobną sytuację odnotowano np. w Mali [*Cartographie du mariage précoce en Afrique de l'Ouest*, 2013];
- ale przede wszystkim od poziomu wykształcenia. Kobiety posiadające przynajmniej wykształcenie podstawowe rzadziej wychodzą za mąż nie będąc pełnoletnimi niż dziewczęta bez wykształcenia. W Zimbabwie 48% kobiet, które ukończyły szkołę podstawową zawarło związek małżeński przed 18 rokiem życia, a 87% „wczesnych żon” nie było nigdy w szkole [*Mariages précoces: 39 000 filles...*, 2013]; w Burkina Faso bez wykształcenia było 59,8% nastoletnich żon, a z ukończoną szkołą ponadpodstawową tylko 3% (tab. 28).

Tab.28. Odsetek kobiet poślubionych przed ukończeniem 18 lat ze względu na poziom wykształcenia (2013) [*Faire reculer le mariage précoce...*, UNFPA, 2013].

Państwo	Wskaźnik małżeństw nastolatek ogółem	bez wykształcenia	wykształcenie podstawowe	wykształcenie powyżej podstawowego
Niger	74,5	81,1	62,7	17,2
Czad	71,5	78,3	67,1	37,0
Bangladesz	66,2	82,0	80,0	57,2
Gwinea	63,1	72,7	47,9	27,3
Mali	55,0	77,0	64,3	37,9
Mozambik	51,8	67,2	56,6	11,5
Malawi	49,6	65,6	62,2	16,4
Burkina Faso	47,8	59,8	41,5	3,0
Madagaskar	48,2	67,9	52,9	27,6
Sierra Leone	47,9	64,2	51,8	12,1
Erytrea	47,0	64,1	53,3	12,0
Indie	47,4	76,5	61,8	27,2
Uganda	46,3	66,8	58,4	13,8
Somalia	45,3	51,7	41,0	11,2
Nikaragua	40,6	69,1	62,5	25,2
Zambia	41,6	64,8	57,5	17,1
Etiopia	41,2	62,9	37,5	10,3
Nepal	40,7	71,7	56,7	22,9
Dominikana	39,6	56,4	75,3	27,5
Honduras	38,8	62,9	51,4	18,9
Nigeria	39,4	82,1	53,8	12,5

W wielu państwach Afryki i Azji Południowej rodzice nie przywiązują wagi do wykształcenia, w szczególności dziewcząt. W społecznościach tych uważa się, że kobieta ma do spełnienia tylko 3 role: żony, matki i gospodyni, więc kształcenie jej, jest nie tylko zbędne, ale i nie ekonomiczne. Rodzice wolą zaoszczędzone zasoby finansowe przeznaczyć na edukację synów. Ubogie rodziny nawet gdyby chciały wyedukować swoje córki, często nie mają po prostu takich możliwości, głównie z powodu braku dostępu do pobliskich szkół i zdolności finansowych do płacenia czesnego [*The Causes, Consequences and Solutions...*, 2010]. W krajach tych, jak wskazują cykliczne badania realizowane przez WHO, odsetek analfabetów jest

wciąż wysoki. Np. w Burkina Faso, Gwinei Równikowej, Mali, Senegal, czy Pakistanie ponad 50% nastolatków w wieku 15–19 lat nie umie czytać, ani pisać. Wśród nastoletnich mężczyzn wysoki odsetek analfabetów występuje tylko w Burkina Faso i Nigrze (tab. 29). Dziewczęta z ubogich rodzin z rejonu Afryki Subsaharyjskiej mają tylko jedno marzenie... uczęszczać do szkoły [*Faire reculer le mariage précoce...* UNFPA, 2013].

Tab.29. Odsetek analfabetów oraz osób z wykształceniem średnim wśród kobiet i mężczyzn w wieku 15–19 lat w wybranych krajach

Państwo	Kobiety		Mężczyźni		Stan na
	Wykształcenie średnie	Analfabeta	Wykształcenie średnie	Analfabeta	
Afryka					
Burkina Faso	22,6	60,6	29,6	51,0	2010 r.
Burundi	18,4	25,1	25,3	12,3	2010 r.
Gabon	83,3	5,2	77,4	6,0	2012 r.
Gambia	55,5	36,8	59,9	22,7	2013 r.
Gwinea	31,6	56,8	45,7	30,8	2012 r.
Kamerun	62,4	19,5	67,6	12,9	2011 r.
Kenia	50,6	6,8	52,9	5,2	2014 r.
Madagaskar	41,5	19,2	42,6	17,8	2009–10 r.
Mali	33,5	58,5	46,4	41,2	2012–13 r.
Niger	19,0	72,8	31,5	48,8	2012 r.
Senegal	31,3	51,1	45,8	33,9	2010–11 r.
Togo	54,3	29,0	77,9	8,0	2013–14 r.
WKS	34,0	52,5	49,9	31,6	2011–12 r.
Azja					
Bangladesz	64,8	16,2	b.danych	b.danych	2011 r.
Indonezja	89,1	1,3	53,6	0,6	2012 r.
Nepal	71,5	14,1	84,5	5,6	2011 r.
Pakistan	13,3	57,0	22,0	22,1	2012–13 r.

Źródło: opr. własne na podstawie *Enquête Démographique et de Santé et à Indicateurs Multiples* oraz *Demographic and Health Survey* poszczególnych państw

Istnieje wiele powodów, dla których rodzice decydują się wydać swe nieletnie córki za mąż [*Guide de prévention et de prise...*, 2015, Byworth, 2013, *Mariages précoces: 39 000 filles...*, 2013, *The Causes, Consequences and Solutions...*, 2010, Tabutin, Schoumaker 2004, *Fact Sheet No.23*, § D]:

- ubogie rodziny traktują dziewczynkę jako obciążenie ekonomiczne, a małżeństwo jako niezbędny środek do przeżycia dla całej rodziny; wydając za mąż swoje córki rodzice mają mniej dzieci do utrzymania;
- małżeństwo ma ochronić dziewczynkę przed niebezpieczeństwem związanym z wykorzystywaniem seksualnym;
- nastoletnie małżeństwo jest traktowane jako sposób zapobiegania ciąży przedmałżeńskim;
- wczesne małżeństwo zapewnia zmaksymalizowaną liczbę ciąż;
- małżeństwo to sojusz i wzmocnienie przyjaźni między dwoma rodzinami;
- wdowy szukają dla córek opiekuna;
- w niektórych kulturach uważa się, że małżeństwo dziewczynki przed okresem dojrzewania przyniesie rodzinie błogosławieństwo; dziecko może być też oddane mężczyźnie w celu skompensowania niezapłaconego długu lub może być „religijnym darem”. Takie sytuacje zdarzają się jednak rzadko³;
- posag. W niektórych krajach dziewczęta kilka miesięcy przed ślubem są trzymane w odosobnieniu i tuczone, aby były bardziej atrakcyjne i żeby można było za nią dostać jak najwyższą cenę! Wysokość posagu (w pieniądzu lub naturze) będzie wyższa, jeżeli dziewictwo narzeczonej zostało zachowane, w szczególności poprzez okaleczenie narządów płciowych. W wielu przypadkach jest to weryfikowane przez rodzinę przyszłego męża;
- konieczność respektowania prawa zwyczajowego;
- małżeństwo może zapewnić rodzinie nastolatki awans w hierarchii społecznej;
- kataklizmy i niestabilna sytuacja polityczna.

Na ostatnią przyczynę ślubu dzieci, niewystępującą w naszej kulturze badacze zwracają szczególną uwagę. Susza, powodzie i cyklony są często przyczyną braku żywności. W obawie przed głodem i niedożywieniem, rodzice decydują się wydać córkę za mąż, aby móc wyżywić resztę rodziny. Niektórzy rodzice w Somalii przyznali, że w okresach suszy i słabych zbiorów, pieniądze potencjalnego małżonka to wartość dodana, która staje się największym czynnikiem, doprowadzającym ich córki do małżeństwa. Po tsunami w Indonezji w 2004 roku, liczba „wczesnych małżeństw” wzrosła w bardzo szybkim tempie. Rodziny w obozach dla uchodźców wierzyły, że małżeństwo było jedyną ochroną dla córek przed groźbą gwałtu. Po powodzi w 2010 roku w Pakistanie i trzęsieniach ziemi na Haiti, pracownicy międzynarodowych organizacji również zgłaszali wzrost liczby „wczesnych małżeństw”. Według danych zebranych w Bangladeszu w 2007 roku, 62% ogólnej liczby dzieci w wieku poniżej 18 lat, którzy zostali małżonkami w ciągu ostatnich pięciu lat, pobrali się w ciągu 12 miesięcy po przejściu cyklonu Sidr. Niepewność

3 W lipcu 2016 r. 60-letni duchowny muzułmański z Afganistanu został aresztowany pod zarzutem poślubienia 6-letniej dziewczynki. Twierdził, że dziecko zostało mu подарowane przez rodziców [*Duchowny poślubił 6 latkę*, 2016].

życia w obozie, w połączeniu z brakiem możliwości edukacyjnych dla dziewcząt, doprowadziło do zwiększenia liczby takich związków. Podczas konfliktu w Sri Lance, (gdzie wskaźnik wczesnych małżeństw zawsze był stosunkowo niski), dziewczęta zaczęły wychodzić za mąż, aby uniknąć rekrutacji do milicji. Podobne doniesienia pojawiły się z Afganistanu, Ugandy i Somalii. Niektóre z nich miały tylko 12 lat.

Miałam 16 lat i nie opuściłam ani jednego dnia szkoły. Kochałam czytać książki. Marzyłam o studiach, o dobrej pracy, aby pomóc rodzicom wyprowadzić się z rudery, w której mieszkali. Ale pewnego dnia, powiedziano mi, że muszę szkołę porzucić, bo ojciec postanowił, że wyjdę za mąż za starszego brata. Praktyka ta nazywa się w mojej społeczności „Atta-Satta”. Moją jedyną nadzieją było to, że mąż pozwoli mi dokończyć szkołę. Ale zanim skończyłam 17 lat urodziłam dziecko. Odtąd praktycznie nie wolno mi postawić stopy na zewnątrz. Czasami, gdy jestem sama w domu, ponownie czytam moje stare podręczniki, tulę dziecko w ramionach i płaczę. Wierzę, że kiedyś zniknie ta praktyka i moja córka ukończy szkołę i weźmie ślub, kiedy zechce” – Komal 18 lat – Indie [Le mére – enfants, UNPFA, 2013].

W wielu krajach afrykańskich rodzice szanując tradycję skazują córkę na okrutną praktykę obrzezania.

2. Praktyka obrzezania kobiet

Obrzezanie u kobiet (fr. *excision, Mutilations sexuelles féminines (MSF), Mutilations génitales féminines (MGF)*, ang. *Female Genital Mutilation, FGM*) jest uznawane przez wiele środowisk i organizacji za pogwałcenie praw człowieka poprzez stosowanie niedozwolonych form modyfikacji fizycznej integralności. UNICEF podkreśla, że praktyki te najczęściej wykonywane są na osobach bezbronnych, które nie są w stanie wyrazić na nie świadomej zgody [*Female Genital Mutilation/Cutting: a global concern*, 2016]. Pomimo nacisku, głównie środowisk kobiecych, Zgromadzenie Ogólne Narodów Zjednoczonych przyjęło pierwszą rezolucję przeciw okaleczaniu żeńskich narządów płciowych dopiero 26 listopada 2012 r. [*Une résolution de l'ONU contre l'excision*, 2012]. Ponad 110 krajów, w tym pięćdziesiąt z Afryki, wspólnie poparły ten tekst, który zwraca się do państw członkowskich o „rozszerzenie środków karnych poprzez działania edukacyjne i informacyjne” [Suzis, 2012].

Klitoridektomia (obrzezanie) polega na częściowym lub całkowitym usunięciu łechtaczki (łac. *clitoris*), czasem również warg sromowych mniejszych z przyczyn innych niż terapeutyczne. W ekstremalnych przypadkach klitoridektomia polega na usunięciu łechtaczki, warg sromowych i skóry ze ścianek pochwy oraz zaszcyciu, co najmniej częściowym, samego wejścia do pochwy. Pozostawiony niewielki otwór umożliwia jedynie wydostawanie się moczu i krwi menstruacyjnej. Ten rodzaj obrzezania jest określany według metodologii WHO jako obrzezanie „trzeciego typu” [Guigma/Diasso, 2012].

Obrzezanie jest powszechnie praktykowane w zachodniej, wschodniej i północno-wschodniej Afryce. Na mniejszą skalę zabiegi są wykonywane również w niektórych krajach Azji i Bliskiego Wschodu i w Ameryce Łacińskiej. Nielegalne jest w dwudziestu krajach afrykańskich, w Europie, Stanach Zjednoczonych i Kanadzie [*Mutilations sexuelles féminines*, 2016]. Mimo to zabiegom tym są poddawane kobiety w 30 krajach [*Female Genital Mutilation/Cutting: a global concern*, 2016]. Szacuje się, że każdego roku ok. trzy miliony kobiet i dziewcząt zostaje obrzezanych [Guigma/Diasso, 2012]. Wg UNICEF już 125 milionów kobiet zostało poddanych temu ryzykownemu zabiegowi [Beaudonnet, 2013], a w kolejnych latach praktyka ta może dotknąć 30 milionów dziewcząt [*L'excision recule*, 2011]. Skalę zjawiska w wybranych krajach afrykańskich przedstawiono w poniższej tabeli.

Tab. 30. Odsetek kobiet po usunięciu łechtaczki w wybranych krajach afrykańskich

Państwo	15–19 lat	20–24 lata	Stan na
Burkina Faso	57,7	69,8	2010 r.
Gwinea	94,0	94,9	2012 r.
Mali	90,3	91,5	2012–13 r.
Niger	1,4	2,1	2012 r.
Senegal	24,0	24,3	2010–11 r.
Togo	1,8	2,2	2013–14 r.
WKS	31,3	35,1	2011–12 r.

Źródło: opr. własne na podstawie *Enquête Démographique et de Santé et à Indicateurs Multiples* oraz *Demographic and Health Survey* poszczególnych państw

Z opracowań opublikowanych w poszczególnych krajach wynika, że minimalnie, ale zmniejsza się liczba kobiet po kłitoridektomii. Młodsze rocznikiem dziewczęta rzadziej są poddawane temu zabiegowi. Np. w Burkina Faso 69,8% kobiet w wieku 20–24 lata jest obrzezanych, a w wieku 15–19 lat 57,7%. Należy dodać, że w tym kraju dokonuje się excision najczęściej przed ukończeniem przez dziewczęta 15 r. życia [*EDSBF-MICS IV*, 2012] tab. 31.

Przypadki obrzezania coraz częściej można jednak spotkać w krajach rozwiniętych, głównie u kobiet pochodzących ze społeczeństw, u których zwyczaj ten występuje. Szacuje się, że we Francji żyje 55 000 kobiet po wycięciu łechtaczki. Rząd francuski refunduje tym kobietom zabiegi rekonstrukcyjne [*Première résolution de l'ONU contre l'excision*, 2012]. W Wielkiej Brytanii koalicja grup medycznych, związków zawodowych i organizacji praw człowieka ogłosiła, że w Anglii i Walii żyje co najmniej 66 tys. ofiar obrzezania, a co najmniej 24 tys. dziewczynek poniżej 15. roku życia jest rocznie zagrożonych tą praktyką. W ciągu ostatnich

trzech lat, tylko w Londynie ponad 2 tys. ofiar zabiegu szukało pomocy w szpitalach. Pomimo, że na wyspach FGM jest zabronione od ponad 30 lat to rodzice i tak je praktykują; albo wywożą córkę do swoich rodzinnych krajów na obrzezanie, albo sprowadzają „specjalistę” do Anglii, albo dokonują tego w prywatnych klinikach. Londyn, jak donosi The Guardian powoli staje się europejską stolicą obrzezania [Urzędowska, 2014].

Klitoridektomia staje się, więc problemem globalnym. Choć zabieg kojarzony jest z islamem, jest bardziej nakazem tradycji niż religii, np. w Gwinei największą grupę obrzezanych stanowią chrześcijanki i animistki [EDS-MICS, 2013], a w Arabii Saudyjskiej praktyki te nie występują.

Wiek dziewcząt w momencie obrzezania różni się w zależności od kraju. Zabieg ten jest przeprowadzany na kilkudniowych niemowlętach (Senegal), na dziewczynkach poniżej 5 lat, na nastolatkach, jednak czasem dotyczy dopiero kobiet dorosłych, które są mu poddawane przed ślubem. Najczęściej jednak praktyki te są stosowane u dziewcząt w okresie przedpokwitaniowym. W poniższej tabeli przedstawiono wiek dokonywania zabiegu w wybranych krajach afrykańskich.

Tab. 31. Wiek dokonania zabiegu obrzezania dla kategorii kobiet 15–19 lat w %

Państwo	Zaraz po urodzeniu	Poniżej 5 lat	5–9 lat	10–14	15 i Powyżej	Brak odp.	Stan na
Burkina Faso	–	63,9	26,9	7,3	1,3	0,6	2010
Gwinea	–	23,8	46,0	28,3	1,2	0,7	2012
Mali	–	78,4	12,4	3,0	0,2	6,0	2012–13
Niger	–	78,8	3,9	13,2	4,1	–	2012
Senegal	51,9	20,5	13,7	6,3	0,3	7,3	2010–11
Togo	–	35,5	24,5	23,8	4,9	11,3	2013–14
WKS	–	59,3	19,1	15,6	3,3	2,7	2011–12

Źródło: opr. własne na podstawie *Enquête Démographique et de Santé et à Indicateurs Multiples* oraz Demographic and Health Survey poszczególnych państw

Praktyka obrzezania różni się pomiędzy krajami, regionami, a nawet plemionami, najczęściej wykonywana jest przez „circumcisers”, kobiety, które odgrywają kluczową rolę w tych społecznościach [Suzis, 2012]. W Sudanie ceremonia może odbywać się w grupach lub indywidualnie. Cloudsley [1983] opisuje, że obrzezanie jest praktykowane na dziewczynkach w wieku od 5 do 12 lat, przed pierwszą miesiączką. Są one wprowadzane do pomieszczenia, w którym są przynajmniej trzy osoby (najczęściej matka i ciotki) oraz „Dayat” – osoba dokonująca wycięcia. Po zabiegu nogi dziewczyny muszą być złączone przez 3 dni, aby zapobiec otwarciu się rany. Po operacji, dziewczynka jest ubrana w dopasowaną białą bawełnianą sukien-

kę, leży na łóżku rodziców, pokrytym bogatymi tkaninami, co ma symbolizować małżeństwo i dziewictwo w akcie obrzezania. W nocy jest ubrana w czerwoną satynową sukienkę, perłowe bransoletki, aby odpędzić „złe oko”. Musi też mieć czerwoną obrożę i krwistoczerwony koralik, aby zapobiec występowaniu krwawień. Przez okres rekonwalescencji odbywają się zabawy, dzieci tańczą i śpiewają dla niej oraz przynoszą prezenty. Do dnia dzisiejszego, w regionach położonych z dala od Chartumu ceremonia pozostaje bez zmian. W stolicy dziewczęta są poddawane zabiegowi w szpitalach [Ferhati, 2006].

Przyczyny obrzezania

Afrykańska kobieta musi się zmierzyć z różnymi aspektami kultury i poszanowania tradycji, a obrzezanie uważane jest za podstawowy element tożsamości kulturowej. Powody okaleczania żeńskich narządów płciowych różnią się w zależności od regionu. Wśród argumentów uzasadniających ten zwyczaj wymienia się względny:

- higieniczne (aby zapewnić czystość i dziewictwo),
- religijne (uważa się, że jest to nakazane przez islam),
- historyczne (poszanowanie tradycji i zwyczajów) oraz
- inicjacyjne, czyli przejście od dzieciństwa w świat dorosłych.

Obrzezanie powstało w zwyczajach i tradycjach podobno dla zbawienia kobiety. Jest często postrzegane jako sposób zniechęcający do seksu przed ślubem i zachowania dziewictwa. Obrzezana kobieta nie czuje pożądania seksualnego. Jej mąż może być z dala od domu przez wiele lat i jest pewny, że żona nigdy go nie oszuka, że honor rodziny nie zostanie splamiony [Suzis, 2012]. Excision jest często uważane za część koniecznej edukacji dziewczynki i przygotowanie jej do dorosłości i małżeństwa. Obrzezanie jest też związane z ideałami kultury kobiecości i skromności, w których dziewczęta są „czyste” i „piękne” po usunięciu części ciała, które są uważane za „brudne”. Dziewczynki wychowane są w przeświadczeniu, że między ich nogami znajduje się coś złego, „nieczystego”. W krajach, gdzie obrzezanie jest popularne, głęboko zakorzenione jest przekonanie, że nieobrzezana kobieta jest rozwiązła i niewierna, a jako taka nie ma szans na zamążpójście [*Mutilations sexuelles féminines*, 2016].

Obrzezanie nie jest dowodem zacofania rodziny, dotyczy dziewczynki z biednych i bogatych domów, córki analfabetów i ludzi wykształconych. Wielu badaczy podkreśla, że w utrwalaniu tej praktyki największą rolę odgrywa presja społeczna [Beaudonnet, 2013].

Coraz więcej kobiet nie akceptuje tej praktyki, ucieka z domu i szuka pomocy w organizacjach międzynarodowych [EDSBF-MICS IV, 2012]. Ale zdecydowana większość mimo braku akceptacji nie robi nic, żeby zapobiec okaleczeniu. Chcą respektować decyzje rodziców. Uważają, że niepodporządkowanie się tradycji to świętokradztwo [Beaudonnet, 2013].

Tab. 32. Odsetek kobiet w wieku 15–19 lat, które uważają, że wycięcie łechtaczki powinno być zabronione

Państwo	Odsetek przeciwniczek wycięcia łechtaczki	Stan na
Burkina Faso	78,5	2010 r.
Gwinea	29,8	2012 r.
Mali	21,3	2012–13 r.
Niger	83,9	2012 r.
Senegal	78,9	2010–11 r.
Togo	89,5	2013–14 r.
WKS	72,8	2011–12 r.

Źródło: opr. własne na podstawie *Enquête Démographique et de Santé et à Indicateurs Multiples* oraz *Demographic and Health Survey* poszczególnych państw

Większość nastolatek, z wyjątkiem mieszanek Mali i Gwinei uważa, że okaleczenie żeńskich narządów powinno być zakazane. Za zakazem zdecydowanie częściej opowiadają się chrześcijanki niż muzułmanki i animistki. Np. w Gwinei przeciw obrzezaniu było 53,6% badanych chrześcijanek, 25,4% muzułmanek i tylko 12,2% animistek [EDS-MICS, 2013].

Skutki obrzezania

Praktyki te nie mają żadnych korzyści zdrowotnych dla dziewcząt i kobiet. Obejmują one natomiast poważne zagrożenia, które mogą doprowadzić do komplikacji długoterminowych, a także do śmierci [*L'excision recule*, 2011].

Natychmiastowe skutki obejmują: silny ból, nadmierne krwawienie, obrzęk narządów płciowych, gorączkę, zakażenia, takie jak tężec, nietrzymanie moczu, problemy z gojeniem się ran, szok, czasem śmierć. Długoterminowe skutki mogą obejmować: problemy moczowe (bolesne oddawanie moczu, zakażenia dróg moczowych), problemy ginekologiczne (upławy, owrzodzenia, zapalenie pochwy, bolesne miesiączki, trudności przepływu krwi menstruacyjnej), ból podczas stosunku, zmniejszenie przyjemności seksualnej, zwiększone ryzyko powikłań podczas porodu, częstsze zgony noworodków, problemy psychiczne (depresja, lęk, stres pourazowy, niska samoocena), bezpłodność, HIV [*Mutilations sexuelles féminines*, 2016].

Zapobieganie praktykom obrzezania kobiet

Kontynent afrykański jest najbardziej dotknięty stosowaniem praktyki obrzezania, ale jest też najbardziej aktywny w jej zwalczaniu. Podczas 17. szczytu Unii Afrykańskiej w Malabo, w Gwinei Równikowej (23 czerwca do 1 lipca 2011 r.) Burkina

Faso i Egipt zaproponowały projekt uchwały o zakazie praktyk obrzezania na całym świecie, który został przyjęty i który dał wsparcie Unii Afrykańskiej przy Zgromadzeniu Ogólnym ONZ. Efektem szczytu było m. in.:

- podpisanie przez 17 krajów afrykańskich przepisów zabraniających okaleczania żeńskich narządów płciowych;
- koalicja organizacji pozarządowych rozpoczęła kampanię Ban FGM⁴ we wrześniu 2012 r. wspieraną w szczególności przez Pierwsze Damy Beninu, Gwinei Bissau, Ugandy i Burkina Faso, a także laureata Nagrody Nobla Desmonda Tutu [Biet, 2012];
- przyczyniło się do przyjęcia rezolucji przez Zgromadzenie Ogólne Narodów Zjednoczonych przeciw okaleczaniu żeńskich narządów płciowych.

Organizacje pozarządowe, bractwa religijne, społeczeństwa obywatelskie coraz śmiejiej przedstawiają program dotyczący walki z obrzezaniem kobiet. W sprawę też angażują się rodzice dziewczynek, są to jednak na razie tylko indywidualne bunty.

Np. w Sudanie odbywają się kampanie uświadamiające szkodliwość takich praktyk, w których biorą udział lekarze, psycholodzy, specjaliści od prawa islamskiego, byłe „Dayat”. Podczas szkoleń uczestnicy są informowani o fizycznych i psychicznych skutkach obrzezania. Prelegenci wskazują również na nieekonomiczny wymiar zabiegu. „Excisior” żąda 1000 dinarów sudańskich za obrzezanie, lekarz 6000. Należy doliczyć do tego zakup owcy na festiwal, nowych sukienek i prezentów dla córki, kwota 10 000 może poważnie zadłużyć rodzinę [Ferhati, 2006]. Lekarze informują także, że kobiety po FGM mogą rozwinąć inne sfery erogenne, które pozwolą osiągnąć im orgazm [Lightfoot-Klein, 1989], więc pozostanie wierną mężowi zależy od nich samych, a nie od tego, czy posiadają lechtaczkę czy nie. Uświadamianie ludności w Sudanie napotyka jednak na liczne przeszkody. Za cichym przyzwoleniem władzy funkcjonuje wiele klinik specjalizujących się w tej dziedzinie, nie wspominając już o dużej liczbie lekarzy, którzy praktykują bezkarne [Ferhati, 2006].

Miliony młodych dziewcząt, bez względu na pochodzenie, przez wieki były okaleczane, dzisiaj FGM stanowi straszny symbol ucisku seksualnego. Wierzenia i tradycje są tak silnie zakorzenione, że wysiłki zmierzające do zmiany lub eliminowania szkodliwych zwyczajów muszą być wykonane z wielką starannością. Naciski Zachodu w tym kierunku są czasami niestety zbyt silne, co, może być postrzegane jako akt kulturowego imperializmu. Działania zmierzające do zmiany szkodliwych praktyk tradycyjnych, żeby były efektywne muszą pochodzić z wewnątrz kultury i polegać na współpracy z zagranicą, a nie na narzucaniu przez państwa rozwinięte swojego punktu widzenia.

4 Kampania na rzecz światowego zakazu okaleczania narządów płciowych kobiet ma na celu promowanie rezolucji Zgromadzenia Ogólnego ONZ [*International Campaign to Ban Female Genital Mutilation Worldwide*].

Współpraca na poziomie międzynarodowym i lokalnym spowodowała:

- większe zaangażowanie Zachodu w walce z okaleczeniem kobiet;
- ustanowienie międzynarodowych organów monitorujących wykonanie uchwał;
- tendencję spadkową w częstości występowania zabiegów wśród dziewcząt poniżej 10 lat;
- ustanowienie 6 lutego Międzynarodowym Dniem Przeciwko FGM;
- stworzenie strony internetowej excision – parlons-en! <http://www.excisionparlonsen.org/> z siedzibą w Paryżu;
- finansowanie rekonstrukcji okaleczonych narządów;
- poprawę pracy sądów; np. w Burkina Faso w 2010 r. do sądów wpłynęło 170 skarg dotyczących obrzezania dziewczynek. Dokonano 47 aresztowań, w tym 13 „circumcisers” „na gorącym uczynku”, wydano 35 wyroków. Kobiety dokonujące zabiegów skazano na grzywnę w wysokości 900 000 franków CFA, a dwie matki na kary po 150 000 F. CFA [Guigma/Diasso, 2012].

Organizacje międzynarodowe i lokalne ciągle jednak napotykać na liczne trudności w walce z obrzezaniem:

- silny opór społeczny, chęć poszanowania tradycji, niejednokrotnie uwarunkowany oddziaływaniem przywódców plemiennych. W niektórych regionach, gdzie przepisy prawa są ściśle przestrzegane rodzice wywożą córki do kraju, gdzie te praktyki są legalne;
- brak odpowiedniego zaangażowania przywódców religijnych i plemiennych;
- tworzenie przez circumcisers organizacji, schodzenie do podziemia;
- niewystarczające zaangażowanie mężczyzn, ojców rodzin w przeciwdziałaniu tych praktyk;
- brak pieniędzy na leczenie kobiet po FGM (rekonstrukcje, psychoterapie);
- zbyt mała współpraca z państwami ościennymi.

Państwa europejskie, szczególnie te, w których mamy do czynienia ze skupiskiem imigrantów z Afryki również angażują się w walkę z obrzezaniem. Belgia, Dania, Finlandia, Włochy, Portugalia, Zjednoczone Królestwo Wielkiej Brytanii i Irlandii Północnej, Szwecja, Szwajcaria uznały te praktyki za przestępstwo. W Portugalii prawo stanowi, że rodzice nie mogą w sądzie powoływać się na poszanowanie tradycji i niewiedzę w celu uniknięcia kary. W Wielkiej Brytanii grozi do 14 lat więzienia za wywiezienie dziecka poza granice kraju celem dokonania zabiegu [Guigma/Diasso 2012]. Wielu imigrantów osiedlając się w państwach wysoko rozwiniętych nie zna ich praw, przywozi za to swoje obyczaje i chce się ich trzymać. Edukacja jest więc kluczowym elementem w walce z okaleczaniem żeńskich narządów płciowych i powinna uzupełniać ustawodawstwo. Dlatego wysiłki WHO w celu wyeliminowania okaleczania żeńskich narządów płciowych koncentrują się na:

- poszerzaniu badań: zdobyciu wiedzy na temat przyczyn i skutków tej praktyki, w jaki sposób można ją wyeliminować;

- wzmocnieniu systemów ochrony zdrowia: opracowaniu materiałów i wytycznych dla pracowników służby zdrowia, szkoleniach, aby pomóc im wspierać i doradzać kobietom, które przeszły zabieg;
- tworzeniu narzędzi poparcia dla działań na szczeblu międzynarodowym, regionalnym i lokalnym w celu zlikwidowania okaleczania w ciągu jednego pokolenia [*Mutilations sexuelles féminines*, 2016]. Ale bez współpracy z przywódcami religijnymi, liderami społeczności lokalnych, circumcisers, bez konsekwentnego przestrzegania prawa nie da się wykorzenić tej okrutnej praktyki. A dziewczynki i kobiety będą cierpieć dalej.

3. Wiek zawarcia związku małżeńskiego i płodność nastolatek

W krajach rozwijających się, szczególnie w Afryce, maksymalizacja rozrodczości jest zakorzeniona w tradycji. W związku z tym wskaźnik płodności jest ściśle związany zarówno z wiekiem pierwszego kontaktu seksualnego, jak i wiekiem zawarcia związku małżeńskiego. W państwach, gdzie zawieranie małżeństw przez dziewczynki jest najbardziej popularne, odnotowuje się najwyższy odsetek kobiet, które podjęły życie seksualne przed ukończeniem 15 r. życia. 1/5 nastolatek w tych krajach zostaje zmuszona do uprawiania seksu w wieku późnego dzieciństwa czy wczesnej adolescencji, kiedy nie zakończył się u nich proces rozwoju. Wg badań EDS i DHS pierwsza miesiączka u dziewcząt z Afryki i Azji Południowej pojawia się średnio ok. 12–13 r. życia, czyli tak jak u nastolatek europejskich. Ale w Europie za seks z nieletnią poniżej 15 lat grożą konsekwencje karne. W krajach rozwijających się to sami rodzice aranżują ślub nieletnich córek łamiąc przepisy prawa cywilnego. Jak wspomniano powyżej to nie religia, a tradycja jest czynnikiem najbardziej oddziałującym na wiek inicjacji seksualnej. W Azji odsetek nastolatek rozpoczynających życie płciowe przed ukończeniem 15 lat waha się od 0,1% w Bangladeszu do 4,6% w Nepalu, w Afryce natomiast od 3,5% w Burundi do 22,8% w Nigrze (tab. 33). W wielu społeczeństwach afrykańskich inicjacja musi nastąpić po ślubie, jest to uwarunkowane zarówno tradycją, jak i religią. W Togo uważa się, że tylko żona-dziewica przyniesie chwałę mężowi [*Adolescent Pregnancy*, 2013].

W krajach, gdzie większą część ludności stanowią muzułmanie, małżeństwo jest powszechną praktyką, a celibat jest raczej zjawiskiem marginalnym. Ślub jest wydarzeniem, które legalizuje pojawienie się ciąży [EDS, DHS]. Obawa przed nieślubną ciążą, która splami honor rodziny, wpływa na decyzję o wydaniu za mąż córki w jak najmłodszym wieku. W Afryce Centralnej i Zachodniej odsetek zamężnych kobiet w wieku 15–19 lat wynosi 28%, w Azji Południowej 25%. Natomiast w rejonach, gdzie tradycja ta nie występuje wskaźnik ślubów nastolatek jest niższy i wynosi 9% w Europie Wschodniej i 5% w Azji Wschodniej i Pacyfiku [*Adolescent Pregnancy*, 2013].

Tab. 33. Odsetek kobiet, które inicjowały przed ukończeniem 15 lat (dla kategorii 15–19 lat)

Państwo	% kobiet inicjujących przed ukończeniem 15 lat	Stan na
Afryka		
Burkina Faso	7,7	2010 r.
Burundi	3,5	2010 r.
Gabon	16,8	2012 r.
Gambia	5,7	2013 r.
Gwinea	22,4	2012 r.
Kamerun	15,0	2011 r.
Kenia	10,7	2014 r.
Madagaskar	17,2	2009–10 r.
Mali	20,0	2012–13 r.
Niger	22,8	2012 r.
Senegal	9,6	2010–11 r.
Togo	10,3	2013–14 r.
WKS	20,8	2011–12 r.
Azja		
Bangladesz	0,1	2011 r.
Indonezja	1,6	2012 r.
Kambodża	1,4	2014 r.
Nepal	4,6	2011 r.

Źródło: opr. własne na podstawie *Enquête Démographique et de Santé et à Indicateurs Multiples* oraz Demographic and Health Survey poszczególnych państw

W najbiedniejszych państwach Afryki i Azji (Niger, Mali, Gwinea Równikowa, Bangladesz) ponad 1/5 dziewczynek została żonami przed ukończeniem 15 r. życia, a ponad połowa przed ukończeniem 18 lat (tab. 34). Natomiast odsetek mężczyzn, którzy zawarli związek do 19 r. życia jest znacznie niższy, waha się od 0,3% w Gambii do 11,4% na Madagaskarze. Zjawisko to jest również związane z tradycją. W krajach afrykańskich uważa się, że mężczyzna, który zamierza się ożenić musi mieć pozycję w społeczeństwie i musi pracować, żeby utrzymać swoją żonę. Niewielu nastolatków w Afryce dysponuje zasobami finansowymi [Byworth 2013].

WHO, UNICEF i UNPFA podkreślają, że rządy wielu państw (szczególnie pierwsze damy) angażują się w eliminowanie praktyki wczesnych małżeństw. Efektem tych działań jest powolne podwyższanie wieku zawarcia związku przez kobiety. Np. w Bangladeszu średnia wieku pierwszego małżeństwa dla 15–19 latek wyniosła 16,6 lat, a obecne 45–49 latki wyszły za mąż mając średnio 14,9 lat [DHS, 2011].

Tab. 34. Odsetek kobiet w wieku 20–24 lata poślubionych przed ukończeniem 15 lub 18 lat i odsetek mężczyzn żonatych przed ukończeniem 20 lat

Państwo	Przed ukończeniem 15 lat	Przed ukończeniem 18 lat	Odsetek mężczyzn	Stan na
Afryka				
Burkina Faso	10,2	51,6	1,6	2010 r.
Burundi	2,5	20,4	1,4	2010 r.
Etiopia	16,3	41,0	2,4	2011 r.
Gabon	5,6	21,9	1,4	2012 r.
Gambia	9,3	30,4	0,3	2013 r.
Gwinea	21,3	51,7	1,3	2012 r.
Kamerun	13,4	38,4	2,3	2011 r.
Kenia	4,4	22,9	0,7	2014 r.
Madagaskar	14,4	48,2	11,4	2009–10 r.
Mali	22,8	59,6	2,1	2012–13 r.
Niger	28,0	76,3	2,6	2012 r.
Senegal	12,0	32,9	0,7	2010–11 r.
Togo	5,5	21,8	0,6	2013–14 r.
WKS	9,8	33,2	0,8	2011–12 r.
Azja				
Bangladesz	29,1	64,9	2,1	2011 r.
Filipiny	2,0	15,0	b. danych	2013 r.
Jordania	0,3	8,4	b. danych	2013 r.
Kambodża	1,9	18,5	3,2	2014 r.
Nepal	10,1	40,7	7,1	2011 r.
Pakistan	2,8	21,0	2,4	2012–13 r.

Źródło: opr. własne na podstawie *Enquête Démographique et de Santé et à Indicateurs Multiples* oraz *Demographic and Health Survey* poszczególnych państw

Małżeństwo dziecka jest coraz częściej postrzegane jako naruszenie praw dziewcząt, ponieważ:

- kładzie kres edukacji i ogranicza nabycie umiejętności zawodowych; w niektórych krajach, np. w Bangladeszu i Malawi, zaledwie 7% dziewcząt, które wyszły za mąż przed 18 r. życia korzysta z programów wsparcia, kontynuuje edukację i rozwija swój potencjał. Małżeństwo zamyka im „drzwi do szkoły”. Oznacza to, że w przyszłości będą miały niewielkie szanse na znalezienie pracy i samodzielność finansową [Byworth, 2013, zob. też *L'éducation des filles...*, 2005];

- stwarza ryzyko wczesnej ciąży i macierzyństwa zanim dziewczynka stanie się dojrzała fizycznie i psychicznie. Liczba martwych urodzeń i zgonów noworodków jest wyższa o 50% wśród matek w wieku poniżej 20 lat, niż u kobiet ciężarnych między 20 a 29 lat.;
- zwiększa ryzyko przemocy seksualnej i zakażenia HIV. Według ONZ dziewczęta poniżej 18 roku życia są bardziej narażone, na przemoc ze strony swojego partnera, szczególnie w przypadku znacznej różnicy wieku między małżonkami [*Mariages précoces: 39 000 filles...*, 2013]. Często zdarza się też, że dziewczynki, które nie chcą poślubić wybranego przez rodziców małżonka lub wybierają partnera wbrew ich woli są karane, a nawet stają się ofiarami „zbrodni honorowych” popełnionych przez rodziny;

Tab. 35. Odsetek kobiet w wieku 15–19 lat będących w związkach poligamicznych

Państwo	2 żona	3 żona	Stan na
Afryka			
Burkina Faso	18,9	5,5	2010 r.
Burundi	2,4	–	2010 r.
Etiopia	2,9	0,3	2011 r.
Gabon	6,5	–	2012 r.
Gambia	13,1	2,7	2013 r.
Gwinea	18,8	4,5	2012 r.
Kamerun	14,9	3,7	2011 r.
Kenia	2,9	0,3	2014 r.
Mali	19,0	1,1	2012–13 r.
Niger	18,1	1,4	2012 r.
Senegal	11,0	1,9	2010–11 r.
Togo	16,9	2,8	2013–14 r.
WKS	14,0	2,3	2011–12 r.
Azja			
Jordania	0,5	–	
Kambodża	0,6	1,2	2014 r.
Nepal	1,1	–	2011 r.
Pakistan	1,6	–	2012–13 r.

Źródło: opr. własne na podstawie *Enquête Démographique et de Santé et à Indicateurs Multiples* oraz *Demographic and Health Survey* poszczególnych państw

- sprzyja izolacji i wykorzystaniu fizycznemu i psychicznemu przez rodzinę męża. Nastoletnie żony pozostają bez wsparcia, rodziny, przyjaciół i własnego zdania. Nie mogą się wypowiedzieć ani w sprawach prowadzenia gospodarstwa domowego, ani tym bardziej w kwestiach swojego życia. W niektórych społecznościach Azji Południowej teściowie widzą w nieletniej synowej „młode i wydajne ręce do pracy”. W przypadku niespełnienia oczekiwań, nie jest rzadkością stosowanie

tortur, gwałtu, głodzenia, czy nawet spalenia żywcem [*The Causes, Consequences and Solutions...*, 2010]. Dziewczęta zaraz po ślubie muszą też przeprowadzić się do domu (najczęściej wiele lat starszego) męża i żyć, nie tylko z nim, ale jego rodzicami i często wcześniej poślubionymi żonami. Poligamia w krajach afrykańskich nie jest rzadkością (tab. 35). W Mali, Nigrze czy Gwinei ponad 18% nieletnich jest drugimi żonami, a w Burkina Faso aż 5,5% trzecimi. Wśród mężczyzn tworzenie związków poligamicznych wzrasta wraz z wiekiem np. w Gambii 0,5% mężczyzn w wieku 20–24 lata ma dwie żony, a wieku 45–19 lat już 41,2% [DHS, 2013]. Podobną tendencję odnotowano we wszystkich omawianych krajach.

Afrykańskie dziewczęta z chwilą zawarcia związku małżeńskiego muszą udowodnić swoje możliwości prokreacyjne. W omawianych krajach najwyższy wskaźnik płodności wśród nastolatek odnotowano: w państwach afrykańskich w Nigrze 206, Mali 172, na Madagaskarze 148, a w Azji: w Bangladeszu 118 i Nepalu 81 (tab. 36). Z badań realizowanych przez WHO wynika, że z roku na rok wskaźnik płodności się powoli się obniża [*La grossesse chez les adolescents*, 2014].

Tab. 36. Wskaźnik płodności dziewcząt w wieku 15–19 lat na 1000 kobiet w wybranych krajach

Państwo	Wskaźnik płodności	Stan na
Afryka		
Burkina Faso	130	2010 r.
Burundi	65	2010 r.
Gabon	114	2012 r.
Gambia	88	2013 r.
Gwinea	146	2012 r.
Kamerun	127	2011 r.
Kenia	96	2014 r.
Madagaskar	148	2009–10 r.
Mali	172	2012–13 r.
Niger	206	2012 r.
Senegal	93	2010–11 r.
Togo	84	2013–14 r.
WKS	129	2011–12 r.
Azja		
Bangladesz	118	2011 r.
Filipiny	57	2013 r.
Indonezja	48	2012 r.
Jordania	26	2013 r.
Kambodża	57	2014 r.
Nepal	81	2011 r.
Pakistan	44	2012–13 r.

Źródło: opr. własne na podstawie *Enquête Démographique et de Santé et à Indicateurs Multiples* oraz *Demographic and Health Survey* poszczególnych państw

Płodność nastolatek w krajach rozwijających się najlepiej można zauważyć analizując dane dotyczące liczby dzieci. Tylko jedno dziecko posiada 2,9% nastolatek z Jordanii i aż 24,9% z Mali, dwoje dzieci ma 0,2% Indonezyjek i 7,9% mieszkanek Nigru. Troje potomstwa ma np. 0,1% mieszkanek Pakistanu, Filipin i Indonezji i 1,2% Nigru i Madagaskaru. Czworo lub więcej dzieci odnotowano u nastolatek z 5 państw (Gambii, Mali, Madagaskaru, Nigru i Senegalu), (tab. 37).

Tab. 37. Ilość posiadanych dzieci przez kobiety w wieku 15–19 lat w %

Państwo	1 dziecko	2 dzieci	3 dzieci	4 lub więcej dzieci	Stan na
Afryka					
Burkina Faso	16,1	2,5	0,2	–	2010 r.
Burundi	5,9	0,7	–	–	2010 r.
Gabon	18,4	3,7	0,3	–	2012 r.
Gambia	12,5	1,6	0,2	0,1	2013 r.
Gwinea	21,8	5,6	0,6	–	2012 r.
Kamerun	15,6	4,5	0,7	–	2011 r.
Kenia	12,1	2,3	0,2	–	2014 r.
Madagaskar	20,0	4,7	1,2	0,1	2009–10 r.
Mali	24,9	7,0	1,0	0,2	2012–13 r.
Niger	23,6	7,9	1,2	0,1	2012 r.
Senegal	11,4	3,5	0,5	0,2	2010–11 r.
Togo	11,9	1,3	–	–	2013–14 r.
WKS	18,0	4,7	0,3	–	2011–12 r.
Azja					
Bangladesz	20,8	3,3	0,3	–	2011 r.
Filipiny	6,8	0,8	0,1	–	2013 r.
Indonezja	6,6	0,2	0,1	–	2012 r.
Jordania	2,9	0,6	–	–	2013 r.
Kambodża	6,7	0,6	–	–	2014 r.
Nepal	10,4	1,7	–	–	2011 r.
Pakistan	4,6	0,8	0,1	–	2012–13 r.

Źródło: opr. własne na podstawie *Enquête Démographique et de Santé et à Indicateurs Multiples* oraz *Demographic and Health Survey* poszczególnych państw

Okolo 16 mln dziewcząt w wieku od 15 do 19 lat i 2 miliony dziewcząt poniżej 15 roku rodzi rocznie. Globalnie, jedna na pięć dziewcząt urodziła w wieku 18 lat. W najbiedniejszych częściach świata liczba ta wzrasta do jednej na trzy. Praktycznie wszystkie porody nastoletnich matek (95%) występują w krajach rozwijających się, w rodzinach najbiedniejszych, niewykształconych i zamieszkujących tereny

wiejskie. Najwyższy odsetek nieletnich matek w państwach afrykańskich odnotowano: w Nigrze 73,1% i Mali 68,9%, najniższy w Burundi 7%. W krajach Azji Południowej najwięcej urodzeń przez dziewczęta do 17 r. życia odnotowano w Bangladeszu 54,8%, najmniej w Jordanii 4,2% i Pakistanie 4,6% (tab. 38).

Tab. 38. Odsetek kobiet w wieku 15–17 lat, które urodziły lub są w ciąży

Państwo	Odsetek kobiet	Stan na
Afryka		
Burkina Faso	26,2	2010 r.
Burundi	7,0	2010 r.
Gabon	53,1	2012 r.
Gambia	33,2	2013 r.
Gwinea	62,0	2012 r.
Kamerun	42,1	2011 r.
Kenia	26,2	2014 r.
Madagaskar	53,9	2009–10 r.
Mali	68,9	2012–13 r.
Niger	73,1	2012 r.
Senegal	30,7	2010–11 r.
Togo	21,5	2013–14 r.
WKS	48,1	2011–12 r.
Azja		
Bangladesz	54,8	2011 r.
Filipiny	15,6	2013 r.
Indonezja	12,6	2012 r.
Jordania	4,2	2013 r.
Kambodża	12,3	2014 r.
Nepal	16,3	2011 r.
Pakistan	4,6	2012–13 r.

Źródło: opr. własne na podstawie *Enquête Démographique et de Santé et à Indicateurs Multiples* oraz Demographic and Health Survey poszczególnych państw

Celem ograniczenia płodności rządy państw współpracują z wieloma organizacjami tj. UNICEF, UNPFA, UNGEI⁵, a także z przywódcami plemiennymi i religijnymi. Organizują wiele kampanii uświadamiających skierowanych nie tylko do

5 UNGEI – United Nation Girls’ Education Initiative, organizacja działająca w ramach UNICEF na rzecz edukacji dziewcząt. Powołana w 2000 r. na Światowym Forum Edukacji w Dakarze przez ówczesnego Sekretarza Generalnego ONZ Kofiego Annana [www.unicef.org.]

nastolatek, ale przed wszystkim do ich rodzin. Najbardziej zaangażowana w eliminowanie praktyk nieletniego rodzicielstwa i wczesnych małżeństw jest Pierwsza Dama Burkina Faso. Dzięki jej pracy zarówno na arenie międzynarodowej (występowała m.in. przed Zgromadzeniem Ogólnym ONZ), jak i krajowej odnotowano tam największy spadek ciąż wśród nieletnich dziewcząt; 28,2% dzisiejszych 20–24 latek urodziło dzieci przed 15 r. życia i tylko 2,4% dzisiejszych 15–19 latek. W pozostałych krajach (poza Filipinami) również zaobserwowano spadek urodzeń wśród 15 latek, ale nie tak znaczący (tab. 39).

Tab. 39. Odsetek dziewczynek, które zostały matkami do 15 r. życia, dla kategorii kobiet 15–19 lat oraz 20–24 lata

Państwo	15–19 lat	20–24 lata	Stan na
Afryka			
Burkina Faso	2,4	28,2	2010 r.
Burundi	0,3	1,1	2010 r.
Etiopia	1,0	3,0	2011 r.
Gabon	3,1	4,5	2012 r.
Gambia	1,8	4,1	2013 r.
Gwinea	5,5	10,7	2012 r.
Kamerun	3,4	6,4	2011 r.
Kenia	1,4	4,1	2014 r.
Madagaskar	4,4	7,9	2009–10 r.
Mali	8,1	13,6	2012–13 r.
Niger	4,9	9,9	2012 r.
Senegal	3,2	5,7	2010–11 r.
Togo	1,3	2,5	2013–14 r.
WKS	3,8	5,8	2011–12 r.
Azja			
Bangladesz	3,5	8,8	2011 r.
Filipiny	0,4	0,3	2013 r.
Kambodża	0,2	0,4	2014 r.
Nepal	0,3	1,4	2011 r.
Pakistan	0,1	0,8	2012–13 r.

Źródło: opr. własne na podstawie *Enquête Démographique et de Santé et à Indicateurs Multiples* oraz *Demographic and Health Survey* poszczególnych państw

Istnieje wiele aspektów przyczyniających się do zjawiska maksymalizacji nieletnich ciąż:

- W wielu afrykańskich plemionach dziewczynki są wychowywane w przeświadczeniu, że ich jedyną rolą w życiu jest rodzenie dzieci;
- Nastolatki (głównie pochodzące z rodzin niewykształconych, biednych i zamieszkujące tereny wiejskie) nie posiadają wiedzy na temat antykoncepcji i/lub mają do niej ograniczony dostęp; czasami muszą prosić o pozwolenie na ich zastosowanie swojego męża;
- Brak edukacji seksualnej; szacuje się, że tylko 36% mężczyzn i 24% kobiet w wieku od 15 do 24 lat w krajach o niskich i średnich dochodach posiada wszechstronną i poprawną wiedzę, ale głównie na temat sposobów zapobiegania HIV. W Senegalu rząd otwarcie stwierdza, że przyczyną ciąż jest brak edukacji seksualnej. Dziewczęta wchodzą w życie seksualne bez wiedzy na temat fizjologii zapłodnienia, czy antykoncepcji. W domach tematy te nie są poruszane, a edukacja seksualna w szkole praktycznie nie istnieje [Bangré, 2011];
- Niemożność odmowy współżycia seksualnego. Kobieta nie może powiedzieć „nie chcę, nie dzisiaj”. Szacuje się, że ponad 1/3 dziewcząt odbyła pierwszy stosunek seksualny pod przymusem [*La grossesse chez les adolescents*, 2014].

W omawianych krajach azjatyckich średnia liczba dzieci wśród kobiet w wieku rozrodczym wynosi od 2,2 w Nepalu do 3,8 w Pakistanie. Zdecydowanie więcej dzieci posiadają kobiety w Afryce od 3,9 w Kenii do 7,6 w Nigrze. Jednak nastolatki powoli zaczynają widzieć potrzebę zmian, nie chcą, aby o ich płodności decydowali mężczyźni. Z wyjątkiem mieszkańek 4 państw (Kamerunu, Nigru, Indonezji i Pakistanu) nastolatki opowiadają się za ograniczeniem liczby dzieci. (tab. 40). W Bangladeszu opinia na temat optymalnej liczby dzieci jest zgodna z rządowymi wytycznymi [DHS, 2011].

Ciąża nastolatki jest głównym czynnikiem śmiertelności matek i dzieci, ich złego stanu zdrowia oraz trwania w „zaklętym kręgu biedy”. W krajach rozwijających się przed 18 r. życia rodzą najczęściej pochodzące z biednych rodzin analfabетки. Po ślubie są uzależnione od mężów i ich rodzin i nie mają możliwości przekazania swoim dzieciom (córkom) innego modelu życia. Kluczowy dla współczesnego ubóstwa jest problem trwałości, czyli tak zwanej reprodukcji biedy, pozostawiania w błędnym kole niedostatku, trwania i odtwarzania się w następnych pokoleniach mechanizmów wyrzucających całe kategorie ludzi na margines życia społecznego, prowadzących do ich trwałej marginalizacji i wykluczenia, a także do tworzenia się tak zwanej underclass, rozumianej jako efekt wielowymiarowej deprivacji biedy skumulowanej, skoncentrowanej i utrwalonej. Oscar Lewis w 1959 roku po raz pierwszy użył terminu *culture of poverty*. Wyodrębniając „kulturę ubóstwa” podkreślał, że zaproponowana przez niego perspektywa kieruje uwagę na coś więcej niż tylko upośledzenie ekonomiczne (Lewis, 1964) [za: Tarkowska, 2000]. Zaniedbanie i dyskryminacja córek, pozbawianie ich

Tab. 40. Średnia liczba posiadanych dzieci u kobiet w wieku 15–49 lat oraz poglądy na temat optymalnej liczby dzieci dla kategorii wiekowej 15–19 lat w wybranych krajach

Państwo	Średnia liczba dzieci	Optymalna liczba dzieci	Stan na
Afryka			
Burkina Faso	6,0	4,8	2010 r.
Burundi	6,1	4,1	2010 r.
Gabon	6,6	3,8	2012 r.
Gambia	5,6	5,4	2013 r.
Gwinea	5,8	5,1	2012 r.
Kamerun	4,5	4,9	2011 r.
Kenia	3,9	3,2	2014 r.
Madagaskar	4,8	4,1	2009–10 r.
Mali	6,1	5,2	2012–13 r.
Niger	7,6	8,1	2012 r.
Senegal	5,7	5,0	2010–11 r.
Togo	4,8	3,8	2013–14 r.
WKS	5,0	4,5	2011–12 r.
Azja			
Bangladesz	3,6	2,0	2011 r.
Indonezja	2,2	2,5	2012 r.
Jordania	3,5	3,4	2013 r.
Nepal	2,6	2,2	2011 r.
Pakistan	3,8	4,0	2012–13 r.

Źródło: opr. własne na podstawie *Enquête Démographique et de Santé et à Indicateurs Multiples* oraz *Demographic and Health Survey* poszczególnych państw

możliwości edukacji, zamykanie „w kręgu biedy” zwłaszcza w społeczeństwach o silnej preferencji męskiego potomka było wielokrotnie poruszane na seminariach Organizacji Narodów Zjednoczonych. Obradujący uznali, że wczesne małżeństwo pozbawia dziewczynki dzieciństwa i przyszłości. Zamiast bawić się z przyjaciółmi, uczęszczać do szkoły i marzyć o karierze, są zmuszone do odbywania stosunków seksualnych, rodzenia dzieci. Badania międzynarodowe wykazują, że poziom wykształcenia jest znaczącym czynnikiem chroniącym przed wczesnym zamążpójściem i w konsekwencji wczesną ciążą [*La grossesse chez les adolescents*, 2014]. Ale na budowę szkół i możliwość uczestnictwa dziewcząt w edukacji muszą zgodzić się przywódcy plemienni i religijni, ojcowie, mężowie, wujkowie, bracia – czyli mężczyźni.

4. Statystyka aborcji i stosowania antykoncepcji

W Afryce aborcja jest legalna w RPA, Tunezji i na Wyspach Zielonego Przylądka. Zakazana np. w: Angoli, Kongo, Egipcie, Gabonie, Gwinei Bissau, Senegal, na Madagaskarze, na Wyspach Świętego Tomasza i Książęcych. W pozostałych państwach jest dopuszczana z pewnymi ograniczeniami np. w celu chronienia życia, zdrowia kobiety, gwałtu czy kazirodztwa [*Les faits sur l'avortement en Afrique*, 2015]. Pomimo zakazów, jak podają organizacje międzynarodowe wskaźniki aborcji w Afryce są najwyższe w świecie. Np. dla kategorii wiekowej 15–19 lat wskaźnik ten wyniósł 26/1000, a w Azji 9/1000 [*Adolescent Pregnancy*, 2013]. Najwięcej zabiegów przerywania ciąży odnotowuje się w Afryce Wschodniej 2,5 mln rocznie, najmniej w Południowej 0,2 mln. Rosnąca liczba zabiegów jest związana z dużą liczbą kobiet w wieku rozrodczym. WHO alarmuje, że pomimo wysokiego wskaźnika aborcji opieka medyczna w większości krajów na tym kontynencie jest na bardzo niskim poziomie, a wiele kobiet po prostu nie ma do niej dostępu. W 2014 roku, co najmniej 16 000 (9%) zgonów było wynikiem „niebezpiecznej aborcji”. Szacuje się, że co roku ok. 1,6 miliona kobiet jest z tego powodu hospitalizowanych. Najczęstsze powikłania po „niebezpiecznej aborcji” to tzw. aborcja niekompletna, nadmierna utrata krwi i zakażenia. Rzadsze, ale poważne powikłania to wstrząs septyczny, przebicie narządów wewnętrznych i zapalenie otrzewnej. Na fachową opiekę przed, po porodzie, a także po aborcji mogą liczyć kobiety z RPA. Nigeryjki natomiast najczęściej korzystają z usług tradycyjnych uzdrowicieli, co powoduje, że w tym kraju odnotowuje się największą liczbę kobiet z powikłaniami poaborcyjnymi.

O podejściu do aborcji w krajach rozwijających się mogą posłużyć dwa przykłady z różnych kontynentów.

W Gabonie przerwanie ciąży jest czynem zabronionym przez prawo. Jednak wyniki ankiet przeprowadzonych zarówno w 2000 r. jak i w 2012 r. [EDSG, 2013] wykazały znaczny odsetek kobiet (23%), które przynajmniej raz w życiu dokonały zabiegu przerywania ciąży. 4,8% badanych kobiet w wieku 15–19 lat dokonało jednej aborcji, 0,3% dwóch, a 0,1% trzech. 0,4% badanych pierwszy raz usunęło ciążę mając mniej niż 15 lat. Najczęstszymi powodami wykonania zabiegu były: decyzja rodziców 27,6%, chęć powrotu do szkoły 24,7%, zbyt młody wiek 22,0%, zbyt krótki odstęp pomiędzy kolejnymi ciążami 10,2%, przyczyny ekonomiczne 8,0%. U 26,3% wystąpiły komplikacje poaborcyjne [EDSG, 2013].

W Kambodży aborcja została zalegalizowana w 1997 roku. Zgodnie z ustawą zabiegi mogą być przeprowadzone wyłącznie przez lekarzy, położnych lub osoby upoważnione przez Ministerstwo Zdrowia w szpitalu lub ośrodkach zdrowia do 12 tygodnia ciąży. Do dokonania jednego zabiegu aborcji przyznało się 0,1% nastolatek do 19 r. życia, do dwóch 0,2%, najczęstszą przyczyną był zbyt młody wiek [CDHS, 2015].

Wiele organizacji zajmujących się problematyką aborcji łączy to zjawisko m.in. z niestosowaniem antykoncepcji. Systematycznie realizowane przez WHO, przy

współpracy UNFPA i UNICEF, badania dotyczące zdrowia w krajach rozwijających się (Enquête Démographique et de Santé (EDS), Demographic and Health Surveys (DHS) ukazują zmianę podejścia mieszkanek tych regionów do antykoncepcji. W Afryce najczęściej deklarują stosowanie nowoczesnej antykoncepcji nastolatki z Gabonu (24,2%), w Azji z Bangladeszu (42,4%). Najrzadziej Gambijki (0,8%) i Kambodżanki (3,2%) (tab. 41). Bez względu na kontynent i kraj pochodzenia stosowanie nowoczesnej antykoncepcji (zastrzyki, implanty) czy w ogóle antykoncepcji, najbardziej rozpowszechnione jest na terenach miejskich i wśród nastolatek z wykształceniem średnim (przeciętnie 3 razy większe). Nieletnie (niewykształcone) matki najczęściej nie mają żadnej wiedzy o środkach zapobiegania ciąży, często nie wiedzą też, że takie środki istnieją lub do czego służą. Nieliczne z nich stosują metody tradycyjne (zioła, napary, herbaty). W zależności od kraju stosowanie tych metod waha się od 0,2% do 2,0%.

Tab. 41. Stosowanie nowoczesnej antykoncepcji wśród kobiet w wieku 15–19 lat w %

Państwo	Odsetek stosujących	Stan na
Afryka		
Burkina Faso	5,9	2010 r.
Burundi	1,5	2010 r.
Gabon	24,2	2012 r.
Gambia	0,8	2013 r.
Gwinea	4,4	2012 r.
Kamerun	12,1	2011 r.
Kenia	9,3	2014 r.
Madagaskar	13,9	2009–10 r.
Mali	5,5	2012–13 r.
Niger	4,4	2012 r.
Senegal	1,9	2010–11 r.
Togo	10,1	2013–14 r.
WKS	11,9	2011–12 r.
Azja		
Bangladesz	42,4	2011 r.
Filipiny	15,6	2013 r.
Indonezja	6,2	2012 r.
Jordania	20,7	2013 r.
Kambodża	3,2	2014 r.
Nepal	4,2	2011 r.
Pakistan	6,9	2012–13 r.

Źródło: opr. własne na podstawie *Enquête Démographique et de Santé et à Indicateurs Multiples* oraz Demographic and Health Survey poszczególnych państw

Globalnie używanie środków antykoncepcyjnych wzrosło z 54% w 1990 do 57,4% w roku 2014 r. Pomimo wzrostu stosowania antykoncepcji szacuje się, że 225 milionów kobiet w krajach rozwijających się ciągle jest pozbawionych jej stosowania lub jej nie stosuje głównie z powodów:

- ograniczonej wiedzy i ograniczonego wyboru metod;
- ograniczonego dostępu, zwłaszcza wśród młodych ludzi z najuboższych grup ludności lub niezamężnych par;
- strachu przed skutkami ubocznymi;
- oporów kulturowych lub religijnych;
- niskiej jakości środków;
- wysokiej ceny;
- życia w patriarchalnej rodzinie (należy uzyskać zgodę na zastosowanie środków od partnera) [*Planification familiale/Contraception, 2015, Mariages précoces, grossesses...*, 2012].

Część II

Pomoc socjalna nieletnim matkom

Pomoc socjalna nieletnim matkom

Bez względu na kontynent czy kraj pochodzenia, nastoletnie matki najczęściej wywodzą się ze środowisk biednych, zaniedbanych edukacyjnie, kulturowo i/lub zamieszkują tereny wiejskie. W krajach rozwiniętych śluby przed osiągnięciem pełnoletniości zdarzają się rzadko, przeważnie występują w rodzinach silnie przywiązanych do tradycji i religii. Badacze [Kempińska, 2012 a, 2013, Blais, 2005] podkreślają, że dominującą rolę przy podejmowaniu decyzji o małżeństwie odgrywają rodzice dziewczyny. Cięża nieletnich natomiast (ale nie porody) nie są już zjawiskiem marginalnym. Państwa europejskie, Australia, USA i Kanada swoje działania w eliminowaniu rozrodczości nieletnich skupiają na propagowaniu świadomego rodzicielstwa, organizowaniu kampanii uświadamiających, współpracy ze szkołą, a z chwilą urodzenia dziecka na zasiłkach i pomocy socjalnej. W krajach rozwijających się „wczesne małżeństwo” i „wczesne macierzyństwo” są ze sobą zazwyczaj ściśle sprzężone. Rządy państw, chcąc minimalizować występowanie tych zjawisk, muszą najpierw dotrzeć czasami do odległych wiosek, oszacować liczbę nieletnich dziewcząt siłą wydanych za mąż i zacząć żmudną pracę z rodzinami, a przede wszystkim z przywódcami religijnymi i plemiennymi. Stosunki seksualne 15 letnich lub młodszych dziewcząt z Afryki czy Azji Południowej są aranżowane przez rodziny, a ciąża jest wynikiem braku wiedzy o antykoncepcji i koniecznością udowodnienia swojej płodności. Nastolatki z tych krajów mają niedostateczny dostęp do informacji z zakresu zdrowia seksualnego i reprodukcyjnego, które są konieczne, żeby zapobiegać niechcianym ciążom, niebezpiecznym aborcjom oraz chorobom przenoszonym drogą płciową, w tym HIV. Muszą walczyć z tradycją akceptującą „sprzedaż” córek. Kontakty seksualne europejskich czy amerykańskich nastolatków, są zazwyczaj podejmowane dobrowolnie, a ciąża jest konsekwencją niefrasobliwości lub nieregularnego stosowania antykoncepcji. Polityka rodzinna, system wsparcia dla nieletnich w krajach najbiedniejszych mają więc inny wymiar i zakres niż w państwach bogatszych.

Rozdział 1.

System wsparcia dla „wczesnych małżeństw” i nieletnich matek w wybranych krajach rozwijających się

11 października 2012 r. obchodzono ustanowiony przez ONZ Pierwszy Międzynarodowy Dzień Córek. Koncentrował się przede wszystkim na sposobach położenia kresu wczesnym małżeństwom. Ten dzień poświęcony był dziewczętom – córkom, a nie dziewczętom – żonom. Arcybiskup Desmond Tutu zaapelował, żeby do końca 2030 roku żadna dziewczynka, która urodziła się w 2012 roku nie wyszła za mąż przed ukończeniem 18 lat [*Cartographie du mariage précoce...*, 2013]. Praktyka przymusowych małżeństw dzieci stoi w bezpośredniej sprzeczności z Milenijnymi Celami Rozwoju. ONZ uznała „wczesne małżeństwo” za hamulec rozwoju najuboższych państw [Byworth, 2013].

Celem ochrony młodych ludzi przed wczesnymi małżeństwami wiele krajów, w których zjawisko to jest praktykowane ratyfikowało m.in. następujące dokumenty:

- Konwencja ONZ z 1964 r. dotycząca wydawania zgody na małżeństwo i minimalnego wieku do jego zawarcia (art. 1 i 2);
- 1981 r. Afrykańska Karta Praw Człowieka i Obywatela (*Charte Africaine des Droits de l’Homme et des Peuples*); zgodnie z art. 21 aranżowanie ślubów dzieci powinno być zakazane;
- Deklaracja z Bamako z 29 marca 2001;
- Protokół dotyczący płci i rozwoju społecznego w Afryce Południowej z 2003 r. (*Genre et développement de la communauté de l’Afrique Australe*) [Ngouana, 2015].

W kwietniu 2000 r. z inicjatywy Organizacji na Rzecz Edukacji Dziewcząt (UNGEI) odbyło się w Dakarze Światowe Forum Edukacji, którego celem było podniesienie świadomości znaczenia nauki dla dziewcząt i stworzenie systemu wsparcia w tej kwestii na poziomach krajowych, regionalnych i międzynarodowych. Efektem Forum były dwa spotkania: w Nairobi w czerwcu 2004, poświęcone Afryce Subsaharyjskiej i w Chandigarh w Indiach we wrześniu 2004 r., poświęcone Azji. Wnioski z obrad zostały omówione podczas konsultacji ministrów zorganizowanej przy okazji międzynarodowej konferencji UNESCO na temat edukacji, która odbyła się w Ge-

newie we wrześniu 2004 roku. Argumenty na rzecz propagowania uniwersalnych praw człowieka i równości płci w edukacji znalazły się w Milenijnych Celach Rozwoju [*L'éducation des filles...*, 2005].

Ponadto odbyły się także: konferencja specjalistów w celu promowania edukacji dziewcząt i kobiet z Afryki Zachodniej w Beninie w 2008 roku; konferencja na temat edukacji dziewcząt i dzieci niepełnosprawnych w Niamey, Niger w 2009 roku; konferencja zrealizowana wspólnie przez CÉDÉAO¹ i Międzynarodową Organizacją Pracy (OIT) w 2012 roku w Togo [*Cartographie du mariage précoce...*, 2013, zob. też *Mise en ouvre de l' Agenda du travail décent en Afrique de l'Ouest*, 2013].

W 2010 r. została zapoczątkowana przez Sekretarza Generalnego ONZ Globalna Strategia na Rzecz Zdrowia Kobiet i Dzieci.

W maju 2011 r. Światowa Organizacja Zdrowia przyjęła rezolucję wzywającą państwa członkowskie do przyspieszenia działań w celu poprawy stanu zdrowia młodzieży. WHO opracowało we współpracy z UNFPA wytyczne dotyczące sposobu zapobiegania wczesnej ciąży i jej negatywnych skutków w krajach o niskim lub średnim dochodzie. Wytyczne oparte zostały na systematycznym przeglądzie istniejących badań, a także na konsultacjach z decydentami, menedżerami programów i pracownikami służby zdrowia. Zalecenia, które kraje powinny podjąć dotyczą:

- zmniejszenia liczby małżeństw zawartych przed ukończeniem 18 lat;
- zwiększenia poziomu wiedzy o antykoncepcji;
- walki z przemocą seksualną;
- zmniejszenia liczby niebezpiecznych aborcji;
- wykorzystania wykwalifikowanej opieki medycznej przed i po porodzie [*La grossesse chez les adolescents*, 2014].

Niektóre kraje chcąc przeciwdziałać tym praktykom także:

- przekazują rodzinom środki finansowe na utrzymanie córek;
- angażują media ogólnokrajowe, regionalne i lokalne, celem uwrażliwienia społeczeństw na sytuację nieletnich żon i matek;
- wzmacniają rolę administracji publicznej na wszystkich szczeblach; projektują, wdrażają i sfinansują główne programy przeciwdziałające małżeństwom dzieci [Byworth, 2013].

Przywódcy 17 państw Afryki Zachodniej podjęli współpracę z międzynarodowymi organizacjami rządowymi i pozarządowymi i wyrazili zgodę na realizację programów mających na celu przeciwdziałanie wczesnym ślubom [*Cartographie du mariage précoce...*, 2013]. Przed rozpoczęciem realizacji każdego programu koordynatorzy musieli najpierw dotrzeć do często izolowanych dziewcząt i zachęcić je do współpracy. Później musieli wspierać je i ich rodziców. Dorośli, którzy mają odwagę sprzeciwić się tradycji są napiętnowani w swojej społeczności i narażeni na ostracyzm.

1 CÉDÉAO La Communauté économique des États de l'Afrique de l'Ouest, (Wspólnota Gospodarcza Państw Afryki Zachodniej)

Realizowane programy koncentrowały się na następujących zagadnieniach:

- 1) Zapewnieniu dziewczętom podstawowych umiejętności życiowych, takich jak liczenie, pisanie, czytanie, korzystanie z telefonu i wyrażania swoich potrzeb;
- 2) Podnoszeniu świadomości i zaangażowania rodziców, nauczycieli, przywódców religijnych i innych wpływowych osób dorosłych w celu wyeliminowania przymusowych małżeństw dzieci. Rodzice np. brali udział w szkoleniu z „kultury oszczędności” jako jednego ze sposobów radzenia sobie z biedą;
- 3) Pracy z młodymi ludźmi, w tym z chłopcami, w celu zrozumienia i budowania wzajemnego wsparcia dla idei zapobiegania przymusowym małżeństwom. Młodzieży zostały także dostarczone informacje z zakresu zdrowia seksualnego i reprodukcyjnego;
- 4) Wzmocnieniu programów edukacyjnych w celu zapewnienia ukończenia szkoły przez dziewczęta [*Adolescent Pregnancy*, UNFPA, 2013].

Najwięcej programów zrealizowano w Nigerii 25, najmniej w Gwinei Bissau, WKS i na Wyspach Zielonego Przylądka – po 4. Realizacja programów przyniosła wymierny efekt. Współdziałanie z przywódcami religijnymi i plemiennymi oraz mobilizacja sił tkwiących w społecznościach lokalnych sprzyjały edukacji dziewcząt i opóźniły wiek zawarcia przez nie związku małżeńskiego [*Cartographie du mariage précoce...*, 2013]. W niektórych regionach odsetek nieletnich żon zmniejszył się o 20% [*Adolescent Pregnancy*, UNFPA, 2013].

Poniżej przedstawiono wybrane programy realizowane w krajach afrykańskich:

- W Wybrzeżu Kości Słoniowej wykorzystano popularność piłki nożnej w celu podniesienia świadomości ochrony dzieci przed przemocą;
- W Ghanie realizowano projekt „Piłka nożna dla kobiet” przeznaczony dla dziewcząt, które po zajściu w ciążę musiały opuścić szkołę;
- „Eliminacja małżeństwa dzieci w Burkina Faso”. Projekt ten był finansowany przez Fundusz Powierniczy ONZ na rzecz bezpieczeństwa ludzi (Fonds des Nations) i UNICEF. Głównym celem była poprawa edukacji, stanu zdrowia i sytuacji społecznej dziewcząt, przy współudziale liderów społeczności lokalnych. Projektem objęte zostały zarówno nastolatki zagrożone wczesnym małżeństwem, jak kobiety już zamężne;
- „Program przeciwko przemocy wobec kobiet w Mali” sfinansowany przez Norwegian Church Aid i organizację NORAD. Realizatorzy współpracowali z trzema lokalnymi partnerami w celu wyeliminowania FGM i wczesnego małżeństwa. Informowali ludzi decydujących o losach dziewcząt, czyli rodziców i liderów religijnych o szkodliwości tych praktyk społecznych i o przepisach prawa na poziomie krajowym i międzynarodowym;
- „Dziewczyny do szkoły” (Girls to School) realizowany w Mauretanii przez ANFE, głównym celem programu było zapewnienie możliwości kontynuowania edukacji dziewczętom;

- „Program dla młodzieży będącej w związku małżeńskim z Północnej Nigerii” (Programme pour les adolescents mariés dans le Nord du Nigeria) sfinansowany przez USAID i wdrożony przez Radę Ludności przy współudziale AHIP, Trust islamique pour l'éducation i FOMWAN. Projekt promował zdrowie seksualne i reprodukcyjne poprzez dostarczanie informacji o zapobieganiu HIV/AIDS i świadomej prokreacji wśród zamężnych dziewcząt;
- Projekt „Wczesne małżeństwa dziewcząt w Nigrze” wspierany był przez UNICEF i rząd australijski. Miał on na celu podniesienie średniego wieku małżeństwa dla dziewcząt i zwiększenie ich szans edukacyjnych, poprzez mobilizowanie społeczności lokalnych i zachęcanie przywódców do rozmów i współpracy [*Cartographie du mariage précoce...*, 2013];
- Kampania HEART (Helping Each Other Act Responsibly Together (Pomagając sobie wzajemnie działać odpowiedzialnie – Pomóżmy wspólnie działać odpowiedzialnie). Kompleksowy program edukacji seksualnej realizowany w Zambii mający dostarczyć młodym ludziom informacji i umiejętności (odpowiednich dla ich wieku i dostosowanych do kultury kraju), potrzebnych do podejmowania świadomych decyzji prokreacyjnych. Kampania przeznaczona dla młodzieży od 13 do 19 r. życia przyczyniła się do podniesienia świadomości dotyczącej wirusa HIV [*The Causes, Consequences and Solutions...*, 2010].

Aby zlikwidować praktykę wczesnych małżeństw potrzebne jest zaangażowanie i współpraca na szczeblu wspólnotowym, krajowym, regionalnym i międzynarodowym. Rządy, liderzy społeczności lokalnych, rodziny, jeżeli naprawdę chcą respektować prawa kobiet i dzieci powinni:

- umożliwić dziewczętom powrót do nauki, rozwijać w nich umiejętności, które pozwolą im znaleźć źródła utrzymania, uczyć je komunikowania, negocjowania i podejmowania decyzji w sprawach, które mają bezpośredni wpływ na ich życie;
- inicjować programy dla liderów społecznych, przywódców religijnych i rodziców w celu zwiększenia ich poparcia dla prawa dziewcząt do edukacji;
- wspierać programy, które oferują tworzenie bezpiecznych miejsc dla dziewcząt. Burkina Faso jest jednym z najprężniej działających państw afrykańskich w kwestii zwalczania praktyki wczesnych małżeństw i wczesnego rodzicielstwa. Wokół stolicy kraju powstały katolickie ośrodki dające schronienie i służące pomocą dziewczętom, które uciekły z domu ze strachu przed zamążpójściem. Wiele z nich szło do ośrodków tylko nocami, często zmuszane były do ukrywania się na drzewach. Sytuacja ekonomiczna i psychiczna uciekinierek jest poważna. Są wyklęte. Nie mają ze strony rodziny ani moralnego, ani finansowego wsparcia. Jest to ściśle związane z presją, jaką na rodzicach i krewnych wywierają przywódcy religijni. Puksata, lokalna organizacja pozarządowa, współpracuje z ośrodkami w celu umożliwienia dziewczętom kontynuowania

edukacji. Pełni też rolę pośrednika pomiędzy nimi a rodzinami [*Le mariage precoce*, UNICEF, 2001];

- podjąć walkę z dyskryminacją ze względu na płeć, z przemocą, która dokonuje się pod pretekstem religijnym lub kulturowym;
- korzystając ze wsparcia UNICEF, UNFPA i UN Women zapewnić transfery pieniężne, aby zniechęcić rodziny do wydania córek za mąż w zamian za gratyfikację pieniężną od przyszłego zięcia;
- egzekwować przepisy dotyczące minimalnego wieku małżeństwa, karać sprawców²;
- rejestrować wszystkie urodzenia i małżeństwa, aby móc łatwiej zidentyfikować przypadki łamania prawa; W Sri Lance średni wiek zawarcia małżeństwa wynosi 25 lat. Problem wczesnych małżeństw został rozwiązany z chwilą wprowadzenia i przestrzegania reform legislacyjnych. Wszystkie śluby są zarejestrowane, a przysięga małżeńska jest nagrywana. Zreformowano również szkolnictwo wprowadzając bezpłatny system edukacji na wszystkich szczeblach [*Le mariage precoce*, UNICEF, 2001];
- szkolić prawników, urzędników, sędziów, policjantów, pracowników socjalnych. W walce z małżeństwami dzieci potrzeba informacji, wiedzy i edukacji. Kobiętom muszą zostać dostarczone informacje o ich prawach. W tym celu należy stworzyć system szkoleń dla specjalistów [*La grossesse chez les adolescents*, 2014, *Cartographie du mariage précoce...*, 2013, Byworth, 2013].

Sytuacja nastolatków z krajów rozwijających się nie napawa optymizmem. W 2014 roku UNICEF, wspierany m.in. przez UNGEI podjął współpracę regionalną w kwestii edukacji dziewcząt p.n. „dobre praktyki w zakresie programów edukacji dla dziewcząt i kobiet w Afryce Zachodniej”. Jest to jednak praca niemalże syzyfowa. Statystyki dla tego regionu świata są bezlitosne: 25% dzieci objętych obowiązkiem edukacyjnym nie chodzi do szkoły, 20% nie kończy szkoły podstawowej, a 22% ponadpodstawowej. Ponad 23 milionów dzieci są wyłączone z podstawowego poziomu edukacji [Devers, 2014]. Pracownicy organizacji pozarządowych zwracają też uwagę na brak koordynacji w realizacji projektów, a co za tym idzie marnotrawienia funduszy. Np. w Indiach, w stanie Uttar Pradesh USAID realizował program dążący do zmniejszenia śmiertelności wśród matek i niemowląt. W tym samym czasie inna organizacja realizowała program w tej samej grupie kobiet dotyczący konsekwencji wczesnych małżeństw m.in. umieralności [*The Causes, Consequences and Solutions...*, 2010].

Pomimo alarmujących statystyk dotyczących liczby „wczesnych małżeństw” i ich konsekwencji, pomimo podpisania konwencji, rządy krajów niewiele zrobiły w kwe-

2 Zdaniem organizacji międzynarodowych reforma prawa w krajach rozwijających się powinna dotyczyć egzekwowania minimalnego wieku do zawarcia związku małżeńskiego dla kobiet oraz określenia wieku poniżej którego, za kontakty seksualne można być pociągniętym do odpowiedzialności karnej [*Fact Sheet No.23*, § D].

stii ograniczenia tego zjawiska. Problem takich związków może się nawet pogłębić wraz ze wzrostem populacji młodych w krajach rozwijających się. A organizacje międzynarodowe mimo ogromnych nakładów finansowych i zaangażowania niewiele mogą zdziałać bez zrozumienia władz państwowych, lokalnych, a przede wszystkim plemiennych. Zrozumienia i współpracy. Ale najpierw trzeba zaakceptować prawo dziewcząt do samostanowienia i nauki.

Rozdział 2.

Wybrane formy wsparcia nieletnich matek w niektórych krajach Europy

Ciąża zazwyczaj wywołuje u młodzieży zaskoczenie, silny stres, rozpacz. Narodziny pierwszego dziecka i związana z nim potrzeba wprowadzenia zmian stanowią sytuację kryzysową, punkt zwrotny w życiu kobiet [Budrowska, 2000]. Badania ukazują, że nieletnimi matkami zostają najczęściej uczennice szkół podstawowych lub średnich, niepracujące, niemające stałego dochodu, ani własnego mieszkania, pochodzące z rodzin zaniedbanych ekonomicznie, edukacyjnie i kulturowo [Kempińska, 2012 a, 2013, Lindsay, 1995]. Ciąża niejednokrotnie jest traktowana przez nie jako brzemię i trud, które wydają się niemożliwe do pokonania, a nienarodzone jeszcze dziecko jest zagrożeniem dla wolności lub przeszkodą w realizowaniu życiowych planów. Wczesne macierzyństwo nie daje szansy młodemu organizmowi na rozwiązywanie zadań typowych dla okresu dojrzewania, a jednocześnie zmusza go do podjęcia nowych zadań i ról. Nastolatki w ciąży często pozostają z tym problemem same. Ojciec dziecka, będący przeważnie ich przypadkowym partnerem seksualnym, równie młodym i niedojrzałym, nie udziela wsparcia oraz nie podejmuje nowej, przeznaczonej mu roli społecznej [Frankowicz-Gasiul i współ., 2008].

Ze względu na swoją niedojrzałość, poczucie strachu czy niechęci młodociane matki potrzebują różnorodnego wsparcia zarówno ze strony najbliższych, jak i instytucji społecznych. Niewystarczająca pomoc bądź jej brak może wywołać uczucie rozczarowania i bezradności. W takiej sytuacji zwiększa się prawdopodobieństwo wystąpienia depresji. Ważnym, więc czynnikiem racjonalnej polityki społecznej i skutecznej pomocy jest właściwe rozumienie zasady pomocniczości w odniesieniu do jednostek. Realna pomoc nie powinna doprowadzić do dylematu Samarytanina. Nieodpowiednie wsparcie zmniejsza troskę ludzi o swoją przyszłość i osłabia starania o jej polepszenie. Człowiek objęty nadmierną ochroną i ciągłą pomocą społeczną zachowuje się jak jednostka ubezwłasnowolniona. W działaniach pomocowych powinno się kierować zasadą komplementarności (wspierania, uczenia zaradności)[Kawula, 2009]. Należy pamiętać, że nastoletnie rodzicielstwo

i uzależnienie od zasiłków często jest dziedziczone [Quill, 2015, Kempieńska, 2013, Wellings, 2007], dlatego pracą socjalną w takich przypadkach należy objąć również rodzinę pochodzenia.

Poniżej zaprezentowane zostaną wybrane przykłady świadczenia pomocy socjalnej nieletnim matkom w 5 krajach. Dla porównania zostały wybrane celowo różne państwa w celu ukazania, że na terenie Europy w odmienny sposób podchodzi się do pomocy samotnym matkom: od (praktycznie) braku wsparcia – Ukraina do pomocy niemalże ubezwłasnowolniającej – Anglia.

1. Polska

Zgodnie z art. 18 Konstytucji *małżeństwo jako związek kobiety i mężczyzny, rodzina, macierzyństwo i rodzicielstwo znajdują się pod ochroną i opieką Rzeczypospolitej Polskiej. Państwo w swojej polityce społecznej i gospodarczej uwzględnia dobro rodziny. Rodziny znajdujące się w trudnej sytuacji materialnej i społecznej, zwłaszcza wielodzietne i niepełne, mają prawo do szczególnej pomocy ze strony władz publicznych* (art. 71.1.).

System norm chroniących rodzinę zawarty jest także m. in. w:

- Ustawie z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej;
- Ustawie z dnia 25 lutego 1964 r. Kodeks rodzinny i opiekuńczy;
- Ustawie z dnia 09.06.2011 r. o wspieraniu rodzin i systemie pieczy zastępczej;
- Ustawie z dnia 28.11.2003 r. o świadczeniach rodzinnych;
- Ustawie z dnia 29.07.2005 r. o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie;
- Ustawie z dnia 07.09.2007 r o pomocy osobom uprawnionym do alimentów.

Wg Kodeksu cywilnego *osoba, która ukończyła 13 lat, ale nie ukończyła jeszcze 18 lat, ma ograniczoną zdolność do czynności prawnych* [art. 15 K.C.], nie może więc sprawować władzy rodzicielskiej nad dzieckiem. W takiej sytuacji opiekunem prawnym dziecka może zostać osoba, co do której zachodzi prawdopodobieństwo, że będzie się należycie wywiązywać z obowiązków opiekuna, posiada pełnię praw publicznych oraz pełną zdolność do czynności prawnych. Osoba ta nie może być pozbawiona praw opiekuńczych ani rodzicielskich np. w stosunku do własnych dzieci. Opiekun prawny ustanawiany jest przez Sąd Opiekuńczy. Ustanawiając opiekę, sąd przyznaje opiekunowi prawa i obowiązki, które w sytuacji typowej przysługują rodzicom. Najczęściej opiekunami zostają rodzice niepełnoletniej jeśli spełniają powyższe warunki. W sytuacji, gdy matka dziecka jest niepełnoletnia, a więc rodzice dziecka nie mogą zawrzeć małżeństwa, ojciec nie nabywa władzy rodzicielskiej, nawet jeśli sam jest pełnoletni. Nie może on uznać dziecka, gdyż matka dziecka jest niepełnoletnia, a jej zgoda jest do tego niezbędna. Władzę taką może nabyć dopiero po złożeniu pozwu o sądowe ustalenie ojcostwa. W postępowaniu takim biorą udział rodzice nieletniej. Jeśli sąd przyzna ojcu dziecka władzę rodzicielską, będzie on jedynym opiekunem prawnym dziecka, do czasu osiągnięcia przez matkę dziecka pełnoletniości

[Winiarz, Gajda, 1999]. W praktyce więc nieletnie, samotne matki nie mogą otrzymywać zasiłków na dziecko. Nastolatka z chwilą ukończenia 16 roku życia może za zgodą sądu opiekuńczego, zawrzeć związek małżeński [art. 10. § 1 Kodeks Rodzinny i Opiekuńczy]. Zawarcie małżeństwa zmienia jej status prawny, uzyskuje ona władzę rodzicielską i prawo do starania się o świadczenia na dziecko.

Opiekunowie prawni nieletniej matki mogą starać się o:

- **zasiłek rodzinny**; Przyznanie świadczenia pieniężnego jest uzależnione od spełnienia jednocześnie dwóch kryteriów tj.:
 - a) kryterium dochodowego tj.: dochód rodziny nie przekracza określonej, ustalonej w ustawie kwoty art. 8, ust. 1 ustawy o pomocy społecznej,
 - b) kryterium sytuacyjnego tj.: z powodu trudnej sytuacji życiowej – art. 7 ustawy o pomocy społecznej. Należą do nich m.in.: ubóstwo, sieroctwo, bezradność, bezrobocie, niepełnosprawność, długotrwała lub ciężka choroba, przemoc w rodzinie, potrzeba ochrony macierzyństwa lub wielodzietności itp.

Wysokość zasiłku rodzinnego wynosi miesięcznie: 89,00 zł na dziecko w wieku do ukończenia 5 roku życia [www.mpips.gov.pl.]

- „**becikowe**”; Becikowe to jednorazowa zapomoga w wysokości 1000 zł z tytułu urodzenia dziecka.
- **zasiłki celowe** np. na pokrycie kosztów wyżywienia dziecka w przedszkolu, pokrycia w części lub w całości kosztów leczenia, zakupu leków zarówno dla matki jak i dziecka, pokrycia kosztów zakupu, sprzętu rehabilitacyjnego, opał lub brakujących sprzętów w gospodarstwie domowym np.: pralki, kuchni gazowej itp.
- „program Rodzina 500 plus” to 500 zł miesięcznie na drugie i kolejne dziecko, bez dodatkowych warunków. Rodziny o niskich dochodach otrzymują wsparcie także dla pierwszego lub jedyne dziecko przy spełnieniu kryterium 800 zł netto lub 1200 zł w przypadku wychowywania w rodzinie dziecka niepełnosprawnego [www.mpips.gov.pl].
- **pomoc rzeczowa i realizacja świadczeń w naturze**; Ośrodki pomocy społecznej podejmują wiele akcji np.: w okresach przedświątecznych organizują pomoc w formie artykułów żywnościowych lub odzieży. Współpracują w tym zakresie z organizacjami społecznymi, pozarządowymi, fundacjami, parafiami, związkami wyznaniowymi, stowarzyszeniami o charakterze charytatywnym oraz z osobami prywatnymi (np. „Caritas”, PKPS-em, PCK, itp.).
- **poradnictwo specjalistyczne** jest działalnością zawodową skierowaną na odzyskanie lub wzmocnienie zdolności osób i rodzin do funkcjonowania w społeczeństwie oraz na tworzenie warunków sprzyjających temu celowi. W ramach możliwości finansowych zatrudniani są specjaliści (m.in. radca prawny, psycholog, psychoterapeuta, terapeuta uzależnień, pedagog). Dzięki prowadzeniu poradnictwa specjalistycznego realizowany jest cały szereg zadań: zmierzających m.in. w kierunku wzmocnienia więzi rodzinnych i integracji osób oraz rodzin ze środowiskiem, pobudzanie aktywności osób oraz rodzin w samodzielnym

zaspokajaniu potrzeb życiowych, wspieranie działalności służb socjalnych, propagowanie wiedzy prawniczej i psychologicznej, wspieranie działań prorodzinnych. W województwie kujawsko-pomorskim największa liczba OPS realizujących poradnictwo specjalistyczne znajduje się w powiatach: bydgoskim (6), inowrocławskim, toruńskim, tucholskim wrocławskim (5) [*Diagnoza stanu zastanego*, 2011]. Pracownik socjalny w roli doradcy pomaga w samodoskonaleniu rozwoju jednostek. W przypadku samotnych, młodocianych matek, (które muszą nauczyć się wypełniać wiele funkcji rodzinnych i opiekuńczych samodzielnie) pracownik może występować w roli pośrednika, mediatora, negocjatora, konsultanta, badacza, planisty. Niezwykle ważną rolę odgrywa tutaj współpraca z innymi podmiotami tj.: z rodzinami, szkołą, poradniami psychologiczno-pedagogicznymi.

- **wsparcie w postaci asystenta rodziny**; W kilkudziesięciu ośrodkach pomocy społecznej, centrach pomocy rodzinie, jako przykłady innowacyjnej pracy środowiskowej od 2005 r., są prowadzone programy, w ramach których pracują asystenci rodziny.

Zgodnie z przepisami *Ustawy o wspieraniu rodziny i pieczy zastępczej* do zadań asystenta rodziny należy w szczególności:

- opracowanie i realizacja planu pracy z rodziną we współpracy z członkami rodziny i w konsultacji z pracownikiem socjalnym;
- udzielanie pomocy rodzinom w poprawie ich sytuacji życiowej, w tym w zdobywaniu umiejętności prawidłowego prowadzenia gospodarstwa domowego;
- udzielanie pomocy rodzinom w rozwiązywaniu problemów socjalnych; psychologicznych, wychowawczych z dziećmi;
- motywowanie członków rodzin do podnoszenia kwalifikacji zawodowych;
- udzielanie pomocy w poszukiwaniu, podejmowaniu i utrzymywaniu pracy zarobkowej;
- prowadzenie indywidualnych konsultacji wychowawczych dla rodziców i dzieci [*Ustawa o wspieraniu rodziny i pieczy zastępczej*].

Oprócz rodziny, przyjaciół i Ośrodków Pomocy Społecznej nastoletnie matki lub ich opiekunowie prawni mogą liczyć na pomoc instytucji, stowarzyszeń, organizacji pozarządowych. Ma ona formę zarówno bezpośredniego oddziaływania na rodzinę oraz pośredniego na dziecko poprzez wspieranie jego rozwoju. Mimo to, z powodu braku informacji lub wstydu, niewielki odsetek potrzebujących korzysta z tej formy pomocy. Badania ukazują, że nieletnie matki i ich rodziny za najbardziej oczekiwaną pomoc uznają wsparcie materialne [Malec, 2004].

We Włocławku działa **Fundacja „Samotna Mama”**. Podopieczne mogą skorzystać m.in. z:

- świadczeń socjalnych (pomoc finansowa przyznawana raz w roku),
- usług stomatologicznych i okulistycznych (na podstawie skierowania), dofinansowania do okularów,

- porad prawnych,
- porad psychologicznych [www.fundacjasamotnamama.org].

Warszawska Fundacja MaMa, której celem jest pomaganie matkom i zmiana sposobu postrzegania macierzyństwa, wyszła z inicjatywą zorganizowania kampanii społecznej „Nastoletnie matki”. Kampanię wspiera kanał MTV, producent serialu paradokumentalnego „Teen Mom Poland - Nastoletnie Matki”. Serial relacjonuje historie czterech młodych dziewcząt zmagających się z wyzwaniem wczesnego macierzyństwa. W ramach kampanii wydano broszurę informacyjną rozprowadzaną głównie w szkołach, uruchomiona została infolinia pomocowa, która działała po emisji każdego odcinka Teen Mom Poland (MTV). Specjaliści udzielają psychologicznego wsparcia, udzielają informacji o dostępnych rozwiązaniach prawnych i miejscach, gdzie nieletnia matka może szukać pomocy. Na potrzeby kampanii, agencja badania rynku SMG/KRC przeprowadziła badania, które jako najpoważniejszy problem, z którym borykają się nastoletnie matki wskazują finanse (44 % badanych), brak akceptacji środowiska (21%), brak wsparcia ze strony bliskich i ojca dziecka (19 %), trudności z kontynuowaniem nauki (15 %) [www.fundacjamama.pl].

Stowarzyszenie Pomocy Nieletnim Rodzicom powstało na początku 2004 r. w Szklarskiej Porębie, założone przez Andrzeja Harasimowicza (został ojcem w wieku 16 lat). Stowarzyszenie chce pomagać osobom, które nie ukończyły 18 r.ż. i stanęły przed koniecznością wydania na świat potomstwa. Pomoc ta obejmuje możliwe szerokie spektrum działań, zarówno doraźnych, związanych z indywidualnymi przypadkami jak i systemowych mających na celu przede wszystkim ograniczenie zjawiska oraz wypracowanie narzędzi prawnych i społecznych, które umożliwią „normalne” funkcjonowanie nastoletnich rodziców w warunkach współczesnych społeczeństw demokratycznych. Jest to przedsięwzięcie pionierskie w skali Europy [<http://nieletniojciec.republika.pl/stowarz.html>].

Nastoletnie, uczące się matki mogą skorzystać z pomocy **szkoły**. Szkoła ma obowiązek udzielić uczennicy w ciąży urlopu oraz innej pomocy niezbędnej do ukończenia przez nią edukacji, w miarę możliwości nie powodując opóźnień w zaliczaniu przedmiotów [art. 2 ust. 3 ustawy z dnia 7 stycznia 1993 r. o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży]. Uczennica może otrzymać urlop od zajęć szkolnych i zgodę na indywidualne nauczanie. Aby ją uzyskać musi zgłosić się do poradni psychologiczno-pedagogicznej. Nauczanie może się odbywać w szkole lub w domu uczennicy. Jeżeli ciąża, poród lub połóg powoduje niemożność zaliczenia w terminie egzaminów ważnych dla ciągłości nauki, szkoła zobowiązana jest do wyznaczenia dodatkowego terminu egzaminu, dogodnego dla uczennicy, ale w terminie nie późniejszym niż 6 miesięcy. Celem tych działań jest zapewnienie przyszłej matce zarówno psychicznego, jak i fizycznego komfortu, dzięki któremu wzrasta prawdopodobieństwo, że ukończy ona szkołę i w przyszłości będzie miała szansę kontynuowania nauki. Brak wsparcia ze strony rodziców, partnera czy nauczycieli, krytyka z ich strony mają znaczący wpływ na decyzje młodych

matek co do kontynuacji kształcenia. Zdarza się też, że edukacja, w obliczu własnej niedojrzałości, a jednocześnie kłopotów i trudnych decyzji życiowych, schodzi na dalszy plan [Malec, 2004].

Nastolatki niemające wsparcia w rodzinie mogą skorzystać z pomocy oferowanej przez **Domy Samotnej Matki**. Placówki te przeznaczone są dla kobiet, które mają poważne problemy życiowe i nie mogą znaleźć schronienia dla siebie i swoich dzieci. Miejsca te skierowane są przede wszystkim na pomoc ofiarom przemocy w rodzinie i oferują nocleg, opiekę medyczną, wsparcie psychologa oraz pomoc prawną. W Domu Samotnej Matki zapewnia się również dzieciom warunki umożliwiające poradzenia sobie z traumatycznymi doświadczeniami z domu rodzinnego. W województwie kujawsko-pomorskim działają: 2 placówki w Bydgoszczy, 2 w Toruniu, a także w Ciechocinku, Chojnicach, Żołędowie [<http://www.niechcianaciaza.pl/home/domy-samotnej-matki>].

Młodociane matki mogą oddać dziecko do **adopcji**. Do adopcji potrzebna jest zgoda rodziców przysposobianego, chyba że zostali oni pozbawieni władzy rodzicielskiej lub są nieznani, albo porozumienie się z nimi napotyka trudne do przezwyciężenia przeszkody (art. 119. § 1. Kodeks Rodzinny i Opiekuńczy). Sąd opiekuńczy może, ze względu na szczególne okoliczności, orzec przysposobienie mimo braku zgody rodziców, których zdolność do czynności prawnych jest ograniczona, jeżeli odmowa zgody na przysposobienie jest oczywiście sprzeczna z dobrem dziecka (§ 2.) Zgoda rodziców na przysposobienie dziecka nie może być wyrażona wcześniej niż po upływie sześciu tygodni od urodzenia się dziecka (art. 119²), ma to zapobiegać pochopnym decyzjom podejmowanym przez rodziców.

Projekty socjalne

Cechą dobrej praktyki w pomocy rodzinie (niepełnej) jest wiązanie różnorodnych strategii działań właściwych różnym metodom/modelom pracy socjalnej w spójną całość. Nie jest możliwe prowadzenie pracy z rodziną i skutecznej asysty bez działań kierowanych do społeczności lokalnych, w których one żyją [Racław, Tarkowska, 2013].

Ogólnie w Polsce dynamicznie rozwija się pomoc w oparciu o model środowiskowej pracy socjalnej/organizacji społeczności lokalnej (OSL). Beneficjentami tej pomocy – usługi społecznej powstałej w ramach projektu „Tworzenie i rozwijanie standardów usług pomocy i integracji społecznej” są także rodziny niepełne. W przypadku OSL ważnym elementem działalności służb społecznych, w omawianym przypadku pracownika socjalnego, jest praca socjalna metodą grupową (m.in. animowanie grup samopomocowych, tworzenie grup wsparcia), jak i metodą środowiskową, w której działania są kierowane do całych społeczności terytorialnych: osiedli, wspólnot sąsiedzkich, jak i grup kategoryalnych: osób niepełnosprawnych, długotrwale bezrobotnych czy rodzin niepełnych. Istotą OSL jest prowadzenie planowego,

kompleksowego oraz długofalowego procesu (a nie incydentalnych akcji), mającego formułę szerokiej aktywizacji oraz edukacji, w wyniku której społeczność lokalna kształtuje warunki i w rezultacie odzyskuje zdolność do samoorganizowania się, rozwoju i samostanowienia [Bąbska, Dudkiewicz, 2014, Kadela, Kowalczyk, 2013].

We wrocławskim MOPR metoda OSŁ wdrażana jest od 2012 roku. W ramach Ośrodka funkcjonuje Zespół do spraw OSŁ, a w każdej osiedlowej sekcji pomocy społecznej powołany jest organizator społeczności lokalnej [Wójcik, 2014]. Działaniem dotyczącym tylko rodzin niepełnych było przeprowadzenie w czerwcu 2012 roku diagnozy społeczności lokalnej – Lustrację Środowiska, w zakresie ustalenia liczby rodzin niepełnych oraz ustalenia przedziału wiekowego samotnych rodziców i przedziału wiekowego dzieci z tych rodzin. Celem diagnozy jest też ustalenie problemów istniejących w tych rodzinach [*Sprawozdanie z działań...*, 2012 r.] W pierwszym półroczu 2013 roku została ostatecznie zawiązana grupa kategoriałna samotnych matek. Pomimo trudności w pełnym i prawidłowym realizowaniu podejmowanych działań w ramach OSŁ (początkowa bierność ze strony społeczności lokalnej, brak bezpośredniego zaangażowania beneficjentów w przedsięwzięcia, brak chęci, motywacji i otwartości na zmiany społeczności lokalnej) ustalono m.in., że zmiany w społeczności lokalnej następowały, lecz były jeszcze mało widoczne. Natomiast na pewno zwiększył się poziom gotowości i zdolności do działań, uczestnicy projektów zaczęli czuć się silniejsi, odważniejsi, sami robili coraz więcej. Nastąpiła też pozytywna zmiana w zakresie wzajemnych relacji i integracji społeczności lokalnej [*Sprawozdanie z działań...*, 2013]. Dzięki stosowaniu metody organizowania społeczności lokalnej wzrasta integracja wewnątrz grupy a także wewnątrzrodzinna. Stwierdza się wzrost zainteresowania samotnych matek sprawami lokalnej społeczności, wzrost poziomu umiejętności samoorganizowania się i organizowania wolnego czasu dzieci.

Jak twierdzą M. Raclaw i D. Trawkowska rodzina niepełna nie jest rodziną „wyodróżnioną” wśród rodzin korzystających z pomocy społecznej jakimiś szczególnymi programami wsparcia. Dobrze ilustruje tę tezę sytuacja, w jakiej znajdują się korzystające z pomocy społecznej rodziny niepełne i wielodzietne zarazem. Pomimo nawarstwionych problemów tych rodzin, również i one nie mają pozycji szczególnie „uprzywilejowanych” w proponowanej przez OPS/PCPR dostępnej ofercie pomocowej. Nieskonsumowana przez praktyków typologia rodzin niepełnych, to niewykorzystana w praktyce wiedza o specyficznych potrzebach oraz możliwych do zastosowania instrumentach zmiany sytuacji w poszczególnych typach rodzin, reprezentujących „nie całkiem samotne macierzyństwo”, „samotne macierzyństwo z przypadku”. Każda kategoria rodzin niepełnych, wymaga odmiennych oddziaływań polityki społecznej, nakierowanych na specyficzne potrzeby i problemy, których doświadczają. Wskazane grupy wymagają różnych proporcji „twardych” oddziaływań, wymagających nakładów finansowych, a więc tworzenia instytucji pomocowych, instytucji edukacyjnych, programów aktywizujących i osłonowych, tworzenia miejsc pracy umożliwiających opiekę nad dzieckiem oraz „miękkich” sposobów działania, pole-

gających na aktywizacji samych głów rodzin i ich otoczenia, wspierania grup samopomocowych, organizacji lokalnych itp. Wyróżnione kategorie i w ten sposób klasyfikowane zbiorowości samotnych rodziców, stają w poprzek podziałom stosowanym przez pomoc społeczną i użytecznym do tej pory zasadom klasyfikowania rodzin (np. na rodziców borykających się z konsekwencjami bezrobocia, niepełnosprawności dziecka, skutkami migracji jednego z rodziców itp.) [Raław, Trawkowska, 2013]. Niestety w Polsce nie realizuje się programów dla wąskich kategorii rodzin. Poniżej przedstawiam wybrane projekty realizowane w rodzinach niepełnych.

Projekt „**Grupy edukacyjne dla matek przejawiających bezradność w sprawach opiekuńczo-wychowawczych i w prowadzeniu gospodarstwa domowego**” był adresowany do klientek Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej, w szczególności do kobiet młodych, przejawiających bezradność opiekuńczo-wychowawczą oraz bezradność w prowadzeniu gospodarstwa domowego. Uczestniczki programu to kobiety bezrobotne, których dochody najczęściej kształtują się poniżej kryterium przewidzianego ustawą o pomocy społecznej, wychowujące jedno lub więcej dzieci, najczęściej mieszkające wraz z mężem lub konkubentem. Kobiety te, z niskim wykształceniem (najczęściej wykształcenie niepełne podstawowe, podstawowe, podstawowe specjalne, zawodowe), same pochodziły z rodzin o znaczących deficytach, w których problemy alkoholizmu, przemocy, bezrobocia (problemy z utrzymaniem pracy), miały miejsce od kilku pokoleń. Najczęściej były w wieku 25–30 lat. Celem głównym projektu była nauka nowych umiejętności, wzmocnienie kompetencji, wyrównanie istniejących deficytów w zakresie opieki nad dziećmi, efektywne wykorzystanie zasobów własnych oraz zawiązanie sieci wzajemnego wsparcia. Cele szczegółowe projektu odnosiły się do:

- wyposażenia uczestniczek w wiedzę na temat potrzeb rozwojowych dzieci, metod wychowawczych, zasad sprawowania właściwej opieki nad dzieckiem i organizowania czasu wolnego;
- wzmocnienie kompetencji kobiet w rolach matki i gospodyni domowej;
- poprawy komunikacji w rodzinie przez pracę nad błędnymi nawykami komunikacyjnymi;
- zwiększenia świadomości problemu alkoholowego i przemocy w rodzinie;
- edukacji na temat sposobów radzenia sobie z tymi problemami, przekazania wiedzy o instytucjach pomocowych na terenie miasta.

Inicjatywa Tato.Net w swoim przesłaniu i realizowanej wizji „odkrywa ojcostwo”, pomaga mężczyznom rozwijać odpowiedzialne ojcostwo oraz budować indywidualny plan bycia aktywnym i spełnionym tatą. Inicjatywa budzi świadomość mężczyzn jako ojców, prowadzi do odzyskania poczucia dumy i odpowiedzialności za życie i wychowanie swoich dzieci, wyposaża w narzędzia potrzebne do opracowania indywidualnej ścieżki rozwoju kariery ojcowskiej. To także zachęcanie ojców do dzielenia się swoim doświadczeniem czy też szukania grup wsparcia wśród innych

ojców. Misja Tato. Net jest realizowana przez budowanie sieci współpracy organizacji i instytucji przyjaznych rodzinie i promujących odpowiedzialne ojcostwo. Inicjatywa powstała w 2004 roku, dzięki wsparciu Fundacji Cyryła i Metodego. Program ten jest obecny w Polsce oraz w innych krajach Europy Środkowej i Wschodniej (Słowacja, Rumunia, Ukraina, Białoruś, Rosja). Unikalny charakter programu polega na realizacji innowacyjnych działań społecznych skierowanych głównie do mężczyzn, niezależnie od tego, na jakim ojcowskim etapie się znajdują. Inicjatywa animuje ruch społeczny ojców chcących bardziej aktywnie uczestniczyć w życiu swoich dzieci. Główne obszary działania Tato.Net to: konferencje oraz kampanie społeczne budzące świadomość znaczenia ojca i ocieplające klimat wokół ojcostwa, motywujące ojców do przygotowywania się do bycia tatą; warsztaty edukacyjne, seminaria, szkolenia dla ojców, które w praktyczny sposób pomagają w pełniejszym odkrywaniu wartości bycia ojcem; warsztaty przygodowe dzieci ze swoimi ojcami, spływy kajakowe, górskie wędrówki czy jazda konna umożliwiające spędzenie wspólnie czasu z dala od cywilizacji, a także umocnienie relacji między ojcem a dzieckiem. Badania dotyczące zagadnienia ojcostwa prowadzone i gromadzone przez zespół Tato.Net pomagają monitorować sytuację rodzin i ojców w Polsce i na świecie. Dzięki nim dostosowuje się formy pracy do aktualnych potrzeb. Współpraca międzynarodowa realizowana jest na różne sposoby, począwszy od redakcji portalu internetowego w języku polskim, angielskim, ukraińskim i rosyjskim, po realizację szkoleń poza granicami naszego kraju i wspólnych projektów podejmowanych z organizacjami z Ukrainy, Rosji, Rumunii, Niemiec, Anglii i USA. Za pomocą portalu zespół stara się dostarczać informacji o ojcostwie, inspirować pozytywnymi wzorami, podpowiadać ojcom możliwości spędzania czasu wspólnie z dziećmi. Szereg interesujących informacji na temat innych działań w ramach Inicjatywy udostępniono w sieci, w serwisie internetowym www.tato.net.

„**Stowarzyszenie Mediatorów Rodziny**” jest organizacją pozarządową, jedną z najstarszych w Polsce organizacji zrzeszających specjalistów zajmujących się zagadnieniem mediacji oraz wspierającą mediatorów w działaniu. Stowarzyszenie prowadzi szkolenia w całym kraju m.in. dla wielu instytucji zajmujących się szeroko pojętą pomocą społeczną. Członkami Stowarzyszenia Mediatorów Rodziny są osoby pracujące w takich instytucjach jak np. Komitet Ochrony Praw Dziecka, sądy rodzinne, kuratoria, poradnie pedagogiczne, poradnie psychologiczne, placówki szkolne, ośrodki pomocy społecznej i in. Stowarzyszenie Mediatorów Rodziny, przez wspieranie rozwoju mediacji rodzinnej w Polsce wpływa na wzrost dostępności mediacji, zwłaszcza w mniejszych ośrodkach na terenie całego kraju. Ma to szczególne znaczenie dla osób samotnie wychowujących dzieci. Mediacja rodzinna wspiera rodzinę na wszystkich etapach: rozstania partnerów, w okresie konfliktów przedrozwodowych, podczas separacji, w czasie rozwodu, pomaga zorganizować życie rodzinie po rozstaniu. Ułatwia byłym partnerom wyjście z ról osób będących w związ-

ku i skoncentrowanie się na roli rodzicielskiej. Mediacja rodzinna to także wsparcie w konfliktach pojawiających się między rodzicem, a dorastającym dzieckiem, dzieckiem sprawiającym kłopoty wychowawcze. To pomoc w rozwiązywaniu konfliktów w środowisku społecznym np. szkole z nauczycielami lub rówieśnikami, z sąsiadami itp. Aspekt edukacyjny mediacji ma często znaczenie w kształtowaniu postaw nie tylko rodzica, ale przez przykład innego sposobu rozwiązywania konfliktów, także na kształtowanie umiejętności dziecka w tym zakresie. Szczególnie dla dorastających dzieci może okazać się to wsparciem w trudnym dla nich okresie rozwojowym. Rozwiązywanie problemów na drodze mediacji pozwala eliminować rozwiązania sądowe, które związane są z dużymi kosztami, przedłużającym się czasem koniecznym na wydanie ostatecznych decyzji, a także z emocjami i przedłużającym się stresem towarzyszącym rozprawom sądowym, generującym postawy eskalowania konfliktu, zamiast postaw sprzyjających rozwiązywaniu go z korzyścią dla obu stron. Bardzo ważnym aspektem mediacji jest to, że w odróżnieniu od rozwiązań sądowych, na kształt i treść porozumień mediacyjnych mają wpływ wyłącznie strony przystępujące do mediacji. Ma to olbrzymie znaczenie dla skuteczności egzekwowania takich porozumień. Mediacje rodzinne/w rodzinie czy szerzej, mediacje socjalne, nie będąc działaniami powszechnie podejmowanymi przez ośrodki pomocy społecznej, ale oceniane tam jako potrzebne i pożyteczne, w świetle badań i publikowanych w „Pracy Socjalnej” nielicznych dobrych praktyk, mogą zostać w większym stopniu wykorzystane przez pomoc społeczną jeżeli korzyści z podjęcia tego rodzaju działań będą dostrzegane przez pracowników pomocy społecznej [Raclaw, Trawkowska, 2013].

Przedstawione wyżej programy dotyczą pracy z rodzinami niepełnymi. Mało jest jednak w Polsce programów profilaktycznych, realizowanych wśród nastolatków nieposiadających dzieci, programów mających na celu zapobieganie przedwczesnym, niepożądanym ciążom. Ciekawym projektem był realizowany w latach 2004–2005 w 24 szkołach z trzech województw zachodniopomorskiego, lubuskiego i dolnośląskiego program „*Bądź odpowiedzialny. Wychowanie do odpowiedzialności i partnerstwa w rodzinie*”. Polegał na próbie zastosowania w polskich realiach edukacyjnych, kulturowych i światopoglądowych zrodzonego w Stanach Zjednoczonych programu *The Baby Think It Over*. Jego celem było m.in. utrzymać, wzmocnić bądź ukształtować przekonanie o wartościach rodzicielstwa i jego niezwyklej roli w życiu człowieka. Przyjęto, że realizacja symulacji opieki nad niemowlęciem w domach uczniów będzie prowokowała dialog rodziców z dziećmi na ważne życiowe tematy. Po zakończeniu eksperymentu stwierdzono m.in., że ponad 80% badanych uznało wiek powyżej 21 lat za czas sprzyjający podejmowaniu odpowiedzialnych decyzji o posiadaniu dziecka. Większość uczniów zgadzała się z poglądem: „Jest bardzo ważne, by najpierw zawrzeć małżeństwo, a dopiero później mieć dzieci”. W 2005 roku program został wdrożony w kolejnych województwach: mazowieckim, podlaskim i wielkopolskim [Wąż, 2009].

Opracowując projekty pomocy dla samotnych rodziców trzeba koniecznie wziąć pod uwagę 3 kryteria: płeć rodzica, a przede wszystkim jego wiek i przyczyny monoparentalności. Niestety w ustawie o pomocy społecznej nie ma rozgraniczenia na te 3 kryteria monoparentalności, nie ma też pojęcia « nieletni rodzic ». Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej nie widzi też potrzeby ujednoczenia sprawozdań przekazywanych przez OPS-y. Trudno jest więc w takiej sytuacji mówić o trafionej i rzetelnej pomocy nieletnim matkom, skoro nawet w sprawozdaniach z działalności MOPR w ościennych miastach jednego województwa nie ma spójności. Np. w sprawozdaniu z Lipna istnieje informacja, że pomoc przyznano 1439 osobom samotnie wychowującym dziecko, (bez wskazania powodu pomocy, płci rodzica czy przyczyn monoparentalności.) W Aleksandrowie Kujawskim podaje się, że zasiłek z powodu bezradności przyznano 13 rodzinom niepełnym i 3 wielodzietnym, (brak informacji ilu samotnych rodziców ogółem objęto pomocą). W sprawozdaniu z Rypina w ogóle brak danych liczbowych na te tematy [*Sprawozdania z działalności MOPR w wybranych miastach*]. W opracowaniach znajdują się również dane dotyczące np. liczby osób, rodzin objętych pracą socjalną, ale brak jest uszczegółowienia, do jakich rodzin ta pomoc została skierowana, brak również informacji, jakie rodziny objęto pomocą psychologiczną, komu udzielono porad prawnych [*Sprawozdanie z działalności MOPR we Włocławku*]. Jak można tworzyć strategie pomocy czy np. programy przeciwdziałania rozrodczości nastolatek, skoro w tak ważnym narzędziu jak sprawozdanie znajdują się niepełne informacje. W żadnym raporcie nie ma podziału na wiek samotnych rodziców, (nie wiadomo więc ile jest nastoletnich matek), płeć czy ich stan cywilny. Nie ma i długo nie będzie, jeżeli środowiska zajmujące się pomocą i opieką społeczną nie opracują tak prostych wydawałoby się dyrektyw.

2. Ukraina

Ukraina jest jednym z państw europejskich o najwyższym wskaźniku aborcji i urodzeń wśród nieletnich kobiet oraz zapadalności na choroby przenoszone drogą płciową. Każdego roku ok. 110–120 dziewcząt poniżej 14 r. życia rodzi dziecko, a 100 poddaje się aborcji. W kategorii wiekowej 15–17 lat rocznie rodzi ok. 10 tysięcy kobiet, a ponad 2000 dokonuje zabiegu przerwania ciąży. Większość tych nieletnich cięż była nieplanowana, często była też wynikiem przypadkowego kontaktu seksualnego. Szacuje się, że 3% ukraińskich dziewcząt w wieku 10–12 lat podjęło już życie seksualne, 9% 15–19 latek miało przynajmniej dwóch partnerów seksualnych. Nauczyciele, lekarze i dziennikarze zwracają uwagę społeczeństwa na niski poziom wiedzy młodzieży w kwestii zdrowia reprodukcyjnego [Завгородня, 2012]. W szkołach ukraińskich zajęcia z edukacji seksualnej odbywają się od 5 do 9 klasy w ramach obowiązkowego przedmiotu „Podstawy zdrowia” oraz na lekcjach biologii (z inicjatywy nauczyciela). Nauczyciele i lekarze apelują o rozszerzenie obowiązujących zagadnień z edukacji seksualnej, gdyż nie są one dostosowane do potrzeb uczniów.

Dzieci nie są w stanie ze względu na swój wiek poprawnie zrozumieć ogromnej ilości informacji o życiu płciowym człowieka zamieszczonych w Internecie lub uzyskanych od kolegów. Pomóc mogą rzetelnie prowadzone zajęcia w szkole. Ukraina charakteryzuje się wysokim wskaźnikiem rodzin niepełnych, rozbitych przez konflikty, mężczyźni są na wschodzie, kobiety – na zachodzie kraju lub vice versa; samotny rodzic nie zawsze może więc wyjaśnić dziecku jak budować relacje z partnerem, jak nauczyć się wzajemnie wspierać, nie mówiąc już o seksie, chorobach przenoszonych drogą płciową czy ewentualnej ciąży. Wśród ukraińskich nauczycieli pojawił się pomysł, że szkoła powinna edukować też (a może przede wszystkim) rodziców, aby mogli nie tylko uczyć swoje dzieci, ale także ich słuchać [Коваленко, Закалюжний, 2013].

Ochrona rodzin, w tym rodzin niepełnych jest regulowana przepisami zamieszczonymi w następujących aktach prawnych:

- *Konstytucja Ukrainy (Конституція України, Закон України від 8 грудня 2004 року №2222-IV)*;
- *Kodeks cywilny, (Цивільний кодекс України, Відомості Верховної Ради України (ВВР), 2003, №№ 40–44, ст.356)*;
- *Kodeks rodzinny (Сімейний Кодекс України, Відомості Верховної Ради України (ВВР), 2002, № 21–22, Ст.135)*;
- *Ustawa o pomocy państwa dla rodzin z dziećmi, (Закон України Про державну допомогу сім'ям з дітьми, Відомості Верховної Ради України (ВВР), 1993, N 5, ст. 21)*;
- *Rozporządzenie Rady Ministrów w sprawie wypłaty zasiłków dla rodzin z dziećmi, (Постанова Кабінету Міністрів України від 27 грудня 2001 р. N 1751 Про затвердження Порядку призначення і виплати державної допомоги сім'ям з дітьми)*;
- *Ustawa dotycząca budżetu państwa na rok 2016, (Закон України, Про державний бюджет України на 2016 рік, Відомості Верховної Ради (ВВР), 2016, № 5, ст.54)*.

Zgodnie z art. 51. Konstytucji Ukrainy *małżeństwo opiera się na swobodnej zgodzie kobiety i mężczyzny. Każdy z małżonków ma równe prawa i obowiązki w małżeństwie i rodzinie. Rodzice są zobowiązani do wspierania swoich dzieci do dorosłości. Dorosłe dzieci mają obowiązek dbać o swoich niepełnosprawnych rodziców. Rodzina, dzieci, macierzyństwo i ojcostwo są chronione przez państwo* [Конституція України].

Zgodnie z art. 26 K.C. Ukrainy nieletni w wieku od 14 do 16 lat ma ograniczoną zdolność do czynności prawnych [Цивільний Кодекс України], nie mogą więc sprawować władzy rodzicielskiej nad dzieckiem. Sytuację prawną nieletnich rodziców może zmienić zawarcie związku małżeńskiego. Zgodnie z art. 23 pkt. 2 Kodeksu Rodzinnego sąd może wydać zezwolenie na ślub osobie, która nie ukończyła lat 18, a ukończyła 16 lat, pod warunkiem stwierdzenia, że małżeństwo będzie zgodne

z interesem społecznym. Nieletni rodzice mają takie same prawa i obowiązki wobec dziecka jak dorośli rodzice (art. 156, pkt 1). Nieletni rodzice z chwilą ukończenia 14 lat mogą zwrócić się do sądu w celu ochrony praw i interesów dziecka (pkt 2). Mają także prawo do bezpłatnej pomocy prawnej (pkt 3) [*Сімейний Кодекс України*].

Na Ukrainie pomoc społeczna nieletnim jest minimalna i nieskuteczna. Najczęściej ogranicza się do wypłaty skromnych zasiłków, nieletni rodzice na wsparcie psychiczne mogą najczęściej liczyć ze strony przyjaciół, rzadziej rodziny, jeszcze rzadziej ze strony państwa [zob. <http://old.minjust.gov.ua/9908>, <http://groshi-v-kredit.org.ua/derzhavna-sotsialna-dopomoha-simyam-z-ditmy-u-2015-rotsi.html>, <http://legalspace.org.ua/helper/konsultue-yurist/item/6356-dopomoha-na-ditei-odynokym-materialiam-u-2016-rotsi>].

Opiekunowie prawni (najczęściej rodzice dziewczyny) mogą przejąć sprawowanie opieki nad jej dzieckiem maksymalnie na okres 3 lat, do czasu osiągnięcia przez nią pełnoletniości [<http://info-mir.com.ua/materialna-dopomoga-nepovnolitnim-materyam/>].

Opiekun prawny nieletniej lub zamężna nieletnia matka może uzyskać następujące rodzaje zasiłków:

- pomoc z tytułu urodzenia żywego dziecka; nastolatki, które urodziły dziecko mogą skorzystać z zasiłku z tytułu urodzenia dziecka (zasiłek macierzyński) tak samo jak dorosłe, ale nieubezpieczone (niepracujące) kobiety. Świadczenie jest wypłacane przez okres 70 dni kalendarzowych przed porodem i 56 dni po porodzie (w przypadku skomplikowanego porodu lub urodzenia dwojga lub więcej dzieci – 70 dni). Kobietom przypisanym do kategorii osób dotkniętych katastrofą w Czarnobylu pomoc wypłacana jest przez 180 dni kalendarzowych (90 dni – przed urodzeniem i 90 – po porodzie). Podstawowa kwota zasiłku (126 dni) wynosi od 01 maja 2016 r. łącznie 1522,5 hrywien (UAH), 1691 UAH (140 dni) i 2175 UAH (180 dni).
- zasiłek rodzinny (bez względu na liczbę dzieci w rodzinie); Wysokość zasiłku stanowi równowartość 41,280 USD. Pierwsza wypłata w wysokości 10 320 hrywien (UAH) zostaje wypłacana od razu po porodzie, pozostała kwota jest wypłacana w przeciągu 36 miesięcy w równych ratach po 860 UAH miesięcznie [<http://www.i-law.kiev.ua/допомога-при-народженні-дитини/>].
- zasiłek rodzinny dla dziecka w wieku do 6 lat od 01.01.2016 r. wynosi 1032 UAH, a od 01.12.2016 r. kwota ta zostanie podniesiona do 1167 hrywien;
- zasiłek dla samotnych matek posiadających dzieci do 6 lat: od 1 maja 2016 r. wynosi – 1228 hrywien;
- zasiłek dla rodzin o niskich dochodach; wysokość zasiłku stanowi różnica pomiędzy poziomem płacy minimalnej (gwarantowanej) oraz miesięcznego średniego całkowitego dochodu rodziny. Od 01 maja 2016 r. maksymalnie na dziecko w wieku do 6 lat można otrzymać zasiłek w wysokości 1043,80 hrywien [*Государственная социальная помощь семьям с детьми в 2016 году*];

- kobiety, które urodziły dziecko do 01 lipca 2014 r. mogą jeszcze skorzystać z zasiłków z tytułu opieki nad dzieckiem do 3 lat [*Государственная социальная помощь семьям с детьми в 2014 году*].

Wysokość zasiłków jest ustalana co roku i ogłaszana w ustawie o budżecie państwa na dany rok [*Про державний бюджет України на 2016 рік*].

Wg statystyk odsetek aborcji i porzuceń nowonarodzonych dzieci co roku wzrasta. Jednym z powodów jest niski poziom antykoncepcji wśród młodzieży i brak odpowiedniej sieci wsparcia instytucjonalnego.

W 2012 w Kijowie, otwarto pierwszy na Ukrainie Dom dla nastoletnich matek. Jest on przeznaczony tylko dla dziewcząt, którym rodzice odmówili pomocy i wyrzucili je z domu, co jest zjawiskiem bardzo powszechnym. Ciężarne dziewczęta lub małoletnie matki otrzymują schronienie, żywność, pomoc medyczną i psychologiczną [*Иванова, 2012*].

Inicjatywa budowy takiego domu pojawiła się już na początku XXI w. Jednak mimo zapewnień rządu, przez ponad dekadę pomysł ten nie został zrealizowany.

3. Belgia

W Belgii pomoc społeczna regulowana jest poprzez m.in. następujące akty prawne:

- *Konstytucja z dnia 7 lutego 1831 r. i 17 lutego 1994 r., (La Constitution Belge)*;
- *Kodeks Cywilny z 21 marca 1804 r., (Code Civil)*;
- *Prawo o świadczeniach rodzinnych z 19 grudnia 1939 r. (Loi générale relative aux allocations familiales (LGAF))*;
- *Dekret rządu Wspólnoty Francuskiej w sprawie subsydiów i interwencji w kwestii kosztów opieki dzieci i młodzieży z 09 grudnia 2015 r., (Arrêté du Gouvernement de la Communauté française relatif aux subventions et interventions pour frais individuels liés à la prise en charge des jeunes)*;
- *Ustawa z dnia 15 maja 1912 w sprawie ochrony dzieci, (La loi sur la protection de l'enfance)*;
- *Ustawa z dnia 8 kwietnia 1965 roku w sprawie ochrony młodzieży, (La loi relative à la protection de la jeunesse)*;
- *Dekret z dnia 4 marca 1991 roku w sprawie pomocy dla młodzieży, (Le décret relatif à l'aide à la jeunesse)*;
- *Stara ustawa z dnia 8 kwietnia 1965 roku w sprawie ochrony młodocianych w następstwie uwspólnotowienia, (L'ancienne Loi du 8 avril 1965 relative à la protection de la jeunesse suite à la communautarisation)*;

Zgodnie z art. 22 Konstytucji Belgii każde dziecko ma prawo do korzystania ze środków i usług, które przyczyniają się do jego rozwoju. Każdy ma też prawo m.in. do:

- zabezpieczenia społecznego, ochrony zdrowia, opieki społecznej, medycznej i prawnej;

- rozwoju kulturalnego i społecznego;
- świadczeń rodzinnych [art. 23].

Zdolność do czynności prawnych nabywa się w Belgii z chwilą ukończenia 18 lat (art. 388 K.C.). Sytuację prawną nieletnich matek może zmienić fakt zamążpójścia. Zgodnie z art. 144 K.C. związek małżeński można zawrzeć z chwilą ukończenia 18 lat, ale Sąd rodzinny może z ważnych powodów wyrazić zgodę na wcześniejszy ślub (art. 145).

Nieletnie matki bądź ich opiekunowie prawni mogą otrzymać następujące zasiłki (stan na 2016 r.):

- zasiłek rodzinny otrzymuje się na dzieci do chwili ukończenia przez nie 18 r. życia (w przypadku kontynuowania nauki do 25 lat). Miesięcznie wynosi on: – 92,09 euro na pierwsze dziecko, – 170,39 € na drugie dziecko, – 254,40 € na trzecie dziecko i kolejne dzieci (art. 40);
- w lipcu zasiłki rodzinne są podwyższane o dodatek roczny wynoszący 28,16 euro na dziecko w wieku do 5 lat (art. 44);
- samotne matki otrzymują miesięczny specjalny dodatek w wysokości 46,88 euro na pierwsze dziecko, 29,06 na drugie dziecko i 23,43 na trzecie i kolejne dziecko (art. 41);
- zasiłek z tytułu urodzenia dziecka: 1 247,58 euro na pierwsze dziecko, 938,66 € na drugie i kolejne dziecko, 1 247,58 euro urodzenia z mnogiej ciąży. Zasiłek może zostać wypłacony na 2 miesiące przed wyznaczoną datą urodzin (art. 73bis, §1, pkt 3, LGAF).

Pomoc pozamaterialna

Matki, nie tylko nastoletnie, mogą skorzystać z pomocy specjalistów zatrudnionych w Urzędach zajmujących się opieką kobietą ciężarną i dziećmi. We francuskojęzycznej części Belgii działają one pod nazwą *l'Office de la Naissance et de l'Enfance (ONE)*, w niderlandzkiej części *Dienst für Kind und Familie*. Urzędy mają na celu wspierać rozwój dzieci w rodzinach oraz w środowisku społecznym, a także doradzać i wspierać kobiety w ciąży. Większość oferowanej pomocy jest darmowa. ONE nadzoruje pracę klinik prenatalno-położniczych w celu zaspokojenia potrzeb kobiet z regionu Walonii i Brukseli zarówno w « czasie ciąży, jak i po porodzie ». Wspiera karmienie piersią zgodnie z zaleceniami Światowej Organizacji Zdrowia (WHO). Celem prenatalnych konsultacji jest zapewnienie prawidłowego przebiegu ciąży, minimalizacja ryzyka przedwczesnych porodów i niedowagi dzieci. Kobiety oprócz korzystania z usług ginekologa czy położnej mogą otrzymać pomoc ze strony pracownika medyczno-socjalnego (TMS). Zakres działań TMS jest szeroki, od udzielania porad np. w kwestii zdrowego stylu życia, poprzez wpieranie rodziców w realizacji ich roli, do pomocy w wypełnianiu dokumentów. ONE dba również o opiekę poporodową. W rejonie Brukseli i Walonii istnieje ponad 627 punktów konsultacyjnych

dla dzieci w wieku 0–6 lat. Ich celem jest profilaktyka zdrowia dziecka. ONE wspiera także rodziny w kwestii jakości spędzania czasu wolnego dzieci w wieku 3–12 lat. Działania te obejmują zagospodarowanie czasu wolnego po zajęciach szkolnych w środę po południu, a czasami w weekendy, pomoc w odrabianiu lekcji, organizację wypoczynku letniego. Generalną misją Urzędu jest wspieranie rozwoju i kreatywności dziecka oraz pomoc rodzicom (szczególnie samotnym) [www.one.be.].

W Seine-Saint-Denis od listopada 2003 r. funkcjonuje *Dom Matki i Dziecka* Colette Coulon. Jest on przeznaczony dla ok. 15 dorastających dziewcząt niemających wsparcia w rodzinie. Do placówki mogą trafiać nieletnie będące już w trzecim miesiącu ciąży i przebywać do chwili ukończenia przez dziecko 2 lat. Oprócz schronienia i wyżywienia ośrodek przygotowuje je do pełnienia roli matki. Dom znajduje się w obrębie miasta, w pobliżu stacji metra, dzięki czemu młode dziewczęta mogą łatwo dojeżdżać do szkoły. W placówce zatrudnieni są wychowawcy, pracownik socjalny, psycholog, pielęgniarka pediatryczna, doradca ekonomiczny, doradca rodzinny, asystent pomagający w opiece nad dziećmi. Dwa razy w tygodniu dyżury pełni położna. Dwa popołudnia w tygodniu realizowany jest program „Warsztat dziecko”. Matki mogą zostawić dziecko pod opieką pracowników i spędzić czas wolny poza terenem Domu. Realizowane są też zajęcia z gotowania i racjonalnego odżywiania. Zespół pomaga dziewczętom w utrzymaniu więzi z ojcem dziecka i jej rodziną jeśli jest to możliwe. Przywrócenie więzi rodzinnych jest w niektórych przypadkach procesem długotrwałym. Zgodnie ze statutem, nieletnie mają możliwość wypowiedzania się w kwestiach działania Placówki [Rouff, 2004].

W Brukseli natomiast, 16 rodzin, głównie nieletnich matek z dziećmi, może skorzystać z usługi wsparcia i interwencji TREMP LIN. Misją TREMP LIN jest przede wszystkim pomoc rodzinom stworzonym przez małoletnie, niedojrzałe dziewczęta [www.tremp linsaie.be.] i profilaktyka rozrodczości nieletnich. W 2014 r. TREMP LIN było współorganizatorem Sympozjum „*Nieletnie cięższe, dojrzewanie, rodzicielstwo – Jeszcze młodzi a już... rodzice*”, którego celem była odpowiedź na pytanie „*Jakie wsparcie należy jeszcze skierować do nieletnich rodziców?*”. Po spotkaniu wyciągnięto następujące konkluzje, które starano się wcielić w życie:

- kłaść nacisk na rzetelnie realizowanie w szkołach zajęć z edukacji seksualnej celem zmniejszenia rozrodczości wśród nieletnich;
- pomagać nieletnim rodzicom w kontynuowaniu edukacji;
- wzmacniać w młodych chłopcach poczucie odpowiedzialności i ukazywać znaczącą rolę ojca w opiece i wychowaniu dziecka;
- uczyć bycia rodzicem;
- pomagać nieletnim rodzicom w zdobyciu mieszkań socjalnych;
- pomagać w naprawianiu relacji z rodziną nieletniej;
- nie dopuścić do izolacji młodych rodziców, gdyż może to pogłębić ich poczucie bezradności;

- doszkalać pracowników socjalnych, szczególnie z zakresu wielokulturowości (50% nieletnich cięż ma miejsce w grupie emigrantek) [<http://ligue-enseignement.be/mineures-enceintes-adolescence-et-parentalite-encore-jeunes-et-deja-parents>].

W 2012 r. 1082 nieletnie w wieku 14–17 lat urodziły dziecko; liczba ta jest względnie stała od lat. Jest to wynik realizowanych na szeroką skalę działań edukacyjnych, profilaktycznych, promujących świadome stosowanie antykoncepcji. Dostęp do antykoncepcji jest bezpłatny i anonimowy, ale dla osób powyżej 16 lat. Pozarządowa Koalicja na Rzecz Praw Dziecka (La Coordination des ONG pour les droits de l'enfant (CODE)) apeluje do lekarzy, żeby przepisywali osobom poniżej 16 r. życia środki antykoncepcyjne nawet bez zgody rodziców. [*Les mineurs ont-ils le droit de disposer de leur corps*, 2014].

W promowanie zdrowego stylu życia są zaangażowani naukowcy. Zdaniem zespołu badaczy z Université Catholique de Louvain pod kierunkiem Isabelle Aujoulat należy jeszcze większy nacisk położyć na edukację młodzieży z zakresu zdrowia reprodukcyjnego, ze szczególnym uwzględnieniem wiedzy o antykoncepcji i chorób przenoszonych drogą płciową. Każdy nastolatek powinien otrzymać wyraźne i dokładne informacje na temat wszystkich metod antykoncepcyjnych, ich wad i zalet, przeciwwskazań, ceny, etc.

Zaleca się, żeby zajęcia z edukacji seksualnej były prowadzone przez specjalistów, w małych grupach, w regularnych odstępach czasu, we wszystkich poziomach szkół. Zajęcia powinny się zacząć najpóźniej w ostatniej klasie szkoły podstawowej.

W ramach tych zajęć należy systematycznie dostarczać informacji na temat:

- antykoncepcji doraźnej („morning after pill”): wiadomości powinny być przekazywane zarówno dziewczętom jak i chłopcom;
- możliwości zajścia w ciążę już podczas pierwszego stosunku;
- pierwszych oznak ciąży;
- rozwoju dziecka w łonie matki;
- aborcji;
- podstawowych zasad opieki nad dzieckiem, relacji dziecko-rodzic, zasad bezpieczeństwa.

Oprócz przekazywania informacji należy w pracy z młodzieżą stosować metody aktywne mające na celu m.in.:

- nabycie lub umocnienie umiejętności życiowych, takich jak zdolność do identyfikacji i wyrażania uczuć, negocjacji;
- eliminowanie skrępowania podczas rozmów z partnerem o wyborze antykoncepcji;
- wpajanie chłopcom zasad odpowiedzialności.

Zdaniem autorów w profilaktykę rozrodczości nieletnich powinni być zaangażowani także rodzice, dyrektorzy szkół, nauczyciele, lekarze, media.

Zespół badaczy zrealizował w regionie m.in. następujące projekty:

1) „Diagnoza – ciąża”

Celem projektu było wspieranie psychiczne i edukacyjne dziewcząt od chwili zdiagnozowania u nich ciąży. Informacje przekazane ciężarnym mają im pomóc podjąć decyzję co do swojej przyszłości (donoszenie ciąży→ ślub z ojcem dziecka; donoszenie ciąży→ samotne wychowanie dziecka, donoszenie ciąży→ adopcja; aborcja). Do pracy z nieletnią realizujący projekt angażują w miarę możliwości jej partnera seksualnego, rodziców lub (najczęściej) wskazaną przez nieletnią osobę z najbliższego otoczenia, aby pomagali ją wspierać aż do chwili porodu.

2) „Narodziny dziecka”

Celem projektu jest:

- promowanie, wspieranie nieletnich rodziców w opiece nad dzieckiem;
- organizowanie spotkań młodych rodziców celem wymiany doświadczeń;
- pomoc w organizowaniu godnych warunków mieszkaniowych dla matki i dziecka;
- pomoc młodym dziewczętom (młodym rodzicom) w umiejętności dostrzegania także własnych potrzeb (organizowanie szkoleń, zachęcanie do kontynuowania nauki) [Aujoulat i współ., 2007].

W Belgii uważa się, że każdy rodzic ma obowiązek podjąć dialog dotyczący kwestii seksualnych. Dzięki zajęciom profilaktycznym realizowanym w szkole i informacjom przekazywanym w domu, nastolatki uczą się przyjęcia odpowiedzialnego i właściwego zachowania w tym zakresie. Edukacja w szkole i rodzinie ma zasadnicze znaczenie. *Jeżeli nie chcemy niechcianych ciąż czy aborcji to nie może być żadnego tabu z zakresu edukacji seksualnej ani w domu, ani w szkole, musimy mówić młodym ludziom, że seks jest piękną i naturalną praktyką, ale towarzyszą mu konsekwencje*, stwierdza seksuolog dr Dominique Roynet [Robin, 2016].

4. Francja

We Francji pomoc społeczna jest regulowana m.in. następującymi aktami prawnymi:

- *Konstytucja Republiki Francuskiej, (Constitution de la République française) z 4 października 1958 r.;*
- *Kodeks cywilny (Code civil des Français, Le code Napoléon) z 8 marca 1804;*
- *Kodeks Działań Społecznych i Rodzinnych, (Le Code de l'Action Sociale et Familiale) z 31 grudnia 2007;*
- *Kodeks zabezpieczenia społecznego, (Code de la sécurité sociale), wersja z 12 września 2016;*
- *Ustawa z 14 marca 2016 w sprawie ochrony dzieci (Loi du 14 mars 2016 relative à la protection de l'enfant);*
- *Dekret dotyczący wzrostu dodatków rodzinnych, (Décret nr 2008-409 du 28 avril 2008 relatif à la majoration unique des allocations familiales à quatorze ans).*

Zdolność do czynności prawnych nabywa się we Francji z chwilą ukończenia 18 lat (art. 414 K.C.). Rodzice do czasu uzyskania przez dziecko pełnoletniości powinni zapewnić mu bezpieczeństwo, chronić jego zdrowie, moralność, zapewnić wykształcenie i umożliwić jego rozwój. Rodzice powinni pomagać dzieciom w podejmowaniu decyzji, które je dotyczą, stosownie do ich wieku i dojrzałości [art. 371-1 K.C.].

Małżeństwo nie może być zawarte przed ukończeniem 18 lat (art. 144). Prokurator z ważnych powodów może wyrazić zgodę na wcześniejsze zawarcie małżeństwa (art. 145). Nieletni nie mogą zawrzeć związku bez zgody rodziców (art. 148 K.C.).

We Francji nawet jeżeli osoba nie ukończyła 18 lat, a posiada dzieci może ubiegać się o zasiłki rodzinne. Według artykułu L. 512-1 kodeksu zabezpieczenia społecznego „każdej osobie będącej obywatelem francuskim lub zamieszkającą we Francji, która ma na utrzymaniu dzieci mieszkające we Francji, przysługują świadczenia rodzinne [...]”.

Dodatek rodzinny we Francji ma więc charakter powszechny, przysługuje każdej rodzinie mającej pobyt stały. Wypłaca się go do 20 (w określonych przypadkach 21.) roku życia dziecka. Wysokość zasiłku zależy od wieku dziecka. Zgodnie z Dekretem dotyczącym wzrostu dodatków rodzinnych z 28 kwietnia 2008 dla dzieci urodzonych po 30 kwietnia 1997 roku przewidziano jedną podwyżkę o 60,16 euro miesięcznie, która wchodzi w życie miesiąc po 14 urodzinach dziecka. Dla dzieci urodzonych przed 30 kwietnia 1997 roku podwyżki przedstawiają się następująco: na dziecko powyżej 11 lat – 34,01 euro miesięcznie, na dziecko powyżej 16 lat – 60,46 euro miesięcznie.

Od pierwszej wizyty u ginekologa, potwierdzającej ciążę kobieta otrzymuje dokumenty, które pozwalają jej na korzystanie z:

- ***Świadczenia usług dla małych dzieci, Prestation d'Accueil du Jeune Enfant (PAJE)**; zasiłek jest wypłacany przez fundusz rodzinny (CAF), niezależnie od sytuacji rodzinnej i narodowości, jeśli dochód nie przekracza pewnych granic. Wysokość świadczeń rodzinnych jest ustalana i regulowana 1 kwietnia każdego roku zgodnie z „przewidywaniem średnich cen rocznych z wyłączeniem tytoniu” [Le régime français de protection sociale des travailleurs salariés (régime général), 2016].
 - **Podstawowy zasiłek** – 184,62 euro miesięcznie w pełnej wysokości, wypłacany co miesiąc od daty urodzenia dziecka do trzech lat. Jeśli matka dostaje RSA, zasiłek podstawowy zmniejsza się o tę kwotę.
 - **Zasiłek rodzinny**: dla osób posiadających co najmniej dwoje dzieci na utrzymaniu w wieku do 20; niezależnie od sytuacji rodzinnej zasiłki są wypłacane co miesiąc przez CAF począwszy od miesiąca następującego po urodzeniu drugiego dziecka. Wysokość zależy od liczby dzieci 127,05 € dla 2 dzieci, 289,82 € dla trojga.
 - **Dodatek macierzyński (becikowe)** – 927 euro, płatne w całości po urodzeniu dziecka.

- **Specjalne dodatki na opiekę dzienną i szkolną.** Zasiłek ten przysługuje rodzicom, którzy całkowicie zrezygnują z pracy lub pracują na pół etatu. Z kolei pracujący rodzic otrzyma pomoc finansową, aby pokryć koszty np. opiekunki.
- **Dodatki dla samotnych rodziców 100,08 euro miesięcznie na dziecko do 21 lat.**
- Zasiłek szkolny wypłacany przez CAF raz w roku wynosi od 362,63 do 395,90 euro w zależności od wieku dziecka, płatny jednorazowo przed rozpoczęciem roku szkolnego.

Inna pomoc, dla osób o niskich dochodach:

- **RSA (Le revenu de solidarité active)**
Prawo do korzystania z zasiłków RSA posiadają:
 - kobiety w ciąży żyjące samotnie lub z partnerem;
 - samotni rodzice o ograniczonych zasobach finansowych lub bez dochodów;
 - obywatele francuscy;
 - osoby nie będące obywatelami francuskimi, ale mieszkające we Francji co najmniej 5 lat.
 O pomoc mogą starać się też osoby niepełnoletnie, uczniowie, studenci, bezrobotni niezarejestrowani w urzędzie pracy.

- ***Matki/rodzice niezaradni mogą starać się o otrzymanie zasiłku (l'Aide sociale à l'enfance) (ASE), (pomoc socjalna dla dzieci).** Miesięczny zasiłek może być przyznany na początku ciąży: wysokość różni się w zależności od sytuacji rodziny [*Enceinte: les aides que vous pouvez obtenir*, 2016].

We Francji większość kosztów związanych z przebiegiem ciąży i porodem jest bezpłatna: comiesięczne konsultacje, badania lekarskie, 3 USG (dwa pierwsze wykonane przed 5 miesiącem ciąży są pokrywane w 70%, trzeci wykonany po 6 miesiącu ciąży jest darmowy) ewentualne koszty hospitalizacji związanych z koniecznością pobytu w szpitalu. W centrach Protection maternelle et infantile (PMI), (Centra ochrony matki i dziecka), wszystkie zabiegi są darmowe, mogą więc z nich skorzystać kobiety o najniższych dochodach, nieubezpieczone nastolatki, którym rodzice odmówili pomocy [*Aides financières et allocations*].

Zgodnie z art. 221-2 *Kodeksu Działań Społecznych i Rodziny* (*Code de l'Action Sociale et Familiale*) z 31 grudnia 2007 r., w każdym regionie musi funkcjonować schronisko (dom) dla kobiet w ciąży lub samotnych matek z dziećmi poniżej 3 r. życia będących w potrzebie materialnej i/lub wymagających wsparcia psychologicznego. Ma to zapobiec porzucaniu dzieci. Łącznie we Francji działa 166 takich domów, w tym 6 w departamentach zamorskich: 1 na Martynice i 5 na wyspie Reunion. Kobiety otrzymują także wkład finansowy w postaci pojedynczego pakietu, który ma służyć przekwalifikowaniu się, poszukiwaniu i podjęciu pracy. Długość pobytu w ośrodku jest wstępnie planowana na okres 6 miesięcy, z możliwością przedłużenia maksymalnie do 3 lat [*Annuaire des Etablissement d'accueil mère-enfant*].

Poniżej przybliżono działalność kilku ośrodków pomocy dla kobiet:

„La Tilma”

Stowarzyszenie „La Tilma”¹ otworzyło w Vannes w Bretanii dom (pięć pokoi typu studio i T2 (pokój, salon + łazienka), który służy za schronienie kobietom w ciąży (szczególnie dla tych, dla których poczęcie dziecka było nieplanowane i jest niepożądane). W ośrodku można przebywać od pierwszych dni ciąży do 6. miesiąca życia dziecka. Przebywanie poza rodzinnym domem ma umożliwić poprawę z rodzicami i ojcem dziecka. Pielęgniarka, pracownik socjalny oraz wolontariusze wspierają mieszkanki psychicznie i pomagają im budować przyszłość już z dzieckiem.

Dom Magnificat Touraine

W Touraine (obszar wiejski) powstał dom dla kobiet założony przez organizację „Magnificat Accueillir la Vie”. Ośrodek może pomieścić 8 kobiet z dziećmi. Czas pobytu trwa od początku ciąży do 4 miesiąca życia dziecka. W Domu mogą przebywać kobiety różnego wyznania, pomimo iż program wsparcia oparty jest na wartościach chrześcijańskich. Personel składa się z pracowników socjalnych, doradców, wolontariuszy, którzy mają nauczyć młode mamy swobodnie podejmować decyzje. Ośrodek współpracuje:

- z szpitalem i ośrodkami zdrowia,
- z CAF (Caisse d’allocations familiales, Funduszem Zasiłków Rodzinnych),
- z CPAM (Caisse primaire d’assurance maladie, Funduszem Ubezpieczeń Zdrowotnych) i
- z Pole emploi (Urzędami Pracy).

Dom Marty i Marii

Stowarzyszenie Dom Marty i Marii założone w 2010 roku uruchomiło nową formę pomocy dla kobiet w ciąży poprzez ich wspólne mieszkanie ze studentami i absolwentami wyższych uczelni. Celem pracy Domu jest wspólna praca socjalna, której efektem ma być akceptacja narodzin dziecka i stworzenie stabilnej przyszłości (kontynuacja wykształcenia, znalezienie zatrudnienia). Pierwszy „wspólny” dom został otwarty w **Lyonie** w grudniu 2011; składał się z mieszkania 162 m² – 7 sypialni. Kolejny otwarto w 2014 roku w **Paryżu** (mieszkanie 4 pokojowe). Obecnie stowarzyszenie przygotowuje we współpracy z Foyer Malberg otwarcie Domu w centrum Metz.

Domy Tom Thumb

Stowarzyszenie „Tom Thumb House” pierwszy dom dla ciężarnych kobiet potrzebujących pomocy założyło w 1987 roku w Seine-et-Marne. W 2008 roku, powstał drugi dom położony kilka kilometrów dalej. Dzisiaj dwa domy mogą pomieścić do

1 La Tilma – nazwa tradycyjnego okrycia meksykańskiego, peleryny

22 kobiet z dziećmi. Cechą charakterystyczną placówki jest to, że służy pomocą kobietom nawet w najbardziej błahych problemach i ma je przygotować na nadejście dziecka. W związku z tym, że kobiety muszą opuścić ośrodek po urodzeniu dziecka, pracownicy poprzez stałą współpracę z urzędnikami starają się znaleźć kobietom mieszkanie i pracę.

Domy Betlejem w Tulonie

Ośrodek w Tulonie został założony z inicjatywy biskupa Fréjus-Toulon i jest przeznaczony dla kobiet bez względu na wyznanie. W budynku, w skład którego wchodzi 13 niezależnych mieszkań typu studio, mogą zamieszkać kobiety zaraz po porodzie lub z dzieckiem do 3 lat. Pobyt nie może trwać dłużej niż 12 miesięcy. Placówka oferuje warsztaty i zajęcia grupowe z zarządzania budżetem, prowadzenia domu, rekreacyjne. Wolontariusze pomagają znaleźć pracę, mieszkanie, uczą załatwiania spraw w urzędach.

W Neuilly-sur-Seine zakon Sióstr Miłosierdzia otworzył w 2010 r. dom *El Paso*² dla ciężarnych kobiet, które chcą urodzić dziecko, bez względu na ich wyznanie. Każda kobieta mieszka w osobnym pokoju, posiłki są jadane wspólnie. Zespół wolontariuszy świeckich pomaga siostram we wszystkich dziedzinach. Są to głównie specjaliści z zakresu medycyny i pomocy społecznej: pracownicy socjalni, psychologowie, położne, doradcy małżeńscy i rodzinni. Ich zadaniem jest uświadomienie przyszłym, samotnym matkom, że nie są ze swoimi lękami i problemami same.

El Paso został powołany w celu:

- stworzenia kobietom stabilnego miejsca, przygotowującego je do porodu;
- zapewnienia monitorowania przebiegu ciąży;
- pomagania w reintegracji społecznej i zawodowej;
- mobilizowanie młodych kobiet do udziału w życiu domowym;
- duchowego wsparcia z uwzględnieniem i poszanowaniem przekonań religijnych podopiecznych.

Jest to miejsce słuchania i rozeznawania osobistych problemów matek i ich dzieci [<http://fondationsaintegenevieve.org/Le-Foyer-El-Paso>].

Stowarzyszenie „AMADO”³ z Carpentas daje schronienie kobietom w ciąży. Umeblowane pokoje mogą pomieścić do sześciu młodych kobiet. Misją Amado jest:

- pomagać młodym kobietom na różnych etapach ciąży;
- promować więź matka-dziecko i wspierać młode kobiety w wypełnianiu roli macierzyńskiej;
- informować o ich prawach i dostępie do opieki zdrowotnej;
- pomagać w zdobyciu mieszkania, zawodu, zatrudnienia [www.maison-amado.org].

2 Z hiszpańskiego droga

3 AMADO od prowansalskiego słowa ukochana

We Francji gminy finansują powstawanie i działalność „*Centrum dla matek*”. Centra są przeznaczone dla kobiet od 7 miesiąca ciąży i dla samotnych matek z dziećmi poniżej 3 lat. W zależności od miasta oferują od 10–50 miejsc, wsparcie psychologiczne, edukacyjne i materialne [*Foyers et maisons d'accueil pour vivre sa grossesse*, 2016].

5. Anglia

W Anglii pomoc społeczna jest regulowana m.in. następującymi aktami prawnymi:

- *Prawo rodzinne, Family Law Act 1996*, chapter 27;
- *Kodeks Cywilny, Civil Code*, chapter 16;
- *The Welfare Reform Act*, 2012.

Jedna czwarta brytyjskich dzieci żyje w gospodarstwach domowych z jednym rodzicem. Wielka Brytania ze względu na oferowaną pomoc materialną jest nazywana „zachodnią stolicą osób samotnie wychowujących dzieci”. Bob Rowthorn prof. ekonomii z Uniwersytetu w Cambridge stwierdził, że system pomocy społecznej zachęca młodych Brytyjczyków do samotnego rodzicielstwa, zniechęca natomiast do rodzenia dzieci w zalegalizowanych związkach [Carvel, 2005].

Matki poniżej 16 roku życia, nie otrzymują żadnych korzyści osobiście, ze świadczeń mogą skorzystać ich rodzice lub opiekunowie prawni [188 art. K.C.].

Pozostali rodzice bądź opiekunowie prawni matek małoletnich mogą ubiegać się m.in. o następującą pomoc socjalną:

- zasiłek rodzinny, który wynosi £ 20,30 tygodniowo na pierwsze dziecko i £ 13,40 na tydzień dla kolejne dzieci. Jeśli rodzic osiąga dochód przekraczający ustaloną corocznie kwotę wysokość zasiłku będzie pomniejszona;
- kobiety w ciąży i matki posiadające dziecko, które nie ukończyło roku mają prawo do korzystania z bezpłatnej opieki stomatologicznej i bezpłatnych recept;
- rodzice samotni, niepełnoletni oraz o niskich dochodach kwalifikują się do programu „Zdrowy Start” („Healthy Start”); kobiety muszą być co najmniej w 10 tygodniu ciąży, rodzice posiadać dziecko w wieku do czterech lat. Program przewiduje darmowe tygodniowe bony na mleko świeże lub w proszku, świeże lub mrożone owoce i warzywa, suplementy witaminowe bez recepty;
- rodzice samotni lub o niskich dochodach mogą ubiegać się o zasiłki dla poszukujących pracy, dodatki mieszkaniowe, pomoc w płaceniu części czynszu;
- kobiety mogą otrzymać 500 £ „becikowego” (*Sure Start maternity grant*) w celu zakupu wyprawki dla dziecka;
- osoby, które zastały rodzicami przed ukończeniem 20 lat i uczą się/studiują mogą otrzymać zasiłek *Care to Learn*, aby móc opłacić koszty opieki nad dzieckiem. Uczący się rodzice mogą także otrzymać stypendium w wysokości 1200 £ rocznie ze swojej szkoły lub uczelni. Pomoc ta wypłacana jest do 16 lub do 19 r. życia [*Your rights and benefits*, 2016];

- samotny rodzic w wieku 16–17 lat otrzymuje 57, 90 £ tygodniowo na dziecko, a rodzic w wieku 18 lat lub więcej 73,10£ [*Income Support, 2016*].

Ponadto na wyspach działa ponad 3000 organizacji charytatywnych, które pomagają także samotnym rodzicom, którzy spełniają ich kryteria. Jednorazową dotację można uzyskać np. na cele edukacyjne [Holmes, 2013].

Wskaźnik ciąży w Anglii w grupie wiekowej poniżej 18 lat jest obecnie na najniższym poziomie od ponad 20 lat, ale wciąż jest niedopuszczalnie wysoki. Zmniejszenie wskaźnika jest spowodowane realizacją wieloobszarowych strategii. W 2000 r. zaczęto realizować *Teenage Pregnancy Strategy*, która przez 10 lat realizacji przyniosła zdaniem badaczy wymierne efekty (choć nie we wszystkich aspektach). Przed wszystkim stwierdzono, że dzięki wdrożeniu strategii:

- zmniejszył się o ¼ wskaźnik urodzeń wynikający z niestosowania lub niewłaściwego stosowania antykoncepcji;
- zaczęto realizować program dla nastoletnich, uczących się rodziców *Care to Learn*, który pozwala na pokrycie kosztów opieki nad dziećmi, aby młodzi rodzice mogli kontynuować naukę;
- zaczęto realizować program „Rodzina–Pielęgniarka–Partnerstwo” („The Family-Nurse-Partnership”), który uczy młodych rodziców opieki nad dzieckiem, a także uczy ich wspólnego życia pod jednym dachem, pomaga znaleźć zatrudnienie. (Badania ukazują, że 56,3% samotnych, ale pracujących rodziców przekazuje swoim dzieciom pozytywne nastawienie do pracy i chęć niezależnienia się od zasiłków, zmniejszenia zarówno kwoty i czasu uzyskiwania pomocy) [Portier-Le Cocq, 2010];
- zaczęto realizować programy pomagające młodym rodzicom w znalezieniu oddzielnego mieszkania;
- otwarto wiele placówek promujących antykoncepcję i postawy prozdrowotne;
- przeszkolono ok 10. tys. nauczycieli, personelu pomocniczego, pielęgniarek szkolnych z zakresu prowadzenia poufnych rozmów z młodzieżą o życiu płciowym;
- sfinansowano nagradzane kampanie reklamowe m.in. *Seks – Warto rozmawiać*, (*Sex – worth talking about*).

Te inicjatywy przyczyniły się również do podjęcia debaty o seksie nastolatków, potrzebie realizacji rzetelnej edukacji seksualnej w szkołach i wykształceniu odpowiedniej kadry. Zauważono też, że coraz więcej młodych ludzi i ich rodziców pewniej rozmawia o seksie i związkach nastolatków.

Jedynym aspektem niezrealizowanym w ciągu 10 lat jest kwestia aborcji. Nie udało się obniżyć wskaźnika dokonywania zabiegów przerywania ciąży w grupie nieletnich dziewcząt.

Wg TPIAG (Teenage Pregnancy Independent Advisory Group) grupy wdrażającej strategię, praca socjalna z nieletnimi nie może zostać przerwana. W tym celu:

- służba zdrowia powinna oferować pełen zakres bezpłatnej antykoncepcji dla młodzieży. Powinna też stworzyć kliniki promujące zdrowie seksualne w miej-

sach łatwo dostępnych dla nastolatków. Władze powinny zdać sobie sprawę z korzyści płynących z dofinansowywania antykoncepcji dla młodzieży. Każdy 1 £ zainwestowany w antykoncepcję oszczędza Narodowemu Funduszowi Zdrowia 11 £ ewentualnych kosztów związanych z zasiłkami dla samotnych rodziców.

- należy ujednoczyć na terenie całego kraju program nauczania z edukacji seksualnej (sex and relationships education, SRE), aby każdy uczeń był wyposażony w odpowiednią wiedzę. Rzetelnie realizowane zajęcia, prowadzone przez wykwalifikowanych specjalistów dają dzieciom i młodym ludziom wiedzę, uczą odpowiedzialności, kształtują umiejętność asertywnego zachowania (np. wobec namowy partnera, czy presji mediów). „Dzieci potrzebują wysokiej jakości edukacji seksualnej, dzięki której będą mogły dokonywać mądrych i świadomych wyborów”. TPIAG wzywa rząd do pracy z młodymi ludźmi, rodzicami, szkołami i organizacjami, w celu stworzenia nowych wytycznych realizacji SRE.
- koszty nastoletnich ciąż powinny być wliczone w biznesplan w Departamencie Edukacji i Departamencie Zdrowia [Frances, 2010.]

Wybrane formy pomocy pozamaterialnej nieletnim rodzicom

W kwestii zapobiegania ciąży nieletnich władze dzielnicy **Londonu Haringey**:

- finansują m.in. telefon zaufania (czynny od poniedziałku do piątku od 09:30 do 16:30), porady i informacje dotyczące zdrowia seksualnego (udzielane także przez pracowników przychodni i ośrodków zdrowia);
- dystrybuują bezpłatną książeczkę w wersji papierowej i elektronicznej dostarczającą szeregu informacji na temat zachowań prozdrowotnych;
- finansują program rozprowadzania darmowych prezerwatyw dla osób poniżej 25 r. życia w Haringey i w całym Londynie. Wiele aptek zapewnia bezpłatny dostęp do antykoncepcji hormonalnej (EHC) do kobiet poniżej 25 roku życia i do testów na obecność chłamydii.
- współpracują z Kliniką Zdrowia Seksualnego Św. Anny (Sexual Health Clinic St Ann's).

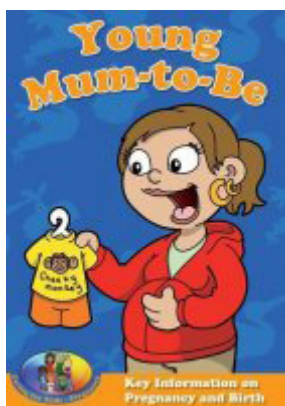
Władze dzielnicy przeprowadziły również wśród młodzieży badania dotyczących oczekiwań w kwestii realizacji zajęć z SRE. Młodzi ludzie chcą otrzymywać rzetelną wiedzę o dojrzewaniu, antykoncepcji, HIV, chorobach przenoszonych drogą płciową, sposobów radzenia sobie z presją rówieśników. Uczniowie chcieliby uczyć się poprzez udział w zajęciach aktywnych (debata, zapraszanie ekspertów, grupy teatralne, filmy). Uważają też, że pracownicy ośrodków zdrowia powinni być bardziej empatyczni i pomagać im przełamać opór w zadawaniu pytań na temat antykoncepcji oraz poświęcać im więcej czasu [Hanney, 2016].

Teenage Pregnancy Strategy Group w Rochdale oferuje usługi wsparcia młodym mamom. Pomagają rozwijać umiejętności i zaufanie potrzebne do samodzielnego życia: zarządzanie budżetem, gotowanie, poczucie własnej wartości, pewności siebie. Pomagają też znaleźć mieszkanie. Dzięki realizacji strategii w Rochdale odnotowano spadek nastoletnich ciąż od 1998 do 2008 o 11,3%. 46% młodych matek

rozpoczyna pracę, lub kontynuuje edukację (wskaźnik wyższy od średniej krajowej o 29%) [*Teenage pregnancy*, 2016].

Krajowa Sieć Nastoletniej Ciąży i Położnictwa **National Teenage Pregnancy Midwifery Network** ma na celu ułatwienie dostępu nastoletnim rodzicom do fachowych usług położniczych, wspieranie psychiczne nastolatków, pomoc w opiece nad dziećmi. Sieć została założona przez dwie położne, specjalistki od ciąży nieletnich w 2001 r. Działając on-line umożliwia wymianę doświadczeń, pomysłów z innymi położnymi, rodzicami, osobami zainteresowanymi pomocą nastoletnim rodzicom i naukowcami. Wydaje e-Newslettera trzy razy do roku, na łamach którego członkowie mogą publikować wyniki swoich badań, doświadczenia i pomysły. Działalność NTPM:

- 1) wydawanie publikacji dla młodych rodziców m.in. :
 - *Podręcznik dla młodej kobiety w ciąży (The young woman's guide to pregnancy)*; Ten kompleksowy 96-stronicowy przewodnik został napisany i zaprojektowany specjalnie dla młodych kobiet. Oprócz fachowych treści zawiera zdjęcia i historie nieletnich matek.
 - *Young Mum-to-Be* to 32 stronicowa książeczka podająca dokładne informacje na temat rozwoju dziecka w łonie matki, zdrowego odżywiania, picia, palenie, uprawiania seksu podczas ciąży, przygotowania do porodu, narodzin dziecka, karmienia piersią, kąpeli, zapobiegania kolejnym ciążom. Treści są przedstawione w postaci czytelnych obrazków.



- 2) Sieć prowadzi również strony dla młodych rodziców m.in.:
 - czat dla młodych rodziców, Little Lullaby – littlelullaby.org.uk;
 - strona internetowa wspierająca karmienie piersią;
 - stop paleniu przez nastolatki w ciąży www.beastar.org.uk/ www.tommysbabybe.org.uk;
 - zdrowe odżywianie się w czasie ciąży: praktyczny przewodnik do wspierania młodzieży (First Steps Nutrition Trust); szczegółowy i praktyczny przewodnik niedrogich dań;

- wystarczająco dobre do jedzenia (Good enough to eat zalecane przez Komisję ds. Żywności);
 - młodzi tatusiowie – na kanale Youtube umieszczone są filmy dla młodych ojców. W Wielkiej Brytanii działa Instytut Ojcostwa (The Fatherhood Institute) – organizacja charytatywna założona w 1999 r. celem zachęcenia mężczyzn do większego angażowania się w proces opiekuńczo-wychowawczy dzieci www.dad.info.
 - antykoncepcja przed i po porodzie;
 - wytyczne do pracy z nastolatkami w ciąży;
 - poporodowe konsultacje telefoniczne.
- 3) Sieć bardzo angażuje się w realizację programu mającego na celu zapobieganie ponownemu zachodzeniu w ciążę przez nastolatki. Usługi realizowane w ramach projektu (zapewnienie dostępu do antykoncepcji, porada, wsparcie w ramach opieki położniczej) skutecznie przyczyniają się do zapobiegania nieplanowanym kolejnym ciążom wśród młodych kobiet. W South Tyneside⁴ pielęgniarka ds. planowania rodziny rozpoczyna pracę z nastolatką od jej pierwszej wizyty potwierdzającej ciążę. Od tego czasu rozpoczyna się proces planowania wyboru i stosowania antykoncepcji po porodzie. Kolejne spotkania-szkolenia następują po 28, 34 i 38 tygodniu ciąży, po urodzeniu dziecka i w zależności od rodzaju wybranej antykoncepcji także w domu. Jeśli nastolatka wybiera metodę długodziałającą (implant, wkładka wewnątrzmaciczna) rola pielęgniarki ogranicza się do pomocy w umawianiu terminów konsultacji z ginekologiem. Jeśli młode kobiety wybiorą doustne środki antykoncepcyjne, pielęgniarka powinna dostarczyć zapas tabletek na 3 miesiące, odwiedzać młode matki w domu i przypominać o zasadach ich stosowania. Generalnie zadaniem pielęgniarek jest znalezienie najodpowiedniejszej antykoncepcji dla nastolatki.

W Wigan⁵ nastolatki w ciąży mają oprócz podstawowej opieki położniczej zapewnioną pomoc w postaci usług pielęgniarki ds. planowania rodziny. Podczas pierwszego kontaktu (16–18 tygodnia ciąży) położna omawia przyszłościowe stosowanie antykoncepcji, z wyjaśnieniem wszystkich metod, a jeżeli młoda kobieta dokona wyboru, szczegółowo omawia konkretną metodę. Dostarcza informacji o chorobach przenoszonych drogą płciową, demonstrowa używanie prezerwatyw i daje nastolatce ich zapas. Kwestie antykoncepcji są podnoszone ponownie, ok. 30 tygodnia ciąży, potem podczas poporodowej wizyty domowej. Położna omawia także wpływ alkoholu i narkotyków na działanie środków antykoncepcyjnych. Wyniki badań ukazują, że tylko dwie ze 130 nastolatek biorących udział w programie ponownie zaszło w ciążę.

4 South Tyneside dystrykt położony w hrabstwie metropolitalnym Tyne and Wear w północnej Anglii

5 Wigan miasto położone w północno-zachodniej części Anglii

W Leeds⁶ położna prowadzi indywidualne konsultacje, z nieletnimi poniżej 17 lat w szkole lub w domu oraz szkolenia grupowe dla ciężarnych w wieku 17–19 lat. Szkolenia te odbywają się w budynku ośrodka zdrowia-kliniki położniczej. Kobiety są zaznajamiane z metodami antykoncepcji przez cały okres ciąży.

W Oksfordzie, położne kierują nastolatki w ciąży do specjalistycznych klinik planowania rodziny. Kliniki te tworzą poporodowy plan stosowania antykoncepcji [*The National Teenage Pregnancy Midwifery Network*, 2014].

Od końca lat 70. XX w., w Wielkiej Brytanii działały centra dla rodzin. Podstawę ich tworzenia stanowiły inicjatywy, które opierały się na założeniu, że pomoc dla dzieci i rodzin, szczególnie tych o niskim statusie materialnym musi być oparta na siłach tkwiących w środowisku lokalnym, w którym dana rodzina żyje [Cannan, Warren, 1997]. Funkcjonowanie centrum koordynowała organizacja National Family Centre Network. Etap rozwoju centrum, które koncentrowały swoją działalność na wsparciu rodzin znajdujących się poza systemem pomocy społecznej, organizowanie działań samopomocowych i rozwojowych na poziomie społeczności lokalnej skończył się wraz ze wzrostem oczekiwań władz lokalnych, które przekierowały działalność centrum na klientów pomocy społecznej. Obecnie centra dla rodzin są zastępowane centrami dla dzieci (funkcjonuje ponad 3000), które podejmują działalność związaną także z przygotowaniem rodziców do pełnienia ról rodzicielskich lub pełnią rolę wspierającą rodziny w trudnych sytuacjach życiowych [Biernat, Przeperski, 2015].

W omawianych państwach poza Ukrainą oprócz zasiłków nieletnie matki mogą skorzystać z pomocy oferowanej przez instytucje rządowe lub pozarządowe. Ośrodki te realizując programy wsparcia pedagogicznego poprzez bezpośrednią pracę z nieletnią i jej rodziną mogą przeciwdziałać patologiom, podejmować próby reintegracji rodziny, wzmacniać oddziaływania wychowawcze wobec dziecka. W niektórych przypadkach podejmują działania mające na celu pedagogizację rodziców.

Placówki te współuczestniczą też w kształtowaniu świadomości ogólnej i opiekuńczo-wychowawczej rodziców, a przez elementy wychowania rodzinnego przygotowują młodzież do bardziej świadomego i odpowiedzialnego rodzicielstwa [Kantowicz, 2001]. Pracownicy tych ośrodków powinni interesować się nie tylko rzetelnymi diagnozami, czyli znajomością okoliczności i najczęściej występujących czynników deprecjacji, ale również etapami działań profilaktycznych i kompensacyjnych z rodziną. Praca socjalna zmierza do tego, aby poprzez niesienie pomocy nieletniej w opiece nad dzieckiem i wychowaniu, wspomagać i ułatwiać prawidłowy rozwój dziecka. Ponadto ważne jest udzielanie poradnictwa z różnych dziedzin (prawne, medyczne, psychologiczne), upowszechnienie informacji o możliwościach korzystania z pomocy instytucjonalnej i pozainstytucjonalnej, aktywizowanie samotnych matek do współpracy z pracownikiem socjalnym w celu poprawy własnej sytuacji oraz wspólne poszukiwanie rozwiązań w konkretnych przypadkach [za: Czech, Goleń, 2012].

6 Leeds – miasto w północnej Anglii

W poszukiwaniu lepszego świata (wnioski)

Raporty międzynarodowe dotyczące sytuacji nieletnich matek nie napawają optymizmem, szczególnie te, które dotyczą mieszkanek Afryki, Azji Południowej czy Europy Wschodniej. Praca socjalna z młodymi matkami i ich rodzinami oznacza dla pracowników i ośrodków pomocy pokonywanie wielu przeszkód. Przykładowo, pracownicy socjalni w omawianych krajach europejskich muszą uporać się z niechęcią swoich klientek do zmiany życia i niezależnienia się ich od zasiłków. W krajach rozwijających się muszą stawić czoła tradycji i przywódcom religijnym oraz plemiennym. Ośrodki pomocy bez względu na kontynent chcąc dokonać wnikliwej diagnozy uwzględniającej specyfikę nieletniego rodzicielstwa, jako jednego z typów rodzin niepełnych muszą pokonywać bariery tkwiące w przepisach prawa, w środowisku lokalnym, nawiązać współpracę z organizacjami rządowymi i pozarządowymi. Muszą też pamiętać, że skuteczne i szerokie wspieranie rodziny wymaga zmiany sposobu jej postrzegania, która niestety bardziej traktowana jest jak klient, petent, pacjent, którym trzeba „zarządzać”, a nie pełnoprawny, autonomiczny partner działań pomocowych i wspierających [Biernat, Przeperski, 2015]. Każda rodzina posiada niezbędne siły do swojego rozwoju, ale wiele rodzin potrzebuje uaktywnienia drzemiącego w nich potencjału. Niezbędnym tego warunkiem jest dostarczenie im różnorodnego wsparcia. Jego istotą jest połączenie sił rodziny oraz sił środowiska lokalnego.

Analiza badań realizowanych w krajach Europy i Ameryki Północnej pozwala wysnuć jeden wspólny wniosek: nieletnie matki to najczęściej córki nieletnich matek, niepracujące i pracy nie szukające. Bez wykształcenia, zawodu, perspektyw, uzależnione od zasiłków, o postawie roszczeniowej, przekazujące ten model życia następnym pokoleniom [Kempińska 2012 a, 2013, 2015 a, b, Wellings, 2007, Suellentrop, Flanigan, 2006, Berrewaerts, Noirhomme-Renard, 2006]. Jak w takiej sytuacji można pomóc rodzinie? Jak powinna przebiegać pomoc, która by jeszcze bardziej nie uzależniała, nie ubezwłasnowolniała? Czy pomoc nieletnim matkom ma tylko ograniczać się do wsparcia materialnego?

Rozważania na temat nastoletniego macierzyństwa chciałabym zamknąć w 4 punktach:

1) Czy należy zakazać wydawania zezwoleń na wcześniejsze zawarcie małżeństwa?

Zgromadzenie Parlamentarne Rady Europy stoi na stanowisku, że prawo krajowe nie powinno zezwalać na odstępstwo od minimalnego wieku zawarcia małżeństwa. Ale czy wprowadzanie takich obostrzeń ma sens? Ma, ale tylko w państwach, gdzie praktyka aranżowania ślubów córek w wieku przedpokwitaniowym jest powszechna. W wielu państwach Afryki i Azji Południowej rodzice wydają córki za mąż jeszcze przed ukończeniem przez nie 15 lat. Wg tradycji dziewczynka powinna zostać wydana za mąż w okresie dojrzewania, być dziewicą, obrzezaną i posłuszną mężowi. Tradycja głosi też, że kobieta ma do spełnienia w życiu tylko 3 role: żony, matki i gospodyni, więc wykształcenie jest jej niepotrzebne. Sytuacja ta powoduje, że odsetek analfabetek w tych krajach jest bardzo wysoki, ponad 50% dziewcząt nie potrafi pisać, ani czytać. Z wykształceniem jest silnie skorelowany wskaźnik płodności i wiek zawarcia małżeństwa. Ukończenie przynajmniej szkoły podstawowej daje dziewczynce nadzieję, że nie zostanie wydana (sprzedana) za mąż przed 15 urodzinami. Rozbudowa sieci szkół, informowanie kobiet i mężczyzn o szkodliwości i okrucieństwie obrzezania, surowe karanie rodziców, narzeczonego za łamanie przepisów prawa dotyczącego wieku zawarcia małżeństwa, rejestrowanie każdego ślubu i traktowanie seksu z osobą poniżej 15 r. życia jako przestępstwa na tle seksualnym może spowodować powolne odchodzenie od praktyki „wczesnych małżeństw” na tych kontynentach. Należy jednak pamiętać, że wierzenia i tradycje są tam tak silnie zakorzenione, że wysiłki zmierzające do zmiany lub eliminowania szkodliwych zwyczajów muszą być wykonane z wielką delikatnością. Naciski państw Zachodu w tym kierunku nie mogą być zbyt silne, bo będą postrzegane, jako akt kulturowego imperializmu. Działania zmierzające do zmiany praktyk tradycyjnych, żeby były efektywne muszą pochodzić z wewnątrz kultury i polegać na współpracy z zagranicą, a nie na narzucaniu przez państwa rozwinięte swojego punktu widzenia.

W Europie wprowadzanie dodatkowych, rygorystycznych zapisów prawa wydaje się bezcelowe. Po pierwsze, brak zgody na wcześniejszy ślub nie spowoduje, że nastolatki zaprzestaną podejmowania kontaktów seksualnych, może natomiast sprzyjać wzrostowi związków nieformalnych, tworzonych przez niedojrzałe emocjonalnie pary. Zaostrzenie przepisów prawa może wpłynąć też na sytuację ciężarnych nastolatek pochodzących z małych miejscowości i wywodzących się z tradycyjnych rodzin, silnie przywiązanych do religii. „Niezamężna, nieletnia córka w ciąży” nie mieści się w światopoglądzie wielu rodziców. Niemożność zawarcia związku małżeńskiego przed osiągnięciem pełnoletności narażałoby te dziewczęta na ostracyzm i marginalizację, czego skutkiem mogłoby być samobójstwo, albo podjęcie decyzji o aborcji. Po drugie w Europie małżeństwa zawarte przed ustalonym przez prawo

wiekami są znikome. Nawet w Polsce, która przez dziesięciolecia była „europejską stolicą nieletnich małżeństw” w 2014 r. tylko 0,15% dziewcząt w wieku 16–17 lat zostało poślubionych [GUS], natomiast np. w Luksemburgu w 2015 r. nie odnotowano żadnego małżeństwa zawartego przez osobę poniżej 20 r. życia.

2) Prawo dotyczące seksu z nieletnimi

Zgodnie z Dyrektywą Parlamentu Europejskiego z dnia 13 grudnia 2011 r. *niegodziwe traktowanie w celach seksualnych i wykorzystywanie seksualne dzieci, w tym pornografia dziecięca, stanowią poważne pogwałcenie praw podstawowych, w szczególności praw dzieci do ochrony i opieki niezbędnych dla ich dobra, przewidzianych w Konwencji ONZ o prawach dziecka z 1989 r. i w Karcie praw podstawowych Unii Europejskiej* [Dziennik Urzędowy Unii Europejskiej L 335/1]. Państwa ratyfikujące Konwencję o Prawach Dziecka określiły minimalny wiek (wiek zgody), poniżej którego karalne są relacje seksualne. W Europie granica wieku ochronnego dla dziewczynek waha się od 14 lat w Austrii do 16 lat w Rosji, Belgii, Wielkiej Brytanii, Finlandii [Filar, 2002]. Państwa ustalając wiek zgody miały na celu przede wszystkim dobro osoby małoletniej (przedwczesne rozbudzenie seksualne wpływa niekorzystnie na rozwój psychofizyczny), ochronę przed przedwczesnym macierzyństwem lub ojcostwem oraz wolność wyboru z uwzględnieniem, że osoba poniżej określonego wieku nie jest w stanie podjąć w sposób niezakłócony i swobodny decyzji w powyższym względzie. W Wielkiej Brytanii za aktywność seksualną z osobą poniżej 15 lat grozi do 14 lat więzienia (art. 5, *Sexual Offences Act 2003*), we Francji do 20-tu lat (art. 222-22, Code Pénal). W Belgii *każde molestowanie seksualne popełnione bez użycia przemocy lub groźby wobec osoby lub osób obojga płci w wieku poniżej szesnastu lat, podlega karze więzienia od pięciu do dziesięciu lat* [art. 372 Code Pénal]. W Polsce (art. 200. § 1. K.K.) *kto obcuje płciowo z małoletnim poniżej lat 15 lub dopuszcza się wobec takiej osoby innej czynności seksualnej lub doprowadza ją do poddania się takim czynnościom albo do ich wykonania, podlega karze pozbawienia wolności od lat 2 do 12*.

Oznacza to, że wszelkie kontakty seksualne z osobami poniżej określonego w ustawach wieku (także za ich zgodą) są ciężkimi przestępstwami podlegającymi karze więzienia. Należy jednak pamiętać, że ani w rozumieniu prawa ani w seksuologii nie każdy stosunek odbyty z osobą poniżej 15 roku życia uznawany jest za pedofilię. Zgodnie z opisem w ICD¹ – IO (F.65.4) pedofilia należy do zaburzeń preferencji seksualnych i można o niej mówić, jeżeli zostanie spełnione m.in. kryterium wieku: sprawca ma co najmniej 16 lat i jest co najmniej 5 lat starszy od dziecka lub dziecko jest w wieku przed pokwitaniem [Pospiszyl, 2008]. Sądy przy wymierzaniu kary biorą pod uwagę także wiek sprawcy. W Polsce np. *jeżeli sprawca nie ukończył 17 lat w chwili czynu, odpowiadać może wyłącznie w trybie przepisów o postępowaniu w sprawach nieletnich* [Rodzynkiewicz, 2006].

W 2014 r. w omawianych państwach (tab. 5, 6, 7, 8, 9, 10) 5929 dziewczynek zaszło w ciążę i/lub urodziło dziecko poniżej wieku zgody, czyli zgodnie z przepisami

1 ICD system diagnostyczny WHO.

prawa ich partnerzy seksualni powinni zostać pociągnięci do odpowiedzialności karnej. Powinni, ale... małoletnie matki nie podają ich danych, twierdząc najczęściej, że ciąża była wynikiem jednorazowego dyskotekowo-kolonijnego kontaktu seksualnego z nieznanym. Partnerzy nieletnich unikają więc kary. Interesujące jest, że wiele organizacji międzynarodowych, w tym UNICEF walczy o karanie każdego aktu seksualnego z osobą poniżej 15 lat, ale tylko w krajach rozwijających się, a co z resztą świata?

Należy zadać sobie pytanie dlaczego tak młode osoby podejmują życie seksualne? Czy zawsze ciąża małoletniej jest wynikiem niefrasobliwości, ciekawości, naiwności? Czy raczej jest skutkiem działania innych czynników m.in. poszukiwania niezaspokojonej w domu rodzinnym potrzeby miłości, ciepła, przynależności?

Zdaniem A. Jaczewskiego dziecko ma być w rodzinie otoczone ciepłem, ma być pieszczone tyle, ile chce. Musi mieć świadomość, że jest kochane, a miłość ta jest mu okazywana. W naszym systemie wychowania pieści się niemowlęta – czasami dzieci do 3 lat. Częściej dziewczęta niż chłopów, których „spędza się” z kolan zawstydzając, że im nie wypada „się pieścić”. Wypada. Jest taka potrzeba. W odniesieniu do dzieci starszych ważne jest nie tylko pieszczenie. Dzieci poszukują kogoś, kto potrafi z nimi porozmawiać szczerze, nie tylko o postępkach w nauce, ale także o ich sprawach osobistych. W tym także o sprawach dojrzewania, problemach seksualności ludzkiej, przeżyć emocjonalnych [Jaczewski, 2014]. Niestety. Wciąż zbyt wiele dzieci i nastolatków choruje na samotność. Być może niektórych ryzykownych zachowań seksualnych można by unikać, gdyby młodzież miała dostęp do rzetelnie prowadzonych zajęć z edukacji seksualnej, rozmawiała na temat seksu z rodzicami i nauczycielami i była asertywna. Trzeba umieć powiedzieć NIE w sytuacji, której się nie akceptuje, ale asertywności trzeba dzieci nauczyć!

3) Statystyka jako narzędzie diagnostyczne

Zadaniem statystyki publicznej jest gromadzenie i upowszechnianie danych. Rzetelna informacja statystyczna jest niezbędną dla dobrego programowania działań z zakresu polityki społecznej, między innymi związanych z pomocą społeczną. Służy diagnozie, w tym analizie stanu obecnego, odpowiedzi na pytanie: jak jest? Umożliwia również ewaluację, czyli ocenę przedsięwzięć ze względu na: trafność identyfikacji problemów społecznych (tzw. odpowiedniość), spójność działań (działania o niesprzecznych celach wewnętrznych), ich skuteczność (osiągnięcie założonego celu), efektywność (optymalizacja korzyści przy minimalizacji wydatków) i racjonalność (adekwatność dobranych środków do celu). Polska statystyka publiczna opiera się przede wszystkim na informacji gromadzonej przez Główny Urząd Statystyczny. Niestety, w odniesieniu do problematyki rodzin, szczególnie stworzonych przez nieletnie, dysponujemy danymi rozproszonymi, czasami fragmentarycznymi i nie zawsze aktualnymi. Brakuje wydawnictw cyklicznych, poświęconych wyłącznie tematyce rodzin oraz warunków i jakości ich życia. Niekiedy w różnych opracowaniach znajdują się niespójne dane. Również statystyki resortowe zbierane np. przez

Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej nie ukazują wieloproporzeczności badanych zjawisk [Racław, Trawkowska, 2013]. W ustawie o pomocy społecznej nie ma też zdefiniowanego pojęcia « nieletni rodzic ». MRPiPS nie widzi również potrzeby ujednoczenia sprawozdań przekazywanych przez Ośrodki Pomocy Społecznej. Trudno jest więc w takiej sytuacji mówić o trafionej i rzetelnej pomocy nieletnim matkom, kiedy nawet w sprawozdaniach z działalności OPR-ów w ościennych miastach jednego województwa nie ma spójności. Trudno jest też tworzyć strategie pomocy, czy np. programy przeciwdziałania rozrodczości nastolatek, jeżeli w tak ważnym narzędziu jak sprawozdanie znajdują się niepełne informacje.

Podobną sytuację odnotowujemy na arenie europejskiej. Np. w sprawozdaniach dotyczących liczby urodzeń żywych wg wieku matki większość państw podaje dane wg przedziału wiekowego 15–19 lat, ale Niemcy stosują inny podział: urodzenia przez kobiety poniżej 18 r. życia, w wieku 18–40 lat i powyżej 40 lat [Urzędy Statystyczne]. W tej sytuacji po pierwsze dokonanie analiz porównawczych nie wchodzi w rachubę, po drugie w przypadku badań dotyczących rozrodczości nieletnich nie uzyskuje się potrzebnych informacji. Dziewczęta 18–19 letnie to jeszcze nastolatki, ale już kobiety pełnoletnie. Ich sytuacji życiowej nie można porównać nawet do dziewcząt 17 letnich. Tworzenie przez Urzędy Statystyczne raportów w oparciu o przedziały obejmujące nieletnich i pełnoletnich wskazuje na brak jednolitego podejścia do problemu. W wielu państwach „starej Unii” zjawisko urodzeń przez niepełnoletnie dziewczęta jest marginalne, ale występuje. Mimo wszystko, warto więc, celem eliminacji niechcianych ciąż w tej grupie wiekowej, opracowywać pogłębione raporty. Państwa należące do wspólnoty są suwerenne, mogą więc pracować na wzorach zestawień wypracowanych latami. Ale skoro Unia wydaje rozporządzenia np. w sprawie norm w odniesieniu do marchwi (marchew — powinna być nierozwidlona, pozbawiona korzeni wtórnych [pkt II A z 1999] to dlaczego nie miałyby nakazać unifikacji zestawień statystycznych? Europejskie rolnictwo doczekało się ujednoczenia przepisów i na podobną standaryzację czeka europejska statystyka, a wraz z nią pedagogika. Nie można tworzyć wspólnej polityki przeciwdziałania rozrodczości nastolatek, jeżeli Unia nie wypracuje jednego narzędzia badawczego. Problem, czy wspólne narzędzie można wypracować i stosować rozwiązały organizacje pracujące na rzecz krajów rozwijających się. WHO, USAID, UNICEF, UNAIDS, UNDP opracowały jedną ankietę², którą realizują cyklicznie w porozumieniu z władzami poszczególnych państw. Jednak można?

4) **Pomoc nieletnim matkom**

W krajach wysoko rozwiniętych Unii Europejskiej, jak również w USA, sieć instytucji pomocy społecznej dla nastoletnich matek jest bogata. Niezamężne nastoletnie matki otrzymują w tych państwach oprócz pomocy finansowej także wsparcie emocjonalne. Nastoletnie matki dostają zasiłki, które niejednokrotnie umożliwiają

2 W krajach francuskojęzycznych Enquête Démographique et de Santé (EDS), w anglojęzycznych Demographic and Health Surveys (DHS).

im pozostanie w domu i wychowywanie dzieci. Część z nich może również liczyć na otrzymanie mieszkania (Belgia, Anglia). Tak rozbudowana forma pomocy finansowej jest jednak kwestią kontrowersyjną, gdyż np. w Stanach Zjednoczonych, Wielkiej Brytanii, a także w Niemczech niezamężne matki mogą polegać na zasiłku, który umożliwi im niepodjęcie pracy. Kiedy do poczucia bezpieczeństwa dodamy wolny czas i korzyści zdrowotne, to nieletnie macierzyństwo może wydać się rozsądną alternatywą do utrzymywania się z najniższych dochodów. Życie na zasiłku ze strony państwa może być korzystne w krajach, gdzie niewykształcone kobiety otrzymują za pracę bardzo niskie wynagrodzenia. Dlatego w Wielkiej Brytanii, gdzie sieć pomocy jest bardzo rozbudowana, a zasiłki wysokie (wręcz ubezwłasnowalniające)³, praca socjalna skupia się głównie na dwóch aspektach pomocy w znalezieniu pracy (ukazanie pracy jako wartości) i dostarczanie wiedzy o antykoncepcji (zapobieganiu ponownemu zachodzeniu w ciążę). Wysokość zasiłków jest związana z ilością dzieci.

W omawianych w niniejszej publikacji krajach (poza Ukrainą) realizowane są też programy wsparcia dla nastolatków, mające na celu poprawienie sposobów funkcjonowania w nowych rolach matki (ojca), zapobieganie dalszej nieplanowanej rozrodczości i niwelowanie negatywnych psychologiczno-społecznych konsekwencji przedwczesnego rodzicielstwa. Treści tematyczne takich programów dotyczą: wypełniania roli rodzicielskiej, czynności pielęgnacyjno-opiekuńczych wykonywanych przy dziecku, wiedzy o jego rozwoju. Dobrze skonstruowane programy omawiają także kwestie rozwiązywania problemów rodzinnych, dotyczą zdrowia psychicznego, stresu, funkcjonowania kobiet i mężczyzn w związku. Takie programy kierowane są nie tylko do matek, ale też młodych ojców (szczególny nacisk kładzie Wielka Brytania). Mężczyźni również potrzebują wsparcia, by stać się produktywnymi, odpowiedzialnymi dorosłymi rodzicami. Szczególnie istotne jest też sprzyjanie rozwojowi więzi emocjonalnej między dzieckiem a ojcem, co jest realizowane poprzez takie działania, jak zachęcanie do uczestnictwa w szkole rodzenia, angażowania się w przygotowywanie wyposażenia dla dziecka, komunikacja z dziewczyną oraz, co ważne, z jej rodzicami.

Od ponad 15 lat zajmuję się problemem ciąży nieletnich. Własne badania, krytyczna analiza literatury polskiej i zagranicznej oraz wykorzystanie doświadczeń pracowników socjalnych pozwala mi na stwierdzenie, że praca socjalna wykonywana na rzecz nieletnich matek i ich rodzin będzie bardziej efektywna poprzez:

- wczesne i gruntowne diagnozowanie rodzin, współpracę ze szkołą w celu przeciwdziałania niechcianym ciążom;
- wczesne diagnozowanie dysfunkcyjności rodziny oraz motywowanie rodzica do podnoszenia pozycji zawodowej, podnoszenia kwalifikacji i wzmocnienia pozycji na rynku pracy;

3 Bob Rowthorn prof. ekonomii z Uniwersytetu w Cambridge stwierdził, że system pomocy społecznej zachęca młodych Brytyjczyków do samotnego rodzicielstwa [Carvel, 2005].

- wspieranie materialne o charakterze wyprzedzającym potrzeby rodziny np.: pomoc finansowa dla nieletniej w ciąży;
- przyznanie świadczeń pieniężnych krótkookresowych tj.: ograniczenie czasu pobierania świadczeń pieniężnych tak, aby nie doprowadzić do uzależnienia rodziny od systemu wsparcia;
- przyznanie wsparcia w formie pomocy niematerialnej o charakterze długookresowym;
- objęcie nieletniej wsparciem pedagogiczno-psychologicznym;
- aktywne włączanie w działania pomocowe wszystkich członków rodzin przez wykorzystanie ich własnego potencjału, umiejętności oraz angażowanie najbliższego środowiska tj.: rodziny, szkoły, kościoła itp.;
- organizowanie działań profilaktyczno-integracyjnych tj.: organizowanie społeczności lokalnej;
- edukacja seksualna młodzieży (zajęcia powinny rozpocząć się przed podjęciem życia seksualnego);
- realizacja większej ilości programów profilaktycznych z młodzieżą z zagrożonych środowisk (obecnie w omawianych państwach nacisk kładzie się na pracę z nieletnimi rodzicami (*post facto*));
- opracowywanie i realizacja programów dla wąskich kategorii rodzin.

Pracownicy socjalni w krajach europejskich [np. Marciniak, 2016, Hanney, 2016] podkreślają, że, aby poprawić skuteczność ich działań w ramach pracy socjalnej należałoby:

- zwiększyć liczbę etatów terenowych pracowników socjalnych, gdyż na 1 pracownika przypada obecnie zbyt dużo środowisk;
- wyznaczenie w ośrodkach odrębnej komórki realizującej tylko zadania na rzecz nieletnich rodziców;
- stworzenie przejrzystego, prostego i skutecznego mechanizmu promocji metody i efektów pracy organizowania społeczności lokalnej;
- organizowanie systematycznie szkoleń dla pracowników w celu przeciwdziałania wypaleniu zawodowemu i podniesienia jakości pracy z klientem.

Ważnym elementem w celu realizowania skutecznych działań pomocowych byłoby także:

- zwiększenie instrumentów do motywowania rodzin dysfunkcyjnych do pozytywnych zmian np.: dodatkowa pomoc w różnej formie, ulgi, bony itp.
- podjęcie działań o charakterze profilaktycznym wspierającym rodziny nieletnich matek np.: spotkania edukacyjno-treningowe dotyczące rodzicielstwa: indywidualne i grupowe z udziałem specjalistów np.: psychologa, pedagoga, mediatora;
- zwiększenie liczby asystentów rodziny i ukierunkowanie na pracę z nieletnimi matkami w celu udzielania pomocy w rozwiązywaniu problemów rodzinnych, opiekuńczo-wychowawczych, materialnych przy zaangażowaniu i współpracy z członkami rodziny.

W krajach Afryki i Azji Południowej praca socjalna skupia się bardziej na profilaktyce rozrodczości małoletnich. Nieletnie (ale zamężne) matki mogą w większości liczyć tylko na pomoc rodziny.

Trzeba pomóc nieletnim matkom wyjść z „zakłętego kręgu biedy i marazmu”, bo chociaż w Europie ich liczba się zmniejsza, to nadal niedojrzałe dziewczęta rodzą dzieci i taki model życia przekazują swoim dzieciom! Bez względu na kontynent, rasę, wyznanie młodym kobietom należy wskazać alternatywny model życia, inny niż przekazany im przez rodziny i ugruntowany przez nie zawsze trafnie dobraną pomoc społeczną. Należy je edukować i pomóc wybrać właściwą drogę. Każdy człowiek posiada często nieświadomioną siłę pomagającą mu się rozwijać, potencjał, który wymaga uaktywnienia. *„Przyszłość zaczyna się dzisiaj, nie jutro”, „Wymagajcie od siebie, choćby inni od Was nie wymagali”* [Jan Paweł II].

A la recherche d'un monde meilleur (les conclusions)

Les rapports internationaux sur la situation des mères mineures ne sont pas optimistes, en particulier celles qui ont trait aux résidentes de l'Afrique, l'Asie du Sud et en Europe orientale. Le travail social avec les jeunes mères et leurs familles signifie, pour les employés et les centres d'assistance sociale, surmonter de nombreux obstacles. Par exemple, les travailleurs sociaux dans les pays européens étant décrits ci-dessous doivent faire face à la réticence de ses clientes de changer leur vie et de devenir indépendantes de leurs prestations sociales. Dans les pays en développement, elles doivent aussi faire face aux traditions, ainsi qu'aux chefs religieux et tribaux. Les centres d'assistance sociale, quel que soit le continent, afin de faire un diagnostic approfondi en tenant compte de la spécificité de la parentalité juvénile comme l'un des types de familles monoparentales, doivent surmonter les obstacles inhérents à la loi ou à la communauté locale et coopérer avec les organisations gouvernementales et organisations non-gouvernementales. Ils doivent aussi se rappeler que le soutien efficace et large de la famille exige un changement dans sa perception; une telle famille est malheureusement souvent traitée aujourd'hui plutôt comme client, suppliant ou patient, qui doit être «géré» qu'un partenaire à part entière, autonome de l'assistance et des organisations de soutien [Biernat, Przeperski, 2015]. Chaque famille a la force nécessaire à son développement, mais de nombreuses familles ont besoin d'activer le potentiel dormant en elles. Une condition nécessaire pour cela est de leur fournir un soutien diversifié. Son essence est de rassembler la force de la famille et la force de l'environnement dans lequel elles vivent. Sur la base de l'analyse des études menées en Europe et en Amérique du Nord, nous pouvons tirer une conclusion commune: les mères mineures sont, le plus souvent, aussi filles de mères juvéniles; elles ne travaillent, ni même cherchent du travail. Sans éducation, profession ou des perspectives pour l'avenir, elles dépendent des prestations sociales, démontrent l'attitude et la mentalité pleines de prétentions, puis transfèrent ce modèle de vie à la prochaine génération [Kempińska 2012 a, 2013, 2015 a, b, Wellings 2007 Suellentrop, Flanigan 2006 Berrewaerts, Noirhomme-Renard, 2006]. Comment

alors, dans une telle situation, les familles peuvent-elles être soutenues? Quel type d'aide leur offrir pour qu'elles ne deviennent pas encore plus dépendantes ou plus frappées par l'incapacité sociale? Est-ce que le soutien des mères mineures devrait être limité uniquement aux questions matérielles?

Je voudrais présenter mes réflexions sur la maternité chez les adolescentes en quatre points:

1) Faut-il interdire la délivrance des certificats autorisant le mariage chez les adolescents ?

L'Assemblée parlementaire du Conseil de l'Europe est d'avis que la législation nationale ne devrait pas être autorisée à déroger à l'âge minimum pour le mariage. Cependant, le fait de l'introduction de ces restrictions a-t-il un sens? La réponse est positive, mais seulement dans les pays où les mariages des filles en âge prépubère sont couramment pratiqués. Dans de nombreux pays d'Afrique et d'Asie du Sud, les parents semblent filles mariées avant même qu'elles sont âgées de 15 ans. Selon la tradition, la jeune fille doit être mariée à la puberté, être une vierge, être circoncise et obéir à son mari. La tradition veut que la femme ne doit remplir dans la vie que trois rôles: épouse, mère et femme de ménage, alors l'éducation est inutile. Cette situation signifie que le pourcentage d'analphabètes dans ces pays est très élevé, plus de 50% des filles ne savent ni écrire ni lire. L'éducation est strictement corrélée avec l'indicateur de la fécondité et l'âge du mariage. L'achèvement au moins de l'école primaire donne à une telle fille de l'espoir de ne pas être vendue ou mariée avant l'âge de 15 ans. L'expansion du réseau d'écoles, les hommes et les femmes étant de plus en plus conscients des dangers et la brutalité de la circoncision, la pénalisation des parents et des fiancés pour avoir enfreint la loi sur l'âge du mariage, l'enregistrement de chaque mariage et le traitement des rapports sexuels avec une personne de moins de 15 ans comme une infraction sexuelle peuvent entraîner un lent mouvement contre la pratique du «mariage précoce» sur ces continents. Il faut noter, cependant, que les croyances et les traditions sont si profondément ancrées dans ces régions de notre planète, que les efforts pour modifier ou éliminer les mauvaises habitudes doivent être déployés avec beaucoup de délicatesse. La pression des pays occidentaux en ce sens ne peut pas être trop forte, car elle sera considérée comme un acte d'impérialisme culturel. Les actions visant à l'efficacité des changements des pratiques traditionnelles doivent venir de l'intérieur de la culture et reposer sur la coopération internationale plutôt que sur l'imposition par les pays développés leur point de vue. En Europe, l'introduction de supplémentaires et sévères dispositions de la loi semble inutile. Tout d'abord, l'absence de l'accord sur un mariage précoce ne causera pas que les adolescents cessent d'avoir des contacts sexuels; au contraire, cette situation peut favoriser la croissance des relations informelles créées par les couples émotionnellement immatures. Le serrage de la loi peut également affecter la situation des adolescentes enceintes vivant en dehors des grandes villes et issus de familles traditionnelles, fortement attachées à la religion.

« Fille mineure enceinte, sans mari » ne correspond pas à la vision de beaucoup de parents. L'incapacité de se marier avant d'atteindre l'âge de la maturité exposerait les filles à l'ostracisme et la marginalisation, qui pourrait même finir par être entraînées à commettre un suicide ou à une décision sur l'avortement. Deuxièmement, en Europe mariages avant l'âge prescrit par la loi sont négligeables. Même en Pologne, qui pendant des décennies a été la « capitale européenne des mariages précoces », en 2014 seulement 0,15% des filles de 16-17 ans ont été mariées [GUS – Direction Générale Statistique], alors que par exemple au Luxembourg en 2015, n'a été conclu aucun mariage d'une personne de moins de 20.

2) La loi sur le sexe avec des mineurs

Selon la directive du Parlement européen du 13 Décembre, 2011 *les abus sexuels et l'exploitation sexuelle des enfants, y compris la pédopornographie, constituent des violations graves des droits fondamentaux, en particulier des droits des enfants à la protection et les soins nécessaires à leur bien, assurés par l'ONU Convention relative aux droits de l'enfant de 1989 et la Charte des droits fondamentaux de l'Union européenne* [Journal officiel de l'Union européenne l 335/1]. Les pays ayant ratifié la Convention relative aux droits de l'enfant définissent l'âge minimum (âge du consentement) en dessous duquel les relations sexuelles sont punissables. En Europe, la limite d'âge de protection pour les filles varie de 14 ans en Autriche jusqu'à 16 ans en Russie, Belgique, Grande-Bretagne, Finlande [Filar, 2002]. Les états fixant l'âge du consentement ont considéré comme le plus important le bien-être d'un mineur (éveil prématuré sexuel affecte gravement le développement physique et psychologique), la protection contre la maternité ou la paternité prématurée et la liberté de choix en ce qui concerne le fait que la personne au-dessous du certain âge n'est pas en mesure d'y prendre une décision tranquille et libre. Au Royaume-Uni le sex avec une personne de moins de 15 menace de 14 ans de prison (art. 5, *Sexual Offences Act* 2003], en France pour le même acte la peine est égale à 20 ans (art. 222-22 du Code pénal) . En Belgique, *tout harcèlement sexuel commis sans violence ou menaces contre une personne ou des personnes des deux sexes âgées de moins de seize ans sera puni d'un emprisonnement de cinq à dix ans* [art. 372 du code pénal]. En Pologne (art. 200 § 1. KK) *la personne qui a des rapports sexuels avec des mineurs de moins de 15 ans ou commet tout autre acte sexuel ou toute autre activité sexuelle qui conduit à subir un tel harcèlement est punie d'un emprisonnement de 2 à 12 ans.*

Cela signifie que tous les contacts sexuels avec des jeunes de moins de l'âge spécifié dans les lois (même avec leur permission) sont perçus comme infractions graves faisant l'objet d'un emprisonnement. Notez cependant, que ni dans la loi ni en sexologie pas tous les contacts sexuels avec une personne de moins de 15 ans sont considérés comme la pédophilie. Selon la description incluse dans la CIM – IO¹ (F.65.4) pédophilie est l'un des troubles de préférences sexuelles et l'on peut parler de ce pro-

1 ICD système diagnostique de l'Organisation Mondiale de la Santé

blème que si l'un critère (au moins) est envisagé, à savoir le critère d'âge: le délinquant est d'au moins 16 ans et il est à au moins 5 ans agé de plus que l'enfant ou l'enfant est avant la puberté [Pospiszyl, 2008]. Les tribunaux, quand ils prononce le jugement, prennent en considération l'âge du coupable. En Pologne, par exemple, si le délinquant est de moins de 17 au moment de l'acte, il ne peut répondre qu'en conformité avec les dispositions de la justice pour mineurs [Rodzynkiewicz, 2006].

En 2014 dans les pays dont on parle (tableau 5, 6, 7, 8, 9, 10) 5929 filles étaient enceintes et / ou elles ont accouché un enfant, elles-mêmes étant au-dessous de l'âge du consentement, de sorte que selon les lois, leurs partenaires sexuels devraient être tenus pénalement responsables. Ils devraient, mais ... les mères juvéniles ne fournissent pas leurs données personnelles, généralement affirmant que la grossesse était le résultat d'un occasionnel, disco-colonie sexuel contact avec un partenaire inconnu. Par conséquent, les partenaires des mineurs ont toutes les chances d'éviter la punition. Il est intéressant de noter que de nombreuses organisations internationales, dont l'UNICEF, se battent pour sanctionner tout acte sexuel avec une personne de moins de 15 ans, mais seulement dans les pays en développement, et que dirons-nous du reste du monde?

La question qui devrait être soulevée est la suivante: pourquoi les très jeunes gens commencent tôt la vie sexuelle? Est-ce que la grossesse d'une jeune fille est toujours le résultat de la négligence, de la curiosité ou bien de la naïveté? Est-ce que c'est plutôt le résultat de nombreux et importants facteurs, et entre autres, la recherche de sentiments positifs comme l'amour, la chaleur ou la sécurité personnelle, les sentiments que les jeunes ne trouvent pas dans leurs maisons de famille?

Selon A. Jaczewski, l'enfant doit être entouré par la chaleur de la famille et être chéri autant qu'il veut. Il doit être conscient et rassuré qu'il est aimé, et sentir l'amour qui lui est montré. Dans notre système d'éducation, ce sont généralement les petits bébés qui sont caressés – parfois des enfants jusqu'à l'âge de 3 ans. Cela concerne plus souvent les filles que les garçons qui sont souvent fait sentir honteux, car on leur dit de ne pas s'asseoir sur les genoux des parents parce qu'ils sont trop âgés pour une telle caresse. Cependant, désespérément tous les enfants en ont besoin. Il faut souligner ouvertement que pour les enfants plus âgés, non seulement les signes de sentiment chaleureux et affectueux sont importantes. Les enfants cherchent quelqu'un qui sait et veut leur parler honnêtement, non seulement de leurs réussites et les échecs scolaires, mais aussi de leurs affaires personnelles, y compris les questions de l'adolescence et les problèmes de la sexualité humaine, ainsi que de questions émotionnelles [Jaczewski, 2014]. Malheureusement, encore trop d'enfants et d'adolescents souffrent de solitude. Peut-être certains comportements sexuels à risque pourraient être évités si les jeunes avaient accès à des classes de l'éducation sexuelle fiables et honnêtement organisées, s'ils pouvaient parler ouvertement de sexe avec leurs parents et enseignants et enfin, s'ils étaient plus affirmés. Il faut savoir dire NON, dans une situation qui n'est pas acceptable, mais c'est le rôle des adultes d'enseigner l'affirmation de soi aux enfants!

3) Les statistiques comme outil de diagnostic

Le but de la statistique publique est la collecte et la diffusion des données. Des informations statistiques fiables sont essentielles pour une bonne programmation des activités dans le domaine de la politique sociale, entre autres, liée à l'aide sociale. La statistique mentionnée sert au diagnostic, y compris l'analyse du statu quo aussi bien qu'elle répond à la question: comment la réalité se présente-t-elle? Elle permet également à l'évaluation des projets en raison de la précision de l'identification des problèmes sociaux (à savoir l'aptitude), La cohérence des tâches (tâches qui ont des fins internes non-contradictoires), leur finalité (réalisation de l'objectif visé), leur efficacité (optimisation des avantages tout en minimisant les coûts) et leur rationalité (l'adéquation des mesures sélectionnées bien adaptées à l'objectif). Les statistiques publiques polonaises sont principalement fondées sur les informations recueillies par le Bureau Central des Statistiques. Malheureusement, en ce qui concerne les problèmes des familles, en particulier celles fondées par les mères adolescentes, nous avons des données éparses, parfois fragmentées et pas toujours actuelles. Il n'y a pas de publications périodiques consacrées exclusivement à la famille ainsi qu'aux conditions et la qualité de leur vie. Parfois, on peut dire que les différentes études comprennent des données incohérentes. En outre, les statistiques ministérielles recueillies par exemple par le Ministère de la Famille, du Travail et de la Politique Sociale ne montre pas de nombreux problèmes concernant les phénomènes étudiés [Racław, Trawkowska, 2013]. La loi sur l'aide sociale ne comprend pas un concept défini d'«un parent mineur.» Le même se réfère au Ministère mentionné ci-dessus qui ne voit pas la nécessité de normaliser les rapports fournis par les centres d'aide sociale. Par conséquent, il est difficile, dans une telle situation, de parler de l'aide ciblée et fiable aux mères mineures, lorsque même les rapports décrivant les activités des centres d'assistance sociale [OPR] dans les villes localisées dans la même province ne garantissent pas de cohérence. Il est également difficile de créer des stratégies d'aide (par exemple: les programmes de prévention concernant les grossesses non planifiées chez les filles adolescentes) si un tel outil important, qui est le rapport, comprend des informations incomplètes.

Une situation similaire est observée sur la scène européenne. Exemple: dans les rapports sur le nombre de naissances vivantes selon l'âge de la mère, la plupart des pays fournissent des données selon les groupes d'âge, à savoir 15–19 ans. Toutefois, l'Allemagne utilise une approche différente: les accouchements des femmes de moins de 18, puis à l'âge de 18–40 et au-dessus de 40 [bureaux statistiques]. Dans cette situation, tout d'abord une analyse comparative du problème est hors de question, d'autre part, dans le cas des études sur la fécondité des adolescents aucune information nécessaire est acquise. Les filles à l'âge de 18–19 sont encore des adolescentes, mais à la fois elles sont matures. Leur situation de vie ne peut pas être comparée même aux filles de 17 ans. Les rapports établis par les bureaux statistiques, à la base des données séparément élaborées

avec référence aux adolescentes et aux adultes montrent une absence d'une approche uniforme au problème. Dans de nombreux pays de la «vieille Union européenne» le phénomène des naissances juvéniles est marginal, pourtant il existe. Ergo, il convient de développer des rapports beaucoup plus détaillés concernant la prévention et l'élimination des grossesses non désirées chez les filles de cet âge. Les pays – membres de l'UE sont souverains, alors ils peuvent travailler sur des modèles de rapports élaborés au cours des années. Toutefois, étant donné que l'Union promulgue les dispositions de régulation, par exemple, de la forme des carottes (carottes – ne doivent pas être fourchue et exemptes de racines secondaires [Section II En 1999], pourquoi n'aurait-elle pas imposé l'unification des rapports statistiques? L'agriculture européenne a enfin vu sa standardisation des réglementations réaliser. L'ensemble de la statistique européenne et bien sur cela concerne aussi les sciences pédagogiques, attendent que le problème semblable à celui mentionné ci-dessus soit résolu. Il est impossible d'élaborer une politique commune visant à la prévention des grossesses non désirées des adolescentes jusqu'à ce que l'Union ne développe un outil de recherche commun. Le problème d'un tel outil a déjà été résolu et appliqué par de différentes organisations qui travaillent au profit des pays en développement. L'OMS, l'USAID, l'UNICEF, l'ONUSIDA ou le PNUD ont élaboré un questionnaire² commun qui est périodiquement mis en oeuvre en consultation avec les autorités nationales. Un tel projet est donc réalisable.

4) Aider les mères mineures

Dans les pays les plus développés de l'Union européenne, ainsi que dans les Etats-Unis, le réseau d'institutions d'assistance sociale pour les mères adolescentes est riche. Dans ces pays, les mères adolescentes célibataires reçoivent un soutien affectif, en plus de l'aide financière. Les mères adolescentes reçoivent des prestations, ce qui leur permet souvent de rester à la maison et élever les enfants. Certaines d'elles peuvent aussi compter sur un endroit pour vivre (Belgique, Angleterre). Cependant, des formes si vastes de l'aide financière sont controversées parce que, par exemple aux États-Unis, au Royaume-Uni et en Allemagne, les mères célibataires peuvent compter sur de telles prestations sociales qui leur permettent de ne pas travailler. Lorsque nous ajoutons au sentiment de sécurité beaucoup de temps libre ainsi que des avantages pour la santé, nous pouvons voir que la maternité des filles adolescentes peut sembler toute alternative raisonnable à vivre sur le revenu le plus faible. La vie sur l'allocation de chômage assurée par l'Etat peut être bénéfique dans les pays où les femmes sans instruction reçoivent des salaires très bas pour leur travail. Par conséquent, au Royaume-Uni où le réseau de soutien est très complexe et les allocations sont élevées (elles mènent parfois au sentiment de l'impuissance³),

2 Dans les pays francophones Enquête Démographique et de Santé (EDS), dans les pays anglophones Demographic and Health Surveys (EDS).

3 Bob Rowthorn, le professeur en économie de l'Université de Cambridge a déclaré que le système de protection sociale encourageait les jeunes Britanniques à la monoparentalité [Carvel, 2005].

le travail social se concentre principalement sur deux aspects: l'aide à trouver un emploi (pour montrer le travail en tant que valeur), et la bonne éducation sur la contraception (prévention d'autres grossesses non planifiées. Le montant des prestations est lié au nombre d'enfants).

Dans les pays mentionnés dans la présente publication (sauf l'Ukraine) on réalise également des programmes d'assistance aux adolescents, visant à améliorer les moyens de leur fonctionnement dans les nouveaux rôles de mère (père), à prévenir les grossesses imprévues ainsi qu'à éliminer les conséquences psychologiques et sociales négatives, résultant de la parentalité prématurée. Le contenu thématique de ces programmes comprend: le rôle parental, les soins infirmiers effectués au profit d'un enfant, le savoir sur le développement des enfants. Des programmes bien conçus discutent aussi des questions visant à résoudre les problèmes de la famille, ont trait à la santé mentale, le stress, le fonctionnement des hommes et des femmes dans les relations personnelles. Ces programmes sont axés non seulement sur les mères, mais aussi sur les jeunes pères (l'accent spécial est mis sur cette question au Royaume-Uni). Les hommes ont également besoin de soutien pour devenir productifs, responsables, en d'autres termes, pères matures. Il est aussi particulièrement important d'encourager le développement de liens affectifs entre l'enfant et le père, qui est mis en œuvre par le biais de telles activités comme celles encourageant la participation de futurs pères dans les classes prénatales, leur engagement dans la préparation de l'équipement pour un enfant, les relations avec la petite amie et, ce qui est parfois encore plus important, avec ses parents.

Depuis plus de 15 ans, le problème des grossesses prématurées est dans le domaine de mon intérêt scientifique. Ma propre recherche, l'analyse critique de la littérature polonaise et étrangère ainsi que la mise à profit de l'expérience professionnelle des travailleurs sociaux me permettent de conclure que le travail social effectué au profit des mères mineures et leurs familles serait plus efficace par:

- précoce et approfondie diagnostic des familles, la coopération avec l'école afin de prévenir les grossesses non désirées;
- précoce diagnostic des familles dysfonctionnelles et motivation des parents pour augmenter et renforcer la position professionnelle sur le marché du travail en améliorant les qualifications;
- aide matérielle en avance sur les besoins de la famille, par exemple: une aide financière pour les filles mineures enceintes;
- prestations en espèces à court terme, ce qui contribue à réduire le temps de toucher des prestations en espèces afin de ne pas mener à une sorte de dépendance du système de soutien familial;
- un soutien sous la forme d'une aide immatérielle à long terme;
- un soutien pédagogique et psychologique offert à la mère adolescente;
- la participation active de tous les membres de la famille en utilisant leurs propres potentiels, les compétences et l'engagement du milieu le plus proche, à savoir:

d'autres membres de la finitiation d'actions préventives et d'intégration visant à l'organisation de la communauté locale;

- l'éducation sexuelle des jeunes (cours devrait commencer avant l'âge de commencer l'activité sexuelle);
- la mise en œuvre du plus grand nombre de programmes de prévention pour les jeunes issus de milieux à risque (à présent, dans les pays étudiés l'accent est mis sur le travail avec les parents de jeunes (post facto);
- l'élaboration et la mise en œuvre des programmes conçus pour les catégories étroites de familles – cousins, école, église, etc...

Les travailleurs sociaux dans les pays européens [exemple: Marciniak 2016, Hanney 2016] soulignent que, dans le but d'améliorer l'efficacité de leurs activités au sein de leurs devoirs dans le cadre du travail social les étapes suivantes devraient être introduites:

- augmenter le nombre de postes de travailleurs sociaux régionaux, puisque aujourd'hui 1 travailleur s'occupe d'un trop grand nombre de milieux sociaux;
- créer, au sein des centres d'assistance, un service distinct responsable pour des tâches exécutées seulement pour le bénéfice des parents d'adolescents;
- mettre en place un mécanisme transparent, simple et efficace pour la promotion des méthodes et des résultats du travail concentré sur l'organisation de la communauté locale;
- organiser des cours de formation réguliers pour les employés afin d'éviter l'épuisement professionnel et d'améliorer la qualité du travail avec le client.

Un élément important dans le but de mener des activités efficaces serait également recommandable, à savoir:

- augmenter les instruments pour motiver les familles dysfonctionnelles à des changements positifs, tels qu'une aide supplémentaire sous diverses formes,
- prendre des mesures préventives de soutien aux familles des jeunes mères; à titre d'exemple: réunions éducatives et de formation sur le rôle parental, rencontres individuelles et de groupe avec la participation de spécialistes tels que psychologue, un conseiller, un médiateur;
- augmenter le nombre d'assistants à la famille et se concentrer sur le travail avec les mères adolescentes afin de les aider à résoudre les problèmes de la famille, des soins et du matériel éducatif avec la participation et la coopération des membres de la famille.

En Afrique et en Asie du Sud le travail social se concentre davantage sur la prévention des grossesses non planifiées des mères mineures. Les mères adolescentes (mais mariées) peuvent souvent compter sur l'aide de la famille.

Les mères mineurs doivent être aidées afin qu'elles puissent sortir du «cercle vicieux de pauvreté et de stagnation,» parce que même si en Europe, leur nombre devient de plus en plus réduite, les filles immatures accouchent toujours des enfants et plus tard, elles transfèrent un tel mode de vie sur leurs enfants ! Quel que soit le

continent, la race ou la religion, on doit montrer aux jeunes femmes un autre modèle de vie, autre que leur transmis par la famille et fixé par l'aide sociale pas toujours réussie. Elles doivent être éduquées et être aidées à faire un choix du mode de vie pour l'avenir. Chaque personne a la force souvent inconsciente qui l'aide à développer le potentiel qui doit être activé. «L'avenir commence aujourd'hui, pas demain», «Vous devez exiger de vous-même, même si d'autres n'exigent pas de vous» [Jean-Paul II].

In search of a better world (conclusions)

International reports on the situation of juvenile mothers are not optimistic, especially those that relate to residents of Africa, South Asia and Eastern Europe. Social work with young mothers and their families means, for employees and welfare centers, overcoming many obstacles. For example, social workers in the European countries discussed below have to deal with the reluctance of their customers so as to change their lives and become independent from state benefits. In developing countries, they must also face the traditions, as well as religious and tribal leaders. Welfare centers irrespective of the continent, in order to make a thorough diagnosis taking into account the specificity of juvenile parenthood as one of the types of single-parent families, must overcome the barriers inherent of the law or the local community and cooperate with governmental and nongovernmental organizations. They also need to remember that effective and broad support of the family requires a change in its perception; such a family is unfortunately often treated nowadays more as a customer, a supplicant or the patient, who must be «managed» rather than a full-fledged, autonomous partner of the assistance and support [Biernat, Przeperski, 2015]. Every family has the necessary strength to its development, but many families need to activate dormant potential in them. A necessary condition for this is to provide them with diverse support. Its essence is to bring together family strength and the strength of the local environment. On the basis of analysis of research made in Europe and North America we can draw one common conclusion: the underage mothers are, the most often, also daughters of juvenile mothers; they neither work nor even look for work. Without education, profession or prospects for future they depend on social benefits, they demonstrate demanding attitude and mentality, then transfer this model of life to the next generation [Kempińska 2012 a, 2013, 2015 a, b, Wellings, 2007 Suellentrop, Flanigan, 2006 Berrewaerts, Noirhomme-Renard, 2006] . How, can in such a situation, families be supported?; What about the aid which would not make them dependent or incapacitated ? Does support of underage mothers should only be restricted to material matters?

I would like to introduce my reflections on the teenage motherhood in four points:

1) Should we prohibit the issuance of certificates permitting marriage among adolescents?

The Parliamentary Assembly of the Council of Europe is of the view that national law should not be allowed to derogate from the minimum age for marriage. However, does the introduction of such restrictions make sense? The answer is positive but only in the countries where the marriages of girls in prepubertal age are commonly practiced. In many countries of Africa and South Asia, parents seem daughters married even before they are 15 years old. According to the tradition, the girl must be married at puberty, being a virgin, be circumcised and obey her husband. The tradition dictates that women should fulfill in life only three roles: wife, mother and housekeeper, thus education is useless. This means that the percentage of illiterates in these countries is very high, over 50% of girls can neither write nor read. Education is strictly correlated with the indicator of fertility and the age of marriage. The completion of at least primary school gives the girl hope not to be sold or married before the age of 15. The expansion of the network of schools, men and women being more and more aware of the dangers and brutality of circumcision, penalization of parents and fiancés for breaking the law on the age of marriage, recording every wedding and treatment of sex with a person under 15 as a sex offense can result in a slow moving away from the practice of “early marriage” on these continents. Note, however, that beliefs and traditions are so deeply rooted in those parts of the world, that efforts to modify or eliminate harmful habits must be done with great delicacy. The pressure of Western countries in this direction cannot be too strong, because they will be seen as an act of cultural imperialism. Actions aiming at the effectiveness of changes of the traditional practices must come from within the culture and rely on international cooperation rather than on imposing by developed countries their point of view. In Europe, the introduction of additional, stringent provisions of the law seems pointless. First, the lack of agreement on an earlier vow will not cause that teenagers will stop having sexual contacts; on the contrary, this situation can promote the growth of informal relationships created by the emotionally immature couples. Tightening of the law may also affect the situation of pregnant teenagers living outside big towns and coming from traditional families, strongly attached to the religion.

“Unmarried, pregnant minor daughter” does not fit the worldview of many parents. The inability to marry before reaching the age of maturity would expose the girls to ostracism and marginalization, which might even be driven to commit a suicide, or to a decision about abortion. Secondly, in Europe marriages before the age prescribed by law are negligible. Even in Poland, which for decades was the “European capital of “underage marriage”, in 2014 only 0.15% of girls aged 16–17 have been wedded [GUS – Polish Central Statistical Office], whereas eg. in Luxembourg in 2015 there has been no marriage included by a person under 20.

2) The law on sex with the minors

According to the Directive of the European Parliament from December 13, 2011 *sexual abuse and sexual exploitation of children, including child pornography, constitute serious violations of fundamental rights, particularly the rights of children to protection and care necessary for their well, provided in the UN Convention on the rights of the child from 1989 and the Charter of Fundamental Rights of the European Union [Official Journal of the European Union L 335/1]*. Countries ratifying the Convention on the Rights of the Child defined the minimum age (age of consent) below which sexual relations are punishable. In Europe, the age limit of protection for girls ranges from 14 years in Austria up to 16 years in Russia, Belgium, Great Britain, Finland [Filar, 2002]. The states setting the age of consent primarily aimed at the welfare of a minor (premature awakening of sexual seriously affects physical and psychological development), protection against premature motherhood or fatherhood and the freedom of choice with regard to the fact that the person under certain age is not able to take undisturbed and free decision in this matter. In the UK sexual activity with a person under 15 threatens to 14 years in prison (art. 5, *Sexual Offences Act 2003*], in France for the same act the punishment is equal to 20 years (Art. 222-22, Penal Code). In Belgium, *any sexual harassment committed without violence or threats against a person or people of both sexes under the age of sixteen shall be punished by imprisonment of five to ten years* [art. 372 Penal Code]. In Poland (art. 200 § 1. KK) *the person who has sex with minors under the age of 15 or commits any other sexual act or any other sexual activity which leads to undergo such harassment shall be punished by imprisonment from 2 to 12 years*.

This means that all sexual contacts with youngsters below the age specified in laws (even with their permission) are serious offenses subject to imprisonment. Note, however, that neither under the law nor in sexology not any sexual contact with a person under 15 years of age is considered as pedophilia. According to the description included in the ICD – IO¹ (F.65.4) pedophilia is one of the disorders of sexual preferences and one can speak about it, if met, among others, the age criterion: the offender is at least 16 and is at least 5 years older than the child or the child is under the age before puberty [Pospiszył, 2008]. The courts when sentencing take into account the age of the perpetrator. In Poland, for example, if the offender was under 17 at the time of the act, he can only respond in accordance with the provisions of juvenile justice [Rodzynkiewicz, 2006].

In 2014 in the discussed countries (Table 5, 6, 7, 8, 9, 10) 5929 girls were pregnant and / or born a child under the age of consent, so according to the laws, their sexual partners should be held criminally responsible. They should, but ... juvenile mothers do not provide their personal data, usually claiming that the pregnancy was the result of one-time disco-colony sexual contact with a stranger. Therefore, the partners of

1 ICD diagnostic system of the WHO.

the minors avoid punishment. It is interesting that many international organizations, including the UNICEF fight to penalize any sexual act with a person under 15, but only in developing countries, and what about the rest of the world?

The question that should be raised is: why do very young people start early sex life? Is always the pregnancy of a young girl the result of carelessness, curiosity, naivety? Or is it rather the result of many influencing factors, and among others, search for warm positive feelings like love, warmth or personal safety, which youngsters do not find in family home?

According to A. Jaczewski, the child must be surrounded by the warmth of the family and be cherished as much as he wants. He must be aware that he is loved, and that the love is shown to him. In our system of education, usually the little babies are caressed – sometimes children up to 3 years old. It concerns more often girls than boys who are often made feel ashamed and told not to sit on the parents' knees because they are too old for such a caress. However children desperately need it. One should openly underline that as for older children, not only the warm and affectionate feeling counts. Children search for someone who can talk to them honestly, not only about their school successes and failures, but also about their personal matters including also matters of adolescence and the problems of human sexuality as well as emotional experiences [Jaczewski, 2014]. Unfortunately, still too many children and adolescents suffer from loneliness. Perhaps certain risky sexual behavior could be avoided if young people had access to reliable and honestly led classes of sex education, talk about sex with their parents and teachers and were more assertive. One has to know how to say NO, in a situation which is not accepted, but it is the role of the adults to teach children assertiveness!

3) Statistics as a diagnostic tool

The purpose of public statistics is the collection and dissemination of data. Trustworthy statistical information is essential for good programming of activities in the field of social policy, among others, related to social assistance. It serves diagnosis, including the analysis of the status quo as well as it answers the question: how is it? It also allows the evaluation of projects due to: the accuracy of the identification of social problems (ie. the suitability), the consistency of tasks (tasks which have non-contradictory internal purposes), their effectiveness (achieving the intended purpose), efficiency (optimizing of benefits while minimizing costs) and rationality (the adequacy of selected measures well matched the goal). Polish public statistics is based primarily on information gathered by the Central Statistical Office. Unfortunately, in relation to the problems of families, especially those founded by the adolescent mothers we have data scattered, sometimes fragmented and not always current. There are no periodic publications devoted exclusively to the family and the conditions and quality of their life. Sometimes we might say that different studies include inconsistent data. Also, departmental statistics collected

eg. by the Ministry of Family, Labor and Social Policy does not show numerous problems concerning studied phenomena [Racław, Trawkowska, 2013]. The law on social assistance does not include a defined concept of “a juvenile parent.” The same refers to the Ministry above, which does not see the need to standardize the reports provided by the social welfare centers. Therefore, it is difficult in such a situation to talk about the purposeful and reliable help to underage mothers, even when the reports discussing the activities of The Social Welfare Centers [OPR] in neighboring cities within the same province do not ensure any consistency. It is also difficult to create aid strategies (example: prevention programs concerning unplanned pregnancies among school girls) if such an important tool, which is the report, include incomplete information.

A similar situation is observed on the European arena. Example: in the reports on the number of live births by age of mother, most countries provide data according to age groups, namely 15–19 years. However, Germany uses a different approach: birth by women under 18, then at the age of 18–40 and above 40 [Statistical Offices]. In this situation, firstly a comparative analysis of the problem is out of the question, secondly, in the case of studies on the fertility of the adolescents no necessary information is acquired. Girls at the age of 18–19 are still teenagers, however they are of age. Their life situation cannot be compared even to girls at 17. The reports made by the Statistical Offices, based on the separate data with reference to the adolescents and the adults show a lack of a uniform approach to the problem. In many countries of the “old European Union” the phenomenon of juvenile births is marginal, but it occurs. Thus, it is worth developing much more detailed reports on the prevention as well as elimination of unwanted pregnancies among the girls at this age. The countries – members of the EU are sovereign, so they can work on report templates elaborated over the years. However, since the Union promulgates the dispositions regulating, for example, the shape of the carrots (carrots – should not be forked, free from secondary roots [Section II A 1999], why would it not impose the unification of the statistical reports? The European agriculture is seeing its standardization of regulations met, so the whole European Statistics and..., among others, of course Pedagogics are waiting for the relevant resolution of this problem. It is not possible to elaborate a common policy aiming at the prevention of the unplanned pregnancies of the teenage girls, until the Union develops one, common research tool. The problem of such a tool has already been solved and applied by various organizations working for the benefit of developing countries. The WHO, USAID, UNICEF, UNAIDS or UNDP developed a common questionnaire² which is carried out periodically in consultation with national authorities. It is therefore feasible.

2 In French-speaking countries Enquête Démographique et de Santé (EDS), in English-speaking countries Demographic and Health Surveys (DHS).

4) **Help underage mothers**

In highly developed countries of the European Union as well as in the US, a network of social welfare institutions for teenage mothers is rich. In these countries unmarried teenage mothers receive emotional support, in addition to the financial aid. Teenage mothers receive benefits, which often allow them to stay at home and raise children. Some of them can also count on receiving a place to live (Belgium, England). However, so extensive forms of financial aid are controversial because, for instance in the United States, the United Kingdom and in Germany, unmarried mothers can rely on welfare benefits, which enable them to refrain from work. When we add to the sense of security lots of free time as well as health benefits we can see that the underage motherhood may seem any reasonable alternative to live on the lowest income. The life on the dole assured by the state may be beneficial in the countries where uneducated women receive very low wages for their work. Therefore, in the UK where the support network is very complex, and the benefits are high (they sometimes border on the incapacitation³), social work focuses mainly on two aspects: help in finding a job (to show work as value), and proper education about contraception (prevention of other unplanned pregnancy. The amount of benefits is related to the number of children).

In the countries discussed in the present publication (except Ukraine) are carried out also support programs for teenagers, designed to improve ways of their functioning in the new roles of mother (father), to prevent further unplanned pregnancies and to eliminate the negative psychological and social consequences of premature parenthood. Thematic content of such programs include: the parental role, nursing care performed for the benefit of a child, the knowledge on the development of children. Well-designed programs also discuss the issues aiming at solving family problems, relate to mental health, stress, functioning of men and women in personal relationships. Such programs are focused not only on mothers, but also on young fathers (special emphasis is put on this question in the UK). The men also need support to become productive, responsible adult fathers. Particularly important is also encouraging the development of emotional bond between the child and the father, which is implemented through such activities as encouraging participation of the future fathers in antenatal classes, their involving in the preparation of equipment for a child, communication with the girlfriend and, which is sometimes even more important, with her parents.

For over 15 years the problem of premature pregnancies has been in the field of my scientific interest. My own research, critical analysis of Polish and foreign literature as well as making use of social workers' professional experience allow me to conclude that the social work performed for the benefit of underage mothers and their families would be more effective by:

3 Bob Rowthorn, Professor in Economics from the University of Cambridge said the welfare system encouraged young British to the single parenthood [Carvel, 2005].

- early and thorough diagnosis of families, co-operation with the school in order to prevent unwanted pregnancies;
- early diagnose of dysfunctional families and motivating parents to raise and strengthen the professional position on the labor market by improving qualifications;
- material aid being ahead of family's needs, eg: financial assistance for underage pregnant;
- short-term cash benefits, ie.: reducing download time of getting cash benefits so as not to lead to some sort of addiction from family support system;
- support in the form of long-term immaterial assistance;
- pedagogical and psychological support offered to the teenage mother;
- active involvement of all members of the family by using their own potential, skills and engaging the closest environment, ie .: the extended family, cousins, school, church, etc .;
- initiating preventive and integrative actions aiming at organizing local community;
- sexual education of young people (classes should begin before age of starting sexual activity);
- the implementation of greater number of prevention programs for young people coming from backgrounds at risk (now in the discussed countries the emphasis is put on working with parents of youngsters (post facto));
- developing and implementing programs designed for narrow categories of families;

Social workers in European countries [eg. Marciniak, 2016, Hanney, 2016] point out that, in order to improve the effectiveness of their activities within their duties resulting from social work the following steps should be introduced:

- increase the number of posts of regional social workers, since nowadays 1 worker deals with too many social environments;
- create, within the welfare centers, of a separate service implementing tasks performed only for the benefit of the parents of teenagers;
- establish a transparent, simple and effective mechanism for the promotion of methods and results of the work focused on organizing the local community;
- organize regular training courses for employees in order to prevent professional burnout and improve the quality of work with the client.

An important element in order to carry out effective activities would also be recommendable, namely:

- increasing the instruments to motivate dysfunctional families to positive changes such as further assistance in various forms,
- taking preventive actions supporting the families of juvenile mothers eg .: educational meetings and training on parenting: individual and group meetings with the participation of specialists such as psychologist, counselor, mediator;

- increasing the number of assistants to the family and focus on work with teenage mothers to help them in solving family problems, care and educational material with the involvement and cooperation of family members.

In Africa and South Asia social work focuses more on the prevention of unplanned pregnancies of the juvenile mothers. Teenage (but married) mothers can mostly count on the help of the family.

Underage mothers must be helped in order to get out of the “vicious circle of poverty and stagnation,” because although in Europe, their number gets more and more reduced, immature girls still have children and later, they transfer such a lifestyle on their children! Regardless of the continent, race or religion, young women should be shown an alternative model of life, other than conveyed over to them by family and fixed by not always accurately matched social assistance. They should be educated and helped in making a choice of the right life path. Each man has often unconscious strength that helps him/her develop the potential that needs to be activated. “The future starts today, not tomorrow”, “You must demand from yourselves, even though others do not demand from you” [John Paul II].

Bibliografia

Druki zwarte

- Abortion Statistics, England and Wales: 2015. Summary information from the abortion notification forms returned to the Chief Medical Officers of England and Wales*, Department of Health, London, 2016.
- Adolescent Pregnancy. A review of the evidence*, Population and Development Branch. Technical Division, Forthcoming, New York: UNFPA, 2013.
- Aleksander J., Levy V., Roch S., *Nowoczesne położnictwo*, PZWL, Warszawa, 1995.
- Andrzejewski M., *Prawo rodzinne i opiekuńcze*, Wydawnictwo C. H. Beck, Warszawa 2011.
- Arens U., *Otwartość i wstyd w rodzinie. Intymność i tabu*, Studio Astropsychologii, Białystok 2005.
- Ashcraft A, Lang K., *The Consequences of Teenage Childbearing*, NBER Working Paper No. 12485, National Bureau of Economic Research, Cambridge, MA, 2006.
- Aubin C., Jourdain Menninger D., Chambaud L., *La prévention des grossesses non désirées: contraception et contraception d'urgence*, Rapport Igas, Paris, 2009.
- Aujouat I., Libion F., Rose B., Berrewaerts J., Renard F., Gossiaux Y., *La grossesses chez les adolescents: analyse des facteurs intervenant dans la survenue et leur issue*, Université catholique de Louvain, Unite Reso – Éducation pour la Santé – Education du Patient, Bruxelles 2007.
- Bajos N., Bozon M., (red) *Enquête sur la sexualité en France: pratiques, genre et santé*, La Découverte, Paris 2008.
- Baromètre Santé 2010, Institut national de prevention et d'éducation pour la santé (Inpes), Paris, 2014.
- Bąbska B., M. Dudkiewicz, *Czym jest usługa Organizacja Społeczności Lokalnej (OSL)?*, [w:] M. Dudkiewicz, B. Bąbska, A. Skowrońska, (red) *Organizacja społeczności lokalnej – usługa społeczna*, Poradnik III, Instytut Spraw Publicznych, Warszawa 2014.

- Berrewaerts J., Noirhomme-Renard F., *Les grossesses à l'adolescence: quels sont les facteurs explicatifs identifiés dans la littérature?*, Service Communautaire de Promotion de la Santé avec le soutien de la Communauté française de Belgique, Louvain, 2006.
- Bidzan M., *Nastoletnie matki. Psychologiczne aspekty ciąży, porodu i położu*, Impuls, Kraków 2007.
- Biernat T., Przeperski J., *Zintegrowane wsparcie rodziny w środowisku lokalnym: Centrum dla rodzin*, Wydawnictwo Edukacyjne Akapit, Toruń 2015.
- Blankenhorn D., *Fatherless America: Confronting our most urgent social problem*, Harper-Collins Publishers, Scranton, PA, 1995.
- Bodier M., Buisson G., Lapinte A., Robert-Bobée I., *Couples et familles: entre permanences et ruptures w: Couples et familles*, Insee Références, édition 2015.
- Brandhuber/Zeyringer, *USC i obcokrajowcy*, Berlin 2003, wyd. polskie.
- Bręborowicz G.H., *Ciąża wysokiego ryzyka*, OWN, Poznań, 2000.
- Brodolini F.G. *Etude sur la pauvreté et l'exclusion sociale des familles monoparentales*, Commission européenne, Direction Générale de l'Emploi, des Affaires Sociales et de l'Égalité des chances, février 2007.
- Budrowska B., *Macierzyństwo, jako punkt zwrotny w życiu kobiety*, Wydawnictwo „Funna”, Wrocław, 2000.
- Buisson G., Costemalle V., Daguët F., *Depuis combien de temps est-on parent de famille monoparentale?*, Insee Première, nr 1539, 2015.
- Cabrera N.J., Tamis-LeMonda C.S., (red.) *Handbook of father involvement: Multidisciplinary perspectives*, Routledge, New York, 2013.
- Cannan C., Warren C., *Social Action with Children and Families: A Community Development Approach to Child and Family Welfare*, Routledge, London, 1997.
- Chammartin J., Groux S., *La contraception chez l'adolescent. Accompagnement des adolescents dans l'utilisation de la contraception*, Haute Ecole de Santé, Fribourg, 2014.
- Charbonneau J., *La maternité adolescente: mythes et réalité*, w: Venne M.,(red) *L'annuaire du Québec 2005*, Éditions Fides, Montréal 2006.
- Chardon O., Daguët D., Vivas É., *Les familles monoparentales: Des difficultés à travailler et à se loger*, Insee 2007.
- Cloudsley A., *Women of Omdurman: Life, Love and the Cult of Virginity*, Ethnographica, London, 1983.
- Conceptions in England and Wales: 2014*, Office for National Statistics, London 2015.
- Contraception: Les Françaises utilisent-elles un contraceptif adapté à leur mode de vie?*, Dossier de Presse, INPES, Paris, octobre 2011.
- Couples et familles*, Insee Références, édition 2015.
- Currie C., Zanotti C., Morgan A., Currie D., de Looze M., Roberts C., Samdal O., Smith O.F.R., Barnekow V., *Social determinants of health and well-being among young people*,

- Health Behaviour In School-Aged Children (HBSC) Study: International Report From The 2009/2010, Survey World Health Organization, 2012.
- Czech M., Goleń J., *Rodzicielstwo nieletnich wyzwaniem wychowawczym*, [w:] A. Błasiak, E. Dybowska, N. Pikuła (red.), *Pedagog i pracownik socjalny wobec wyzwań współczesności*, Wydawnictwo WAM, Kraków 2012.
- Danilewicz W., *Dziecko w rodzinie rozłączonej*, [w:] J. Izdebska (red.), *Dziecko w rodzinie i środowisku rówieśniczym*, Trans Humana, Białystok 2003.
- David O., Eydoux L. Sechet R., *Les familles monoparentales en Europe. Ière partie*, Université Rennes, Rennes, 2004.
- Defeyt P., *Le point sur les familles monoparentales*, Institut pour un Développement Durable, mars 2015.
- Diagnoza stanu zastanego*, Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej, Toruń 2011.
- Faire reculer le mariage précoce par l'éducation des filles*, Plan International, Paris 2013.
- Female Genital Mutilation/Cutting: a global concern, UNICEF, New York, 2016.
- Filar M., *Lekarskie prawo karne*, Kantor Wydawniczy „Zakamycze”, Kraków, 2000.
- Fletcher J., Wolfe B., *Education and Labor Market Consequences of Teenage Child-bearing: Evidence Using the Timing of Pregnancy Outcomes and Community Fixed Effects*, NBER Working Paper No. 13847, National Bureau of Economic Research, Cambridge, MA, 2008.
- Firlit-Fesnak G., Szyłko-Skoczny M., (red.), *Polityka społeczna*, Szkoła Główna Handlowa, Warszawa, 2007.
- Fournier J., Mareschal J., Siegfred D., *Mère adolescente à Genève: quel parcours, quels solutions ? Immersion en communauté*, Université de Genève, 2012.
- Frątczak E., Ptak-Chmielewska A., *Demograficzny wymiar aborcji*, w: *Aborcja. Przyczyny, następstwa, terapia*, B. Chazan, W. Simon (red), Wydawnictwo Wektory Wrocław, 2009.
- Frances G., *Teenage pregnancy: Past successes – future challenges*, Teenage Pregnancy Independent Advisory Group, London, 2010.
- Gadzinowski J., *Program poprawy opieki perinatalnej w Polsce*, OWN, Poznań, 1999.
- Gardocki L., *Prawo karne*, C.H. Beck, Warszawa, 1998.
- Gębuś D., *Rodzina. Tak, ale jaka?* Wydawnictwo Akademickie Żak, Warszawa 2006.
- Giddens A., *Socjologia*, PWN, Warszawa 2008.
- Guigma/Diasso M.G., *La lutte contre la pratique de l'excision. Projet de rapport*, Assemblée Parlementaire de la Francophonie, Bruxelles, 8–12 juillet 2012.
- Guide de prevention et de prise en charge des enfants victimes de mariage precoce. Faciliter l'accès à la justice pour les enfants victimes*, Organisations ROMAEESE, Lomé, 2015.
- Harwas-Napierała B., Trempała J., (red.), *Psychologia rozwoju człowieka t. II*, PWN, Warszawa 2003.
- Imieliński K., *Medycyna seksualna. Patologia i profilaktyka*, Oficyna Wydawnicza PCK, Warszawa 1992.

- Izdebski Z., *Seksualność Polaków na początku XXI wieku. Studium badawcze*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2012.
- Jaczewski A., *Seksualność dzieci i młodzieży. Pół wieku badań i refleksji*, Difin, Warszawa 2014.
- Jones R.K., Finer L.B., Singh S., *Characteristics of U.S. Abortion Patients, 2008*, New York: Guttmacher Institute, 2010.
- Kadela K., Kowalczyk J., *Standardy Pracy Socjalnej. Rekomendacje metodyczne i organizacyjne*, WRZOS, grudzień 2013.
- Kantowicz E., *Elementy teorii i praktyki pracy socjalnej*, Wydawnictwo Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego, Olsztyn 2001.
- Kawczyńska-Butrym Z., *Rodziny zależne od pomocy-wsparcie z zewnątrz – wykorzystanie zasady domina i synergii (DiS) oraz zasobów rodziny*, [w:] D. Trawkowska (red.), *Pomoc społeczna wobec rodzin. Interdyscyplinarne rozważania o publicznej trosce o dziecko i rodzinę*, Wydawnictwo Edukacyjne Akapit, Toruń 2011.
- Kawula S., *Kształty rodziny współczesnej. Szkice familologiczne*, Wydawnictwo Adam Marszałek, Toruń 2006.
- Kawula S., *Pedagogika społeczna, dokonania-aktualność-perspektywy*, Wydawnictwo Adam Marszałek, Toruń 2009.
- Kawula S., *Pedagogika społeczna, dzisiaj i jutro*, Wydawnictwo Edukacyjne Akapit, Toruń 2012.
- Kawula S., Brągiel J. Janke A.W., *Pedagogika rodziny. Obszary i panorama problematyki*, Wydawnictwo Adam Marszałek, Toruń 2006.
- Kempińska U., *Małżeństwa młodocianych. Cięża, ślub i co dalej?*, Wydawnictwo Edukacyjne Akapit, Toruń 2012 a.
- Kempińska U., *Małżeństwa młodocianych, przyczyny i konsekwencje*, WSHE, Włocławek 2005.
- Kempińska U., *Wybory życiowe dzieci małżonków młodocianych*, Maiuscula, Poznań 2013.
- Kempińska U., Trojanowska I., *Pomoc socjalna nastoletnim matkom – próba oceny krytycznej*, w: *Rodzina w pracy socjalnej – pomoc w sytuacjach trudnych i kryzysowych*, (red.) T. Biernat, K. Kuziak J.A. Malinowski, Wydawnictwo Edukacyjne Akapit, Toruń 2015, ss. 315–328.
- Komorowska A., *Ginekologia wieku rozwojowego*, PZWL, Warszawa, 1991.
- Kost K., Henshaw S., *U.S. Teenage Pregnancies, Births and Abortions, 2010: National and State Trends by Age, Race and Ethnicity*, AGI, may 2014.
- Kozdrowicz E., *Sytuacja dzieci w rodzinie samotnej matki*, Wydawnictwo Uniwersytetu Warszawskiego, Warszawa 1989.
- Krajewski R., *Prawne kontrowersje ochrony życia człowieka. Studium z prawa polskiego i prawa kanonicznego.*, Wydawnictwo Naukowe Novum, Płock 2004.
- Lachowska B., *Dzieci osób owdowiałych*, KUL, Lublin, 1998.

- Lamb M.E., (red.), *The role of the father in child development*, John Wiley and Sons, New York, 2010.
- Lamourère O., *Célibataire aujourd'hui de la solitude à la relation amoureuse*, Les Éditions de l'Homme. Paris 2004.
- La mère-enfant. Face aux défis de la grossesse chez l'adolescente*, UNFPA, État de la Population Mondiale, 2013.
- L'éducation des filles : vers une « mise à l'échelle » des bonnes pratiques*, Organisation des Nations Unies pour l'Éducation, la Science et la Culture, Paris 2005.
- Leidy M.S., Schofield T.J., Parke R.D. *Fathers' contributions to children's social development*, w: Cabrera N.J., Tamis-Lemonda C.S. (red.) *Handbook of father involvement: Multidisciplinary perspectives*, Routledge, New York, 2013.
- Le mariage précoce*, UNICEF, Florence, 2001.
- Le Pape M-C., L'Hommeau B., Raynaud E., *Les familles monoparentales en Europe: de nouvelles façons de faire famille pour de nouvelles normes?*, w: *Couples et familles*, Insee Références, édition 2015.
- Letablier M.T., *La monoparentalité aujourd'hui: Continuités et changements*, w: *Monoparentalité, homoparentalité, transparentalité en France et en Italie. Tendances, défis et nouvelles exigences*, E. Ruspini (red.), L' Harmattan, Paris 2010.
- Lewis O., *Sanchez i jego dzieci. Autobiografia rodziny meksykańskiej*, PIW, Warszawa, 1964.
- Lewis O., *The Culture of Poverty*, w: O. Lewis, *Anthropological Essays*, New York, Random House, 1970.
- Le Van C., *La grossesses à l'adolescence normes sociales, réalités vécues*, L'Harmattan, Paris, 1998.
- Lindsay J.W. *Teenage couples: Caring, commitment and change*, Buena Park, California 1995 (a).
- Lindsay J.W. *Teenage couples: Coping with reality*, Buena Park, California 1995 (b).
- Lindsay J.W. *Teenage couples: expectations and reality*, Buena Park, California 1996.
- Maciarz A., *Macierzyństwo w kontekście zmian społecznych*, Wydawnictwo Akademickie „Żak”, Warszawa 2004.
- Marciniak M., *Samotne, nastoletnie matki korzystające z systemu wsparcia*, niepublikowana praca dyplomowa napisana pod kierunkiem dr U. Kempńskiej, Włocławek 2016.
- Mariages précoces, grossesses chez les adolescents et les jeunes femmes*. Rapport du Secrétariat Organisation Mondiale de la Santé, 2012.
- Marynowicz-Hetka E., *Praca socjalno-wychowawcza z rodziną niepełną*, Instytut Wydawniczy CRZZ, Warszawa 1985.
- Mazur J., Małkowska-Szcutnik A., (red.), *Wyniki badań HBSC 2010*. Raport techniczny, Instytut Matki i Dziecka, Warszawa 2011.
- McWhirter J.J., McWhirter B.T., McWhirter A.M., McWhirter E.H., *Zagrożona młodzież, Ujęcie kompleksowe dla nauczycieli, pracowników poradni, psychologów i pracowników socjalnych*, Wydawnictwo Edukacyjne Parpa, Warszawa 2005.

- Методологічні положення, зі статистичного аналізу природного руху населення*, Державна служба статистики України, Київ, 2013.
- Mise en ouvre de l' Agenda du travail décent en Afrique de l'Ouest. Résultats des activités de l' Equipe d'appui technique au travail décent – Bureau pays de l'OIT à Dakar (ETD/BP-DAKAR)*, Bureau International du Travail, Dakar, 2013.
- Oblacińska A., Woynarowska B. (red.), *Zdrowie subiektywne, zadowolenie z życia i zachowania zdrowotne uczniów szkół ponad gimnazjalnych w Polsce w kontekście czynników psychospołecznych i ekonomicznych*, Instytut Matki i Dziecka, Zakład Medycyny Szkolnej, Warszawa 2006.
- Obuchowska I., Jaczewski A., *Rozwój erotyczny*, WSiP, Warszawa 2002.
- Okailele M., *La protection pénale de l'enfant anant et après sa naissance en droit positif congolais*, T.F.C en Droit, F.D, UNIKIS, 2008.
- Olech A., Kaźmierczak T., *Pomoc społeczna samotnym matkom. Droga do samodzielności czy instytucjonalizacja niesamodzielności*, [w:] M. Rymsha (red.), *Samotne macierzyństwo i polityka społeczna*, ISP, Warszawa 2001.
- Poli O., *Serce taty. Niezbędnik każdego ojca*, WAM, Kraków, 2008.
- Portier Le- Cocq F., *Sexualité et maternité des adolescentes. Voix anglaises et écossaises*, Presses Universitaires de Rennes, 2009.
- Pospiszyl I. *Patologie społeczne*, PWN, Warszawa 2008.
- Профілактика ВІЛ-інфекції серед підлітків груп ризику: досвід впровадження цільових моделей в Україні*, UNICEF, Київ 2011.
- Progress for Children: A report card on adolescents*, nr 10, UNICEF, April 2012.
- Pstrąg D., *Postawy młodzieży wobec zjawisk patologii społecznej*, w: *Aktualne problemy pedagogiki resocjalizacyjnej i patologii społecznej*, F. Kozaczuk, M. Radochoński, red., Wydawnictwo Wyższej Szkoły Pedagogicznej, Rzeszów 2000.
- Raław M., Trawkowska D., *Samotne rodzicielstwo. Między diagnozą a działaniem*, Centrum Rozwoju Zasobów Ludzkich, Warszawa 2013.
- Raport o sytuacji społeczno-gospodarczej miasta Włocławek*, Urząd Miasta, Włocławek, luty 2013.
- Rodzinkiewicz M., *Rozdział XXV. Przestępstwa przeciwko wolności seksualnej i obyczajności*, w: *Kodeks karny. Część szczególna. Komentarz. Tom II. Komentarz do art. 117–277 k.k.*, p. red. A. Zoll, wyd. 2, wydawnictwo Wolters Kluwer, Kraków, 2006.
- Rude-Antoine E., *Les mariages forcés dans les États membres du Conseil de l'Europe*, Direction Générale des Droits de l'Homme, Strasbourg 2005.
- Rymsha M., Raław-Markowska M., Środoń M., *Pomoc rodzinom samotnych matek w Polsce. Rekomendacje dla polityki społecznej*, [w:] M. Rymsha (red.), *Samotne macierzyństwo i polityka społeczna*, Instytut Spraw Publicznych, Warszawa 2001.
- Ryś M., *O miłości, małżeństwie i rodzinie*, Wydawnictwo Adam, Warszawa, 1998.
- Schulz R., *Szkice z pedagogiki ogólnej*, Wydawnictwo Adam Marszałek, Toruń, 2016.

- Sexually Transmitted Disease Surveillance 2014*, Division of STD Prevention, Atlanta: U.S. Department of Health and Human Services; 2015.
- Sieja K., *Wiedza o życiu seksualnym człowieka. Wybrane zagadnienia*, Wydawnictwo Uczelniane Bałtyckiej Szkoły Wyższej, Koszalin, 1998.
- Slany K., *Alternatywne formy życia małżeńsko-rodzinnego w ponowoczesnym świecie*, NOMOS, Kraków 2002.
- Sprawozdanie Rady Ministrów z wykonania w roku 2001 Ustawy z dnia 7 stycznia 1993 roku o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży*, Warszawa, 2003.
- Sprawozdanie Rady Ministrów z wykonania oraz o skutkach stosowania w roku 2012 Ustawy z dnia 7 stycznia 1993 roku o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży*, Warszawa, 2014.
- Sprawozdanie z działań w zakresie organizowania społeczności lokalnej (CAL) w roku 2012 Osiedlowej Sekcji Pomocy Społecznej Nr 4 „Południe” we Włocławku z 21.01.2013 r.*
- Sprawozdanie z działań w zakresie organizowania społeczności lokalnej (CAL) za I półrocze 2013 Osiedlowej Sekcji Pomocy Społecznej Nr 4 „Południe” we Włocławku.*
- Stańczak J., Stelmach K., Urbanowicz M., *Małżeństwa oraz dzietność w Polsce*, Główny Urząd Statystyczny Departament Badań Demograficznych i Rynku Pracy, Warszawa 2016.
- Starowicz –Lew Z., Fijałkowska-Grabowiecka A., *Seks kontrowersyjny*, Dom Wydawniczy Bellona, Warszawa 2004.
- Sztompka P., *Socjologia*, Znak, Kraków 2002.
- Szymańska J., *Programy profilaktyczne. Podstawy profesjonalnej psychoprofilaktyki*, Ośrodek Rozwoju Edukacji, Warszawa, 2015.
- Tarkowska E.,(red.) *Zrozumieć biednego: o dawnej i obecnej biedzie w Polsce*, Instytut Filozofii i Socjologii PAN, Typografia, Warszawa 2000.
- The Causes, Consequences and Solutions Forced Child Marriage in the Developing World in the Developing World*, International Center for Research on Women Washington, D.C., 2010.
- Tinsley M. *Parenting alone. Work and welfare in single parents household by type*, Policy Exchange, London 2014.
- Wąż K., *Profilaktyka wczesnego rodzicielstwa*, w: Izdebski Z., (red.) *O człowieku i jego rozwoju nie tylko seksualnym. Prace dedykowane Profesorowi Andrzejowi Jaczewskiemu*, Oficyna Wydawnicza Uniwersytetu Zielonogórskiego, Zielona Góra 2009.
- Wellings, K., *Causes and consequences of teenage pregnancy*, w: Baker, P., Guthrie, K., Hutchinson, C., Kane, R., Wellings K., (red.), *Teenage pregnancy and reproductive health*, Royal College of Obstetricians and Gynaecologists, Londres, 2007.
- Wilkinson R., Pickett K., *The spirit level. Why Greater Equality Makes Societies Stronger*, Bloomsbury Press, New York 2009.
- Winiarz J., Gajda J., *Prawo rodzinne*, Wydawnictwa Prawnicze PWN, Warszawa 1999.

Wójcik S., *Włocławskie osiedle Leopoldowo – Zakręt – praca środowiskowa krok po kroku*, [w:], M. Rymsza (red.), *Praca środowiskowa w Polsce – tradycja i teraźniejszość*, Instytut Spraw Publicznych, Warszawa 2014.

Здравоохранение в России 2015, Статистический сборник, Федеральная Служба Государственной Статистики, Москва 2015.

Żakowski J., *Słowo wstępne. Wszyscy będziemy prekariuszami*, [w:] G. Standing, *Prekariat Nowa niebezpieczna klasa*, PWN, Warszawa, 2014.

Demographic and Health Survey

Albania Demographic and Health Survey 2008–09, Institute of Statistics Institute of Public Health Tirana, march 2010.

Bangladesh Demographic And Health Survey 2011, National Institute of Population Research and Training Dhaka, Bangladesh, Mitra and Associates Dhaka, Bangladesh, January 2013.

Cambodia Demographic and Health Survey 2014, National Institute of Statistics Ministry of Planning Phnom Penh, Directorate General for Health Ministry of Health Phnom Penh, Cambodia, September 2015.

Ethiopia Demographic and Health Survey 2011, Central Statistical Agency Addis Ababa, Ethiopia ICF International, March 2012.

Indonesia Demographic and Health Survey 2012, Statistics Indonesia National Population and Family Planning Board, August 2013.

Jordan Population and Family Health Survey 2012, Department of Statistics Amman, Jordan, October 2013.

Kenya Demographic and Health Survey 2014, Kenya National Bureau of Statistics, Ministry of Health, National AIDS Control Council, Kenya Medical Research Institute, Kenya National Council for Population and Development Nairobi, Kenya, December 2015.

Nepal Demographic and Health Survey 2011, Population Division Ministry of Health and Population Government of Nepal, New ERA Kathmandu, Nepal, march 2012.

Pakistan Demographic and Health Survey 2012–13, National Institute of Population Studies Islamabad, Pakistan, December 2013.

Philippines National Demographic and Health Survey 2013, Philippine Statistics Authority Manila, Philippines, August 2014.

The Gambia Demographic and Health Survey 2013, Gambia Bureau of Statistics Banjul, The Gambia, September 2014.

Enquête Démographique et de Santé

Enquête Démographique et de Santé Burundi 2010, Rapport Final, Institut de Statistiques et d'Études Économiques du Burundi (ISTEEBU), Ministère des Finances et de la Planification du Développement Économique, Institut National de Santé Publique (INSP) Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre le Sida, Mai 2012.

- Enquête Démographique et de Santé 2012*, Ministère de l'Économie, de l'Emploi et du Développement Durable Ministère de la Santé, Direction Générale de la Statistique, Libreville, République Gabonaise, Avril 2013.
- Enquête Démographique et de Santé (EDSM V) 2012–2013*, Cellule de Planification et de Statistiques (CPS/SSDSPF) Institut National de la Statistique (INSTAT) Centre d'Études et d'Information Statistiques (INFO-STAT) Bamako, Mali, Mai 2014.
- Enquête Démographique et de Santé Madagascar 2008–2009*, Institut National de la Statistique Ministère de l'Économie et de l'Industrie Antananarivo, Madagascar, Avril 2010.
- Enquête Démographique et de Santé et à Indicateurs Multiples (EDSBF-MICS IV) 2010*, Institut National de la Statistique et de la Démographie (INSD) Ministère de l'Économie et des Finances Ouagadougou, Burkina Faso, Avril 2012.
- Enquête Démographique et de Santé et à Indicateurs Multiples (EDS-MICS) 2011*, Institut National de la Statistique Ministère de l'Économie de la Planification et de l'Aménagement du Territoire Ministère de la Santé Publique Yaoundé, Cameroun, Septembre 2012.
- Enquête Démographique et de santé et à Indicateurs Multiples (EDS-MICS 2012)*, Institut National de la Statistique Ministère du Plan Conakry, Guinée, Septembre 2013.
- Enquête Démographique et de Santé et à Indicateurs Multiples (EDSN-MICS IV) 2012*, Institut National de la Statistique (INS) Ministère des Finances Niamey, Niger, Septembre 2013.
- Enquête Démographique et de Santé à Indicateurs Multiples Sénégal (EDS-MICS) 2010–2011 Rapport final*, Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie (ANSD) Dakar, Sénégal, Février 2012.
- Enquête Démographique et de Santé et à Indicateurs Multiples (EDS-MICS) 2011–2012*, Ministère de la Santé et de la Lutte Contre le Sida (MSLS), Institut National de la Statistique, Ministère d'État, Ministère du Plan et du Développement (MEMPD) Abidjan, Côte d'Ivoire, Juin 2013.
- Troisième Enquête Démographique et de Santé (EDST-III 2013–2014)*, Ministère de la Planification, du Développement et de l'Aménagement du Territoire, Direction Générale de la Statistique et de la Comptabilité Nationale Ministère de la Santé République Togolaise, Janvier 2015.

Czasopisma

- Acs M., L'Hommeau B., Raynaud E., *Les familles monoparentales depuis 1990. Quel contexte familial? Quelle activité professionnelle?*, „Dossiers Solidarité et Santé”, nr 67 Juillet 2015, ss.1–35.
- Algava E., *Les familles monoparentales: des caractéristiques liées à leur histoire matrimoniale*, „Études et Résultats”, nr 218, 2003, ss. 1–12.
- Amsellem-Mainguy Y., *Recours et résistances à l'utilisation de la contraception d'urgence*, „La santé de l'homme”, nr 399, 2009, ss. 8–10.

- Argys L.M., Peters H.E., Brooks-Gunn J., Smith J.R., *The impact of child support on cognitive outcomes of young children*, „Demography”, nr 35(2), 1998, ss. 159–173.
- Berthoud R., Robson K., *The outcomes of teenage motherhood in Europe*, „Innocenti working Paper” nr 86, Florence, 2001, ss. 1–64.
- Bettoli L., *La grossesse à l'adolescence: un problème de santé publique?*, „Sage-femme Suisse”, nr 5, 2004, ss. 30–35.
- Black A., Yang Q., Wu Wen S., Lalonde A.B., Guilbert E., Fisher W., i współ., *Contraceptive Use Among Canadian Women of Reproductive Age: Results of a National Survey*, „Journal of Obstetrics Gynaecology Canada” 31(7), July 2009, ss. 627–640.
- Blais J., *La grossesse à l'adolescence: un phénomène qui persiste!*, „Ça S'exprime”, nr 2, hiver 2005, ss. 1–8.
- Blanc A.K., Tsui A.O., Croft T.N., Trevitt J.L., *Patterns and Trends in Adolescents' Contraceptive Use and Discontinuation in Developing Countries and Comparisons With Adult Women*, „International Perspectives on Sexual and Reproductive Health”, vol. 35, issue 2, 2009, ss. 63–71.
- Blanchard S., *En 2007, 32 ados français sont devenus pères à 15 ans*, „Le Monde”, 20.02 2009.
- Bronte-Tinkew J., Horowitz A., Scott M.E., *Fathering With multiple partners: Links to children's well-being in early childhood*, „Journal of Marriage and Family” nr 71 (3), 2009, ss. 608–631.
- Bwire Ekonjo G., Pałczyński B., Gryboś M., *Ciąża i poród u młodocianych jako problem społeczny i zdrowotny*, „Ginekologia Praktyczna”, vol. 11, nr 6, 2003, ss. 47–52.
- Carvel J., *UK 'becoming lone-parent capital*, „The Guardian”, 21.05 2005.
- Chen X-K., Wen S.W., Fleming N., Demissie K., Rhoads G.G., Walker M., *Teenage pregnancy and adverse birth outcomes: a large population based retrospective cohort study*, „International Journal of Epidemiology”, vol. 36, issue 2, 2007, ss. 368–373.
- Chevalier A., Viitanen T.K., *The long-run labour market consequences of teenage motherhood in Britain*, „Journal of Population Economics”, vol. 16, nr 2 2003, ss. 323–343.
- Daguerre A., *Les grossesses adolescentes en France et en Grande – Bretagne. Un phénomène dérangent pour les pouvoirs publics*, „Informations sociales vol. 1, nr 157, 2010, ss. 96–102.
- Dahl G.D., *Early Teen Marriage and Future Poverty*, „Demography”, nr 47(3), 2010, ss. 689–718.
- Darroch J.E., Landry D.J., Oslak S., *Age differences between sexual partners in the United States*, „Family Planning Perspectives” 31 (4), 1999, ss. 160–167.
- Diagnoses of HIV Infection in the United States and Dependent Areas, 2014* „HIV Surveillance Report”, vol. 26, 2015, ss. 1–23.
- Dadoorian D., *Grossesses adolescents*, „Le Journal des psychologies”, vol. 9, nr 252, 2007, ss. 72–75.
- Drosdzol A., Piela B., Zdun D., Nowosielski K., Klimanek M., Skrzypulec V., *Seksualność młodych dorosłych województwa śląskiego*, „Ginekologia Praktyczna” nr 2, 2005, ss. 32–39.

- Dziewanowska M., Wiek zgody – prawnokarne regulacje wieku uprawniającego do rozpoczęcia współżycia w prawie kontynentalnym i common law, „Studia Iuridica”, nr 53, 2011, ss. 87–96.
- Eaton D.K., Kann L., Kinchen S., Ross J., i współp., *Youth risk behavior surveillance, United States, 2005*, „Journal of School Health”, vol. 76, issue 7, septembre 2006, ss. 353–372.
- Filar M., *Seksualne wykorzystywanie dzieci w świetle polskiego kodeksu karnego (na tle prawno-porównawczym)*, „Dziecko krzywdzone. Teoria, badania, praktyka”, vol.1, nr 1, 2002, ss. 39–52.
- Filipp E., Pawłowska A., Wilczyńska A., Kowalska B., Niemiec K.T., Raczyński P., Kęsicka J., *Metody planowania rodziny u nastolatków*, „Ginekologia Praktyczna”, vol. 13, nr 4, 2005, ss. 46–52.
- Frankowicz-Gasiul B., Michalik A., Czerwińska A., Zydorek M., Olszewska J., Olszewski J., *Ciąża młodocianych – problem medyczny i społeczny*, „Studia Medyczne” t. 11, 2008; ss. 57–63.
- Gohel M., Diamond J.J., Chambers C.V., *Attitudes toward sexual responsibility and parenting: an exploratory study of young urban males*, „Family Planning Perspectives”, vol. 29, nr 6 1997, ss. 280–283.
- Godeau E, Nic Gabhainn S, Vignes C, Ross J, Boyce W, Todd J., *Contraceptive use by 15-year-old students at their last sexual intercourse: results from 24 countries*, *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, nr 162(1), 2008, ss.66–73.
- Guilmoto C. Z., Duthé G., *La masculinisation des naissances en Europe orientale*, „Population et Sociétés”, nr 506, 2013.
- Guzzo K.B., Furstenberg Jr F.F., *Multipartnered fertility among American men*, „Demography”, nr 44, 2007, ss. 583–601.
- Hamilton B.E., Martin J.A., Osterman M.J.K., Curtin S.C., Mathews T.J., *Births: final data for 2014*, „National Vital Statistics Reports”, vol. 64, nr 12, 2015, ss. 1–64.
- Hertrich V., Pilon M., *Changements matrimoniaux en Afrique*, „La Chronique du CEPED”, Juillet-Septembre, 1997, nr 26, ss. 1–3.
- Hillis S.D., Anda R.F., Dube S.R., Felitti V.J., Marchbanks P.A., Marks J.S., *The Association Between Adverse Childhood Experiences and Adolescent Pregnancy, Long-Term Psychosocial Consequences, and Fetal Death*, „Pediatrics”, vol. 113, issue 2, 2004, ss. 320–327.
- Hofferth S., *Residential father family type and child well-being: Investment versus selection* „Demography”, nr 43, 2006, ss. 53–77.
- Idele P., Gillespie A., Porth T., Suzuki C., Mahy M., Kasedde S., Luo C., *Epidemiology of HIV and AIDS Among Adolescents: Current Status, Inequities, and Data Gaps*, „Acquired Immune Deficiency Syndrome”, vol. 66, supplement 2, 2014, ss. 144–153.
- Jakimiuk A., Nowicka M., *Antykoncepcja młodocianych*, „Ginekologia po Dyplomie”, t. 9, nr 4, 2007, ss. 28–49.

- Kanadys K, Niziołek I, Lewicka M, Sulima M., *Wiedza młodzieży licealnej o hormonalnych środkach antykoncepcyjnych. Część I*, „Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu”, tom 18, nr 3, 2012, ss.176–180.
- Kempińska U., *La necessità di consulenza matrimoniale*, Вісник Черкаського Університету”, Серія Педагогічні Науки, Черкаси, nr 3, 2016 a, ss. 39–45.
- Kempińska U., *Małżeństwa i związki powtórne*, „Problemy Opiekuńczo-Wychowawcze”, nr 5, 2012 b, ss. 51–56.
- Kempińska U., *Mother’s age and the marital-parental role fulfillment: the research report*, „Społeczeństwo i Rodzina”, tom 44, zeszyt 3, 2015 a, ss. 174–185.
- Kempińska U., *Patologia w dziedziczeniu zachowań seksualnych trzech pokoleń babka–matka–córka*, [w:] S. Neslušánová, I. Emmerová, E. Jarosz (red.), *Sociální pedagogika ve službě člověku a společnosti*, Brno 2014 a, ss. 199–205.
- Kempińska U., *Potrzeba pracy socjalnej z nastoletnimi małżeństwami i ich rodzinami*, „Praca Socjalna”, nr 2, 2015 b, ss. 3–20.
- Kempińska U., *Ryzykowne zachowania seksualne studentów w Polsce i na Ukrainie – raport z badań*, w: *Sociální pedagogika ve světle společenského, institucionálního a individuálního ohrožení*, S. Neslušánová, M. Niklová, E. Jarosz (ed.), Brno 2015 c, s. 702–708.
- Kempińska U., *The Family Environment of The Teenage Married Couples and its Impact on Children’s Access to Education and Vocational Training*, „Вісник Національної Університету Оборони України”, Київ 1(38)2014 b, ss. 65–71.
- Kempińska U., *Uczestnictwo w spektaklach baletowych środkiem do walki ekskluzją intelektualną?*, „Wychowanie na co dzień”, nr 6 (249) 2014 c, s. 40–45.
- Kempińska U., *„Wczesne małżeństwa” w krajach rozwijających się: dramat jednostki, czy poszanowanie tradycji?*, „Problemy Opiekuńczo-Wychowawcze” nr 7, 2016 b, ss. 56–60.
- Kennedy S., Bumpass L., *Cohabitation and children’s living arrangements: New estimates from the United States*, „Demographic Research” nr 19, 2008, ss. 1663–1692.
- King V., Sobolewski J.M., *Nonresident fathers’ contributions to adolescent well-being*, „Journal of Marriage and Family”, nr 68, 2006, ss. 537–557.
- Lehrer J.A., Shirer L.A., Gortmaker S., Buka S., *Depressive symptoms as a longitudinal predictor of sexual risk behaviors among us middle and high school students*, „Pediatrics” vol.118, no 1, 2006, ss. 189–200.
- Lightfoot-Klein H., *The sexual experience and marital adjustment of genitally circumcised and infibulated females in an Afro-Arab Islamic society (Sudan)*, „Journal of Sex Research”, 26 (3), 1989, ss. 375–393.
- Luong M., *Que sont devenues les mères adolescents? L’emploi et le revenu en perspective*, vol. 9 nr 5, 2008, ss. 5–15.
- Malec A., *O sytuacji młodocianych matek*, „Problemy opiekuńczo-wychowawcze”, nr 2, 2004, ss. 35–38.

- Marianowski L., Grzechocińska B. *Prowadzenie ciąży, oraz poród i połóg u nieletnich*, „Medipress Ginekologia”, t. 2 1996, ss. 2–5.
- Martin J.A., Sutton P.D., Hamilton, B.E., Ventura S.J., Menacker F., Kirmeyer S., *Birth: Final data for 2004*, „National Vital Statistics Reports” 55 (1) 2006, ss. 1–101.
- Mazuy M., Toulemon L., Baril E., *Le nombre d’IVG est stable, mais moins de femmes y ont recours*, „Population”, 69 (3), 2014, ss. 365–398.
- McWayne C., Downer J.T., Campos R., Harris R.D., *Father involvement during early childhood and its association with children’s early learning: A meta-analysis*, „Early Education and Development”, nr 24(6), 2013, ss. 898–922.
- Mutilations sexuelles féminines*, „Aide- mémoire”, nr 241, février 2016.
- Nettle D., *Why do some dads get more involved than others? Evidence from a large British cohort*, „Evolution and Human Behavior”, nr 29 (6), 2008, ss. 416–423.
- Niedźwiedzka-Stadnik M., Rosińska M., *Sytuacja epidemiologiczna w Polsce po 2010 roku*, „Kontra” nr 1 (59), 2014, ss. 2–3.
- Niemiec T., *Macierzyństwo u młodocianych*, „Nowa Medycyna” nr 1, 2004, ss. 21–23.
- O’Brien F.R., *Condom Use by Adolescents*, „Pediatrics”, vol. 132, issue 5, 2013, ss. 973–982.
- Olausson P.O., Haglund B., Weitoft G.R., Cnattingius S., *Teenage childbearing and long-term socioeconomic consequences : a case study in Sweden*, „Family Planning Perspectives”, mar/apr nr 33 (2), 2001, ss. 70–74.
- Ott M.A., Sucato G.S., *Contraception for Adolescents* „Pediatrics” volume 134, nr 4, 2014, ss. 1257–81.
- Paranjothy, S., Broughton, H., Adappa, R., Fone, D., *Teenage pregnancy: who suffers?*, „Arch Dis Child”, vol. 94, nr 3, 2009, ss. 239–245.
- 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*, „Ginekologia Praktyczna” vol. 13, nr 4, 2005, ss. 41–45.
- Portier-Le Cocq F., *Les aides sociales aux mères isolées*, „Informations sociales”, vol. 3, nr 159, 2010, ss. 108–116.
- Quill L., *Ces filles qui deviennent mères à 15 ans*, „Le Figaro”, 03 septembre 2015.
- Régner-Loilier A., Leridon H., *Après la loi Neuwirth, pourquoi tant de grossesses imprévues?*, „Population et sociétés”, nr 439, 2007, ss. 1–8.
- Rigsby D.C., Macones G.A., Driscoll D.A., *Risk factors for rapid repeat pregnancy among adolescent mothers: a review of the literature*, „Journal Pediatric and Adolescent Gynecology”, vol. 11(3), 1998, ss. 115–126.
- Rochon M., *La grossesse à l’adolescence: des chiffres*, „Ça Sexprime” vol. 1 nr 2, hiver 2005.
- Rossier C., *L’avortement non sécurisé reste fréquent dans le monde, mais il est moins souvent fatal*, „Population et Sociétés”, nr 513, 2014, ss. 1–4.

- Royer C., *Voyage au coeur des valeurs des adolescents: la famille, grand pilier d'un système*, „Enfances, Familles, Génération”, nr 4, 2006, 1–21.
- Sarkadi A., Kristiansson R., Oberklaid F., Bremberg S., *Fathers' involvement and children's developmental outcomes: a systematic review of longitudinal studies*, „Acta Paediatrica”, nr 97(2), 2008, ss. 153–158.
- Sedgh G., Singh S., Shah I.H., Ahman E., Henshaw S.K., Bankole A., *Induced abortion: incidence and trends worldwide from 1995 to 2008*, „Lancet”, vol. 379, 2012, ss. 625–632.
- Skrzypulec V., Droszdzol A., *Antykoncepcja dziewcząt i młodych kobiet*, „Ginekologia po Dyplomie” t.11, nr 3, 2009, ss. 29–32.
- Slany K., *Przemiany demograficzne w Polsce końca XX wieku*, „Problemy Rodziny”, nr 4, 2000, ss. 7–12.
- Stochmiałek J., *Teoretyczne koncepcje przewyższania zjawiska wykluczenia w sytuacji ubóstwa*, „Auxilium Sociale”, 2002, nr 2, ss. 34–58.
- Strohschein L.A., *Parental divorce and child mental health trajectories*, „Journal of Marriage and Family” nr 67, 2005, ss. 1286–1300.
- Tabutin D., Schoumaker B., *La démographie de l'Afrique au sud du Sahara des années 1950 aux années 2000. Synthèse des changements et bilan statistique*, „Population”, 59(3–4), 2004, ss. 521–622.
- Tremblay C., *La grossesse à l'adolescence: mieux comprendre pour mieux intervenir*, „L'infirmière du Québec”, vol. 9, nr 1, 2001, ss. 43–50.
- Une résolution de l'ONU contre l'excision*, „Le Figaro”, 27.11.2012.
- Urzędowska U., *„Tego bólu nie da się opisać” – Londyn europejską stolicą obrzezania dziewczynek*, „Gazeta Wyborcza”, 06.02.2014.
- Vilain A., Mouquet M.-C., Gonzalez L., de Riccardis N., *Les interruptions volontaires de grossesse en 2011*, „Études et Resultats”, nr 484, 2013, ss. 1–6.
- Walton M.A., Resko S., Whiteside L., Chermack S.T., Zimmerman M., Cunningham R.M., *Sexual risk behaviors among teens at an urban emergency department : relationship with violent behaviors and substance use*, „Journal of Adolescent Health”, vol. 48, 2011, ss. 303–305.
- Wilkes D., *I let my girl have sex at 11, admits mother*, „Daily Mail” 25.05.2005.
- Woynarowska B., Małkowska A., Tabak I., *Zachowania seksualne młodzieży w wieku 16 i 18 lat w Polsce w 2005 r.*, „Ginekologia Polska” nr 9, 2006, ss. 666–676.
- Youth Risk Behavior Surveillance — United States, 2015*, „Morbidity and Mortality Weekly Report”, vol. 65, nr 6, 2016 ss. 1–174.
- Zielińska M., *Metody antykoncepcyjne mieszkanki Łodzi w wieku rozrodczym*, „Ginekologia praktyczna” vol. 16, nr 1, 2008, ss. 42–45.

Akty prawne

- Arrêté du Gouvernement de la Communauté française relatif aux subventions et interventions pour frais individuels liés à la prise en charge des jeunes*, du 9 décembre 2015, (*Dekret rządu Wspólnoty Francuskiej w sprawie subsydiów i interwencji w kwestii kosztów opieki dzieci i młodzieży*, <http://www.aidealajeunesse.cfwb.be/>).
- Civil Code*, chapter 16, (*Kodeks Cywilny*), <http://www.legislation.gov.uk/>
- Code Civil (Kodeks Cywilny)* du 21 mars 1804 r. nr 1804-03-21/30 <http://www.droitbelge.be/>
- Code civil des Français, Le code Napoléon, (Kodeks cywilny, Kodeks Napoleona)* de 8 mars 1804, <http://codes.droit.org/>.
- Code de la sécurité sociale (Kodeks zabezpieczenia społecznego,) version consolidée au 12 septembre 2016*, http://codes.droit.org/cod/securite_sociale.pdf.
- Code Pénal de 8 juin 1867. (kodeks karny – Belgia), <http://www.ejustice.just.fgov.be/>.
- Code Pénal de 01 mars 1994 (kodeks karny – Francja), <https://www.legifrance.gouv.fr/>.
- Constitution de la République française, (Konstytucja Republiki Francuskiej)* du 4 octobre 1958; <http://www.assemblee-nationale.fr/>
- Deklaracja z Bamako* z 29 marca 2001r.
- Décret nr 2008-409 du 28 avril 2008 relatif à la majoration unique des allocations familiales à quatorze ans, (Dekret dotyczący wzrostu dodatków rodzinnych)*.
- Dyrektywa Parlamentu Europejskiego i Rady 2011/92/UE z dnia 13 grudnia 2011 r. w sprawie zwalczania niegodziwego traktowania w celach seksualnych i wykorzystywania seksualnego dzieci oraz pornografii dziecięcej, (*Dziennik Urzędowy Unii Europejskiej* L 335/1 z 17.12.2011).
- Family Law Act 1996*, chapter 27, (*Prawo rodzinne*), <http://www.legislation.gov.uk/>
- Genre et développement de la communauté de l'Afrique Australe, (Protokół dotyczący płci i rozwoju społecznego w Afryce Południowej* z 2003 r.).
- Kodeks prawa kanonicznego*, <http://www.katolicki.net/index.php/z-zycia-kosciola/z-zycia-kosciola-kodeks-prawa-kanonicznego.html> data dostępu 03.12.2015.
- Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej* (Dz. U. z dnia 2 kwietnia 1997 r., nr 78, poz. 483).
- Конституція України, Закон України від 8 грудня 2004 року №2222-IV, (Konstytucja Ukrainy)*, <http://www.president.gov.ua/documents/constitution>.
- Konwencja o Prawach Dziecka*, (Dz. U. z dnia 23 grudnia 1991 r., nr 120, poz. 526).
- Konwencja w sprawie likwidacji wszelkich form dyskryminacji kobiet* (Dz.U. z 02 kwietnia 1982 r. nr 10, poz. 71).
- Konwencja w sprawie zgody na zawarcie małżeństwa, najniższego wieku małżeńskiego i rejestracji małżeństw*, (Dz. U. z 1965 r. nr 9, poz. 53).
- La Charte Africaine sur les Droits et le Bien-être de l'Enfant, (Afrykańska Karta Praw i Dobrobytu Dziecka)* z 29 listopada 1999r. <http://www.achpr.org/fr/instruments/child/>.

- La Constitution Belge (Konstytucja Belgii)* z dnia 7 lutego 1831 r. i 17 lutego 1994 r. http://www.belgium.be/fr/la_belgique/pouvoirs_publics/democratie/legislation/constitution
- La Convention de Sauvegarde des Droits de l'Homme et des Libertés Fondamentales*, (Konwencja o ochronie praw człowieka i podstawowych wolności) z 4 listopada 1950 r.
- La Déclaration Universelle des Droits de l'Homme, Universal Declaration of Human Rights* (Powszechna Deklaracja Praw Człowieka) z 10 grudnia 1948 r.
- La Déclaration Islamique Universelle des Droits de l'Homme du Conseil Islamique*, (Powszechna Deklaracja Praw Człowieka Rady Islamskiej) z 19 września 1981 roku.
- La Déclaration de l'Organisation de la Conférence Islamique*, (Deklaracja Organizacji Konferencji Islamskiej) z 1990 r.
- La loi sur la protection de l'enfance du 15 mai 1912*, (Ustawa z dnia 15 maja 1912 w sprawie ochrony dzieci), <http://www.aidealajeunesse.cfwb.be/>.
- La loi relative à la protection de la jeunesse du 8 avril 1965*, (Ustawa z dnia 8 kwietnia 1965 roku w sprawie ochrony młodzieży), <http://www.aidealajeunesse.cfwb.be/>.
- L'ancienne Loi relative à la protection de la jeunesse suite à la communautarisation du 8 avril 1965*, (Stara ustawa z dnia 8 kwietnia 1965 roku w sprawie ochrony młodocianych w następstwie uwspólnotowienia), <http://www.aidealajeunesse.cfwb.be/>.
- La Résolution 843 (IX)*, (Rezolucja 843 (IX)) z dnia 17 grudnia 1954 roku.
- La Résolution 2018 (XX) de l'Assemblée Générale des Nations Unies*, (Rezolucja Zgromadzenia Ogólnego Narodów Zjednoczonych) z 01 listopada 1965 r., www.ohchr.org/FR.
- La Résolution 1468 de l'Assemblée Parlementaire du Conseil de l'Europe*, (Rezolucja 1468 Zgromadzenia Parlamentarnego Rady Europy) z 2005 r.
<http://assembly.coe.int/nw/xml/XRef/Xref-XML2HTML-FR.asp?fileid=17380&lang=FR>.
- Le Code de l'Action Sociale et Familiale*, (Kodeks Działań Społecznych i Rodzinnych), z 31 grudnia 2007 r., <https://www.legifrance.gouv.fr/>.
- Le décret relatif à l'aide à la jeunesse du 4 mars 1991*, (Dekret z dnia 4 marca 1991 roku w sprawie pomocy dla młodzieży), <http://www.aidealajeunesse.cfwb.be/>.
- Le Pacte de New York Relatif aux Droits Civils et Politiques*, (Pakt Praw Obywatelskich i Politycznych z Nowego Jorku) z 19 grudnia 1966.
- Le Protocole no 7 à la Convention de Sauvegarde des Droits de l'Homme et des Libertés Fondamentales*, (Protokół nr 7 do Konwencji o Ochronie Praw Człowieka i Podstawowych Wolności), z 22 listopada 1984 r.
- Le régime français de protection sociale des travailleurs salariés (régime général)*. Francuski system zabezpieczenia społecznego (system powszechny) http://www.cleiss.fr/docs/regimes/regime_france.html
- Loi du 14 mars 2016 relative à la protection de l'enfant*, (Ustawa w sprawie ochrony dzieci) z 14 marca 2016, www.legifrance.gouv.fr
- Loi générale relative aux allocations familiales (LGAF)*, (Prawo o świadczeniach rodzinnych) z 19 grudnia 1939, nr 1939-12-19/01, <http://www.ejustice.just.fgov.be>.

- Loi nr 2001-588 du 4 juillet 2001 relative à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception*, (ustawa o aborcji i antykoncepcji), <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000222631&categorieLien=id>.
- Loi nr 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé* (Ustawa w sprawie praw pacjentów i jakości systemu opieki zdrowotnej) <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000227015&categorieLien=id>.
- Постанова Кабінету Міністрів України від 27 грудня 2001 р. N 1751 *Про затвердження Порядку призначення і виплати державної допомоги сім'ям з дітьми*, (rozporządzenie Rady Ministrów w sprawie wypłaty zasiłków dla rodzin z dziećmi), <http://zakon1.rada.gov.ua/cgi-bin/laws/main.cgi?nreg=1751-2001%EF&p=1270204897733506>.
- Rozporządzenie Komisji (We) Nr 730/1999 z dnia 7 kwietnia 1999 r. Ustanawiające normy handlowe w odniesieniu do marchwi*, (Dziennik Urzędowy Wspólnot Europejskich L93/14, <http://eur-lex.europa.eu/>).
- Sexual Offences Act 2003*, (Kodeks dotyczący Przepęstw seksualnych). <http://www.legislation.gov.uk>.
- Сімейний Кодекс України*, Відомості Верховної Ради України (Ввр), 2002, № 21–22, Ст.135, (Kodeks rodzinny).
- The Welfare Reform Act 2012, <https://www.loc.gov/>.
- Une résolution de l'ONU contre l'excision*, (Rezolucja przeciw okaleczaniu żeńskich narządów płciowych) z 26 listopada 2012 r.
- Ustawa z dnia 23 kwietnia 1964 Kodeks Cywilny* (Dz. U. 1964, nr 16, poz. 93.).
- Ustawa z dnia 7 stycznia 1993 r. o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży*, (Dz. U. z 1993 r., nr 17, poz.78).
- Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny*, (Dz. U. z 1997r., nr 88, poz. 553).
- Ustawa z dnia 06 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta* (Dz. U. z 2009 r. nr 52, poz. 417).
- Ustawa z dnia 09 czerwca 2011r. wspieraniu rodziny i pieczy zastępczej* (Dz. U. z 2011 r. nr 149 poz. 887).
- Ustawa z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej* (Dz. U. z 2013 poz. 182, Dz. U. z dnia 16 stycznia 2015, poz. 163).
- Ustawa z dnia 25 lutego 1964 r. Kodeks rodzinny i opiekuńczy* (Dz. U. 1998, nr 117, poz. 757 z późn. zm.).
- Ustawa z dnia 07.09.2007r o pomocy osobom uprawnionym do alimentów* (Dz. U. 2007, nr 192, poz. 1378).
- Ustawa z dnia 26 października 1982 r. o postępowaniu w sprawach nieletnich* (Dz. U. 1982, nr 35, poz. 228).
- Ustawa z dnia 29.07.2005r o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie* (Dz. U. 2005, nr 180 poz. 1493).

- Ustawa z dnia 28.11.2003r. o świadczeniach rodzinnych* (Dz.U. 2003, nr 228, poz. 2255).
- Закон України *Про державну допомогу сім'ям з дітьми*, Відомості Верховної Ради України (ВВР), 1993, N 5, ст.21, (*ustawa o pomocy państwa dla rodzin z dziećmi*), <http://zakon1.rada.gov.ua/cgi-bin/laws/main.cgi?nreg=2811-12&p=1270204897733506>.
- Закон України, *Про державний бюджет України на 2016 рік*, Відомості Верховної Ради України (ВВР), 2016, № 5, ст.54, (*ustawa dotycząca budżetu państwa na rok 2016*), <http://xn--80aagahqwiybe8an.com/ukrajiny-zakony/zakon-ukrajini-pro-derjavniy-byudjet-ukrajini2016.html>.
- Цивільний кодекс України*, Відомості Верховної Ради України (ВВР), 2003, №№ 40–44, ст.356, (Kodeks cywilny).

Źródła Internetowe

- Aides financières et allocations*, <http://www.sosbebe.org/aides-et-droits-grossesse/aides-et-allocations/aides-financieres-et-allocations/>
- Annuaire des Etablissement d'accueil mère-enfant*, <http://annuaire.action-sociale.org/etablissements/protection-de-l-enfance/etablissement-d-accueil-mere-enfant-166.html>.
- Avortements provoqués au Canada en 2010*, Institut canadien d'information sur la santé <http://www.cihi.ca?ICIS-ext-portal/pdf/>.
- Bangré H., *Le Sénégal cherche un remède aux grossesses précoces*, 21.06.2011 <http://www.slateafrique.com/1893/senegal-cherche-remede-aux-grossesses-precoces>.
- Beaudonnet L., *L'excision: une pratique risquée en 5 questions* 24/07/2013, <http://www.bfmtv.com/international/lexcision-une-pratique-risqueee-5-questions-566092.html>.
- Biet C., *Exorciser l'excision, de la théorie à la pratique*, 19.07.2012 <http://www.slateafrique.com/8903/mutilations-femmes-excision-poids-des-traditions>.
- Boguszewski R., *Co jest ważne, co można, a czego nie wolno – normy i wartości w życiu Polaków*, Warszawa, raport CBOS BS/99/2010, www.cbos.pl.
- Boguszewski R., *Klauzula sumienia lekarza i farmaceuty*, Warszawa, raport CBOS 94/2014, www.cbos.pl.
- Byworth J., *Le mariage precoce en context fragile. Rapport se liberer des liens. Vision du Monde mars 2013*, www.visiondumonde.fr, 01.03.2013, data wejścia na stronę 10.03.2016.
- Cartographie du mariage précoce en Afrique de l'Ouest. Une étude des tendances, des interventions, des méthodes efficaces, des bonnes pratiques et la voie à suivre*, septembre 2013, Une Étude Soumise à la Ford Foundation, bureau d'Afrique de l'Ouest, http://www.girlsnotbrides.org/wp-content/uploads/2014/01/Ford-Foundation-West-Africa-report-FRENCH-2013_09.pdf.
- Chardon O., Daguét D., Vivas É., *Les familles monoparentales: Des difficultés à travailler et à se loger*, Insee 2007, www.insee.fr.

- Coroczne sprawozdanie z działalności MOPR w Aleksandrowie Kujawskim za 2012, [www.bipaleksandrowkujawski](http://www.bipaleksandrowkujawski.pl).
- Depko A., Jąderek I., Raport z projektu „Antykoncepcja Masz Prawo Wiedzieć” Warszawa, 2013 <http://www.znp.edu.pl/media/files/441a1dd7542a0210aa5fe6e4d80fb801.pdf>.
- Devers M., *Rapport sur les bonnes pratiques en matières d'éducation des filles et des femmes en Afrique de l'Ouest*, septembre 2014.
[http://www.ungei.org/resources/files/Rapport_final_30_septembre_2014\(2\).pdf](http://www.ungei.org/resources/files/Rapport_final_30_septembre_2014(2).pdf). data wejścia na stronę 30.03.2016.
- Duchowny poślubił 6 latkę. Dostał ją w prezencie, Fakt24.pl, 2.08.2016, <http://www.fakt.pl/wydarzenia/swiat/afganski-duchowny-poslubil-6-latke/d8erqt6>
- Dyjecińska J., *Antykoncepcja dla nastolatków – metody antykoncepcji dla młodzieży*, „Zdrowie”, 2015, http://www.poradnikzdrowie.pl/seks/antykoncepcja/antykoncepcja-dla-nastolatkow-metodyantykoncepcyjne-dla-mlo_41758.html.
- Enceinte: les aides que vous pouvez obtenir, 19 janvier 2016, http://www.reussirmavie.net/Enceinte-les-aides-que-vous-pouvez-obtenir_a974.html.
- Эпидемическая ситуация по ВИЧ-инфекции в Республике Беларусь на 1 мая 2015 года http://www.slgigiena.by/docs/news/2015/2015_57.pdf.
- Facts on Induced Abortion in the United States, Guttmacher Institute, August, 2011, www.guttmacher.org.
- Fact Sheet No.23, Harmful Traditional Practices Affecting the Health of Women and Children, § D. <http://www.ohchr.org/Documents/Publications/FactSheet23en.pdf>
- Ferhati B., *La lutte contre l'excision des fillettes et des femmes au Soudan: entre politiques volontaristes, mondialisation et résistances sociales*, 2006, <http://www.reseau-terra.eu/article503.html>.
- Foyers et maisons d'accueil pour vivre sa grossesse, 11 septembre 2016, http://www.reussirmavie.net/Foyers-et-maisons-d-accueil-pour-vivre-sa-grossesse_a390.html.
- Государственная социальная помощь семьям с детьми в 2014 году, www.prostopravo.com.ua/semya/stati/gosudarstvennaya_sotsialnaya_pomosch_semyam_s_detmi_v_2014_godu_soglasno_proektu_gosbyudzheta.
- Государственная социальная помощь семьям с детьми в 2016 году, http://www.prostopravo.com.ua/semya/stati/gosudarstvennaya_sotsialnaya_pomosch_semyam_s_detmi_v_2016_godu.
- Hanney V., *Teenage Pregnancy*, 17 08 2016, <http://www.haringey.gov.uk/social-care-and-health/health/joint-strategic-needs-assessment/health-mothers-children-and-young-people/teenage-pregnancy>.
- Hipsz N., *Doświadczenia aborcyjne Polek*, Warszawa, raport CBOS, BS/60/2013, www.cbos.pl.
- Hipsz N., *Pigułka „dzień po” w ocenie społecznej*, Warszawa, raport CBOS 27/2015, www.cbos.pl.

- Hipsz N., *Prawo a moralność – opinie o zachowaniach kontrowersyjnych społecznie*, Warszawa, raport CBOS, 153/2014, www.cbos.pl.
- Holmes K., *Financial help and benefits for single parents*, 2013, 18 december 2013, <http://www.familylives.org.uk/about/news-blogs-and-reports/blog/financial-help-and-benefits-for-single-parents/>.
- Income support*, 2016, <https://www.gov.uk/income-support/overview>.
- Иванова Л., *Только в прошлом году в Украине более 160 девочек-подростков родили детей*, «ФАКТЫ», 11.10.2012, <http://fakty.ua/153994-tolko-v-proshlom-godu-v-ukraine-bolee-160-devochek-podrostkov-rodili-detej>.
- Kapuściński R., *Spotkanie z Innym – jako wyzwanie XXI wieku*, „Gazeta Wyborcza”, 01.10 2004, www.wyborcza.pl.
- Коваленко Н., Закалюжний М., *Сексуальне виховання у школах є і повинне бути – лікарі*, 2013, <http://www.radiosvoboda.org/a/25077491.html>.
- Коваленко Н., *Дві третини підліткових вагітностей закінчуються абортom – медики*, 21 квітня 2010, <http://www.radiosvoboda.org/>.
- La grossesse chez les adolescents*, „Aide-mémoire”, nr 364, septembre 2014 <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs364/fr/>.
- La monoparentalité à Bruxelles. Un tour d’horizon*, 2009, www.foundationportedehal.be.
- L’avortement à travers le monde*, The Alan Guttmacher Institute 2009, www.guttmacher.org
- L’avortement dans le monde, pays par pays*, 2008 http://www.avortementivg.com/pages/Lavortement_dans_le_monde_pays_par_pays-690712.html#etatsunis. data dostępu 12.11.2015.
- L’excision recule*, 04. 02. 2011, <https://www.unicef.fr/article/l-excision-recule>.
- Le régime français de protection sociale des travailleurs salariés (régime général)*, http://www.cleiss.fr/docs/regimes/regime_france4.html
- Les faits sur l’avortement en Afrique*, The Alan Guttmacher Institute 2015, www.guttmacher.org.
- Les faits sur l’avortement provoqué dans le monde*, The Alan Guttmacher Institute 2015 a, www.guttmacher.org.
- Les mineurs ont-ils le droit de disposer de leur corps ?* La Coordination des ONG, mars 2014, http://www.lacode.be/IMG/pdf/Analyse_CODE_mineur-corps_VERSION_DEF.pdf
- Mariages précoces: 39 000 filles mariées par jour*, 2013, http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2013/child_marriage_20130307/fr/.
- Majmurek J., *Obywatel Blake*, „Krytyka Polityczna” 23.10.2016. <http://www.krytykapolityczna.pl/artykuly/film/20161023/majmurek-loach-obywatel-blake>
- National Campaign to Prevent Teen and Unplanned Pregnancy, 2008 www.thenationalcampaign.org.
- Ngouana R., *Ce que nous avons appris du terrain: prévenir le mariage précoce?*, Equilibres et Populations, 2015, <http://www.e2aproject.org/assets/prevenir-le-mariage-precoce.pdf>.

- Number of teenage mothers declining steadily*, Statistics Netherlands, 07/04/2016, <https://www.cbs.nl/>
- Planification familiale/Contraception*, „Aide-mémoire”, N°351, Mai 2015 <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs351/fr/>.
- Planned Parenthood Federation of America, Pregnancy and childbearing among US teens 2006*, www.plannedparenthood.org.
- Première résolution de l'ONU contre l'excision*, 27.11.2012 http://www.allodocteurs.fr/actualite-sante-premiere-resolution-de-l-onu-contre-l-excision_8878.html.
- Preventing unsafe abortion*, WHO, may 2016, <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs388/en/>.
- Rapport de la Commission Nationale d'Évaluation de la Loi du 3 avril 1990 relative à l'interruption de grossesse*, Sénat et Chambre des Représentants de Belgique, session de 2011–2012, 27 août 2012 <https://www.senate.be/www/?MIval=/publications/viewPubDoc&TID=83893003&LANG=fr..>
- Robin J., *Elles sont mères... et adolescentes* “Le Liqueur” 16 mars 2016, <https://www.laligue.be/leliqueur/articles/elles-sont-meres-et-adolescentes>.
- Rouff K., *Un centre d'accueil pour mineures enceintes*, “Lien social” nr 703, 1 avril 2004, <http://www.lien-social.com/>.
- Sexual Risk Behaviors: HIV, STD, & Teen Pregnancy Prevention*, 2016 Strona internetowa Centers for Disease Control and Prevention <http://www.cdc.gov/healthyouth/sexualbehaviors/>.
- Sharing Responsibility Women Society and Abortion Worldwide*, The Alan Guttmacher Institute, Reports, 1999, <http://www.guttmacher.org/pubs/sharing/pdf>.
- Sprawozdanie z działalności MOPR we Włocławku i innych samorządowych jednostek organizacyjnych pomocy społecznej za 2013*, Włocławek 2014, www.bip.mopr.wloclawek.pl.
- Sprawozdanie ze świadczonych form pomocy i pracy środowiskowej przez Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Lipnie w 2013 r*, www.bip.umlipno.pl
- Sprawozdanie z działalności MOPR w Rypinie w 2012*, www.bip.umrypin.pl.
- Suellentrop K., Flanigan Ch., *Pregnancy among sexually experienced teens 2002* www.teenpregnancy.org/works/pdf/Science-says-23pdf. 2006.
- Summary of Registered Abortions Worldwide*, April 2010 <http://www.johnstonsarchive.net/policy/abortion/wrjp3310.html> data dostępu 12.11.2015.
- Suzis N., *L'excision, le cauchemar des Africaines*, 28.11.2012, <http://www.slateafrique.com/95993/le-drame-de-lexcision-fille-mutilation-ghana-cote-ivoire-plaisir-sexuel>.
- Swierzewski S.J., *Teen Pregnancy, Consequences of Teenage Pregnancy*, 2015, <http://www.healthcommunities.com/teenpregnancy/children/overview-of-teen-pregnancy.shtml>.
- Сакебич В. *Использование контрацепции*, „Демоскоп Weekly”, nr 535–536, 2012 <http://demoscope.ru/weekly/2012/0535/reprod03.php>.

- Справка ВИЧ-инфекция в Российской Федерации на 31 декабря 2015 г. <http://aids-centr.perm.ru/>.
- Teenage pregnancy. We support teenage mothers in vulnerable and difficult situations, 2016, <https://www.actionforchildren.org.uk/what-we-do/support-for-young-people/teenage-pregnancy/>.
- The National Teenage Pregnancy Midwifery Network, 2014, <https://www.bestbeginnings.org.uk/national-teenage-pregnancy-midwifery-network>
- Trifletti R., *Study on poverty and social exclusion among lone-parent households*: Report for the European Commission, DG Employment, Social Affairs and Equal Opportunities 2007, www.fondazionebodolini.it.
- World Abortion Policies, Unites Nations, 2013 <http://www.un.org/>.
- World Contraceptive Use 2010, United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division, 2011, <http://www.un.org/esa/population/publications/>.
- Борисполец М., Мелешкін С., *Статистика абортів в Україні залишається стабільною*, Новини Каналу, 29 жовтня 2009, <http://ntn.ua/>.
- Your rights and benefits, 2016, <http://www.babycentre.co.uk/a562850/your-rights-and-benefits>.
- Завгородня О., *Кожна 60 дитина в Україні народжена неповнолітньою матір'ю – Держстат*, 2012, <http://www.unn.com.ua/uk/news/1034659-kogena-60-ditina-v-ukrayini-narodжена-nepovnolitnoyu-matiryu---dergestat>.
- <http://assembly.coe.int/nw/xml/XRef/Xref-XML2HTML-FR.asp?fileid=17380&lang=FR>] strona internetowa Assemblée Parlementaire (Zgromadzenia Parlamentarnego Rady Europy).
- <http://www.banfgm.org/BanFGM!/Home.html> strona internetowa International Campaign to Ban Female Genital Mutilation Worldwide.
- <http://ec.europa.eu/eurostat/home> strona internetowa Eurostat
- <http://www.excisionparlonsen.org/> strona internetowa organizacji excision – parlons-en!
- <http://www.humanium.org/fr/convention/etats-signataires-et-parties/> strona internetowa Międzynarodowej Organizacji Humanium (data wejścia na stronę 30.06.2016).
- www.ohchr.org/FR, strona internetowa Haut Commissariat Nation Unies Droits de l'Homme.
- United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division, 2011, *World Contraceptive Use 2010*, <http://www.un.org/esa/population/publications/>.
- www.i-law.kiev.ua/допомога-при-народженні-дитини/.
- <http://info-mir.com.ua/materialna-dopomoga-nepovnolitnim-materyam/>.
- <http://old.minjust.gov.ua/9908>.
- <http://groshi-v-kredit.org.ua/derzhavna-sotsialna-dopomoha-simyam-z-ditmy-u-2015-rot-si.html>.
- <http://legalspace.org/ua/helper/konsultue-yurist/item/6356-dopomoha-na-ditei-odynokym-materiam-u-2016-rotsi>

- www.unicef.org.
- <http://wiadomosci.onet.pl/kraj/ministerstwo-zdrowia-w-2013-r-wykonano-744-legalnych-aborcji/mdcm2q> (14.04.15) data dostępu 12.11.2015.
- <http://www.federa.org.pl/publikacje/raporty/>. data dostępu 12.11.2015.
- <http://www.takdlazdrowia.pl/lektura-na-zdrowie/2537-wspoczesna-seksualno-i-nowoczesna>
- antykoncepcja-polakow-2014-wyniki-ogolnopolskiego-raportu.
- <http://www.transmonee.org/>
- www.niechcianaciaza.pl/home/domy-samotnejmatki_
- www.fundacjasamotnamama.org_
- www.fundacjamama.pl.
- www.mpips.gov.pl.
- www.tato.net.
- www.nieletniojciec.republika.pl/stowarz.html.
- www.one.be.
- www.treplinsaie.be.
- <http://ligue-enseignement.be/mineures-enceintes-adolescence-et-parentalite-encore-jeunes-et-deja-parents>.
- www.maison-amado.org.
- <http://fondationsaintegenevieve.org/Le-Foyer-El-Paso>.
- www.dad.info.
- www.worldometers.info/pl.
- http://www.nonpossumus.pl/encykliki/Jan_Pawel_II/familiaris_consortio/zakonczenie.php.
- <http://www.janpaweldrugi.cba.pl/cytatyjp2.php>.
- Strony Internetowe Urzędów Statystycznych:
- Australii: Australian Bureau of Statistics, <http://www.abs.gov.au/>.
- Austrii: Statistics Austria, <http://www.statistik.at/>.
- Belgii: Statistics Belgium, www.statbel.fgov.be.
- Bułgarii: National Statistical of the Republic of Bulgaria, www.ns.bg.
- Czech: Czech Statistical Office, <https://www.czso.cz/>.
- Danii: Danmarks Statistik, www.dst.dk.
- Francji: Institut national de la statistique et des études économiques, www.insee.fr.
- Hiszpanii: Instituto Nacional de Estadística, www.ine.es.
- Irlandii: Central Statistical Office, www.cso.ie.
- Islandii: Hagstafa Islands, www.statice.is.

Kanady: Statistique Canada, www.statcan.gc.ca.

Luksemburga: STACES, www.statistiques.public.lu.

Niemiec: Statistisches Bundesamt Deutschland, www.destatis.de.

Norwegii: Statistics Norway, www.ssb.no.

Polski: Główny Urząd Statystyczny, www.stat.gov.pl.

Rosji: Federal State Statistical Service, www.gks.ru.

Słowacji: Statistical Office of the Slovak Republic, www.slovak.statistics.sk.

Szwajcarii: Statistique Suisse, www.bfs.admin.ch.

USA: Bureau of the Census, <http://www.census.gov>.

Wielkiej Brytanii, Office for National Statistics, www.ons.gov.uk.

Włoch: National Institut of Statistics, www.istat.it.