



Nieletnia jako pacjent w poradni ginekologii wieku rozwojowego

Under-age girl as a patient of pediatric and adolescent gynecology outpatient clinic

Elżbieta Sowińska-Przepiera^{1, 2}, Elżbieta Andrysiak-Mamos², Anelli Syrenicz²

¹Klinika Ginekologii Katedry Perinatologii i Ginekologii, Uniwersytet Medyczny, Poznań

²Klinika Endokrynologii, Chorób Przemiany Materii i Chorób Wewnętrznych Pomorskiej Akademii Medycznej, Szczecin

Streszczenie

Badania przeprowadzone w Polsce wykazały, że inicjacja seksualna przed ukończeniem 18. roku życia jest zjawiskiem powszechnym i dotyczy około 80% nastolatków.

W Polsce brakuje jednoznacznego stanowiska środowisk medycznych i prawnych wobec procedur postępowania z nieletnią pacjentką, która podjęła współżycie płciowe i oczekuje od lekarza ginekologa porady, badania ginekologicznego i niejednokrotnie prosi o przepisanie tabletek antykoncepcyjnych.

Procedury te muszą uwzględniać fakt, że w Polsce do 18. roku życia nieletni funkcjonuje w obszarze władzy rodzicielskiej lub władzy opiekuna prawnego oraz, że zgoda na świadczenie zdrowotne, oprócz zgody opiekuna prawnego, wymaga również zgody nieletniego, który ukończył 16. rok życia i staje się pełnoprawnym pacjentem.

Zgodnie z ustawą o zakładach opieki zdrowotnej pacjent ma prawo do samodecydowania o sobie, poszanowania integralności fizycznej i psychicznej oraz do poszanowania prywatności, a udział przedstawiciela ustawowego po 16. roku życia dotyczy w zasadzie współdecydowania o wykonaniu świadczenia zdrowotnego.

Tym samym, informacje uzyskane od takiego nieletniego pacjenta w badaniu podmiotowym i przedmiotowym nie muszą być przekazywane przedstawicielowi ustawowemu, jeżeli tajemnicy domaga się nieletni pacjent i jeśli nie ma to wpływu na jego zdrowie oraz planowane procedury medyczne (np. konieczność wykonania operacji).

Znajomość procedur postępowania wobec nieletniej pacjentki, jako podmiotu prawa, umożliwi lekarzowi świadomy wybór postępowania oraz udzielenie świadczenia lub tylko w większości przypadków porady, bez konieczności naruszania prawa obowiązującego w Polsce. (*Endokrynol Pol* 2008; 59 (5): 412–419)

Słowa kluczowe: nieletnia, prawa pacjenta, inicjacja seksualna

Abstract

The research carried out in Poland reflected that sexual initiation before 18 years of age is a common phenomenon and refers to roughly 80% of teenagers.

In Poland there is no uniform standing of medical and legal environments with regard to dealing with a juvenile patient who has become sexually active and expects the advice of a gynaecologist, gynaecologic examination and often asks for prescribing contraceptives.

The procedures must take into account the fact that in Poland, until 18 years of age, a juvenile functions under the parental or tutelary authority, while a consent for medical service requires beside of the consent of legal guardian also the consent of a juvenile who is 16 years of age and becomes a full-right patient.

According to the Act on Health Care Institutions, a patient has the right to self-decisions, the respect of physical and mental integrity and the respect of privacy, while the participation of a statutory representative post 16th year of age refers practically to co-deciding on a medical service provision. Therefore, the information received from such juvenile patient in subjective and objective examination does not have to be passed to the statutory representative, if the juvenile patient requires confidentiality and if this does not affect the patient's health and the planned medical procedures (e.g. the necessity of making an operation).

The knowledge of conduct procedures with regard to a juvenile patient as a carrier of rights shall enable doctors to make aware choices of conduct and provide services or, in most cases, only advice, without the necessity to breach the laws of Poland.

(*Pol J Endocrinol* 2008; 59 (5): 412–419)

Key words: juvenile, rights of the patient, the sexual initiation



Dr med. Elżbieta Sowińska-Przepiera, Klinika Endokrynologii, Chorób Metabolicznych i Chorób Wewnętrznych, 71–252 Szczecin, ul. Unii Lubelskiej 1, tel.: 091 425 35 040, e-mail: elasowprzep@wp.pl

Światowa Organizacja Zdrowia (WHO, *World Health Organization*) zdrowie seksualne zdefiniowała w następujący sposób: „Zdrowie seksualne jest integracją biologicznych, emocjonalnych, intelektualnych i społecznych aspektów życia seksualnego, ważnych dla pozytywnego rozwoju osobowości, komunikacji i miłości” [1]. Państwowa Komisja Zdrowia Seksualnego Młodocianych (*Sexuality Information and Education Council of the United States*, 1995) podkreśliła przydatność tego stanowiska WHO w odniesieniu do okresu dojrzewania [2].

Określenie pokwitania (okres pubertalny) i okres dojrzewania (adolescencji) często używa się zamiennie w odniesieniu do stadium rozwojowego, przejścia od dzieciństwa do dorosłości.

Termin pokwitania odnosi się do okresu rozwoju, w którym dziewczęta uzyskują zdolność do reprodukcji, a okres dojrzewania jest pojęciem szerszym.

Okres adolescencji (dojrzewania) wiąże się zarówno z rozwojem somatyczno-płciowym (punktem kulminacyjnym jest zdolność do rozmnażania), jak i z rozwojem psychoseksualnym.

Jednak trudno ustalić wymierny punkt kulminacyjny w rozwoju psychoseksualnym, a jeszcze trudniej go zmierzyć, ponieważ ostateczny rozwój seksualny wiąże się z rozwojem psychoemocjonalnym, społecznym czy rozwojem procesów poznawczych [3].

Podejmowanie współżycia płciowego przez młodzież w okresie adolescencji na różnym etapie rozwoju somatyczno-płciowego, ze względu na swoją powszechność, staje się coraz częściej realnym problemem prawnym, medycznym i społecznym. Pedagodzy, studiując przyczyny tego zjawiska, zwracają uwagę na symptomy niedostosowania społecznego, jak również na naturalny skutek akceleracji rozwojowej [4, 5]. Seksuolodzy badają tempo i fazy dojrzewania psychoseksualnego dziewcząt i chłopców. Ginekolodzy wieku rozwojowego koncentrują się na czysto medycznych, endokrynologicznych, zakaźnych czy położniczych skutkach przedwczesnego podejmowania współżycia płciowego.

Dojrzewanie psychoseksualne wiąże się z dojrzewaniem biologicznym, psychicznym i społecznym. Wraz z wystąpieniem pierwszej miesiączki (średnio w Polsce około 13. rż.) można mówić o osiągnięciu pewnego etapu rozwoju płciowego. Dojrzałość psychiczna jest to moment, gdy cel seksualny jest jasno odczuwalny, czyli następuje wyraźne przejście z homofilnej do heterofilnej fazy rozwoju [5]. Dojrzałość społeczna to zdolność do odpowiedzialnego podejmowania decyzji. Uważa się, że dziewczęta osiągają tak pojętą dojrzałość między 16. a 17. rokiem życia. Harmonijny przebieg tych trzech procesów zwiększa prawdopodobieństwo uzyskania dojrzałości seksualnej [5].

Badania przeprowadzone w Polsce wykazały, że podejmowanie współżycia płciowego przed ukończe-

niem 18. roku życia jest zjawiskiem powszechnym. Zaledwie 20% nieletnich nie podejmuje współżycia płciowego. Blisko 15% uczniów szkół średnich regularnie współżyje płciowo, około połowa nieletnich współżyje regularnie, większość uczniów rozpoczyna współżycie pomiędzy 17. a 18. rokiem życia, a niemal 8% nieletnich podejmuje aktywność seksualną przed 15. rokiem życia [5–7].

W Polsce brakuje ujednoliconego, jednoznacznego stanowiska środowisk medycznych i prawnych wobec procedur postępowania z nieletnią pacjentką, która podjęła współżycie płciowe i oczekuje od lekarza ginekologa porady, diagnozy, leczenia oraz domaga się przepisania tabletek antykoncepcyjnych. Procedury te muszą uwzględniać fakt, że dopiero od 16. roku życia nieletnia uzyskuje prawa pacjenta, a do tego czasu prawa te reprezentuje przedstawiciel ustawowy [8, 9].

Zgodnie z konwencją praw dziecka nieletni mają prawo do ochrony i opieki w zakresie jaki jest konieczny dla ich dobra, mogą swobodnie wyrażać swoje poglądy, ich zdanie powinno (lub musi) być uwzględniane w sprawach, które ich dotyczą, w odpowiedni sposób, uwzględniający wiek i stopień dojrzałości [10]. W Polsce jednak do 18. roku życia nieletni funkcjonuje w obszarze władzy rodzicielskiej lub władzy opiekuna prawnego [9], a zgoda na świadczenie zdrowotne, oprócz zgody opiekuna prawnego, wymaga również zgody nieletniego, który ukończył 16. rok życia [8].

Procedury postępowania z nieletnim pacjentem w Izbie Przyjęć szpitala w momencie przyjęcia go na oddział szpitalny są jednoznaczne i zwykle egzekwowane rutynowo przez personel. Rodzic lub opiekun prawny wyraża swoim podpisem zgodę na leczenie nieletniego w szpitalu. Dodatkowej zgody wyrażonej podpisem wymaga leczenie operacyjne lub zastosowanie inwazyjnej procedury diagnostycznej. Pacjenta nieletniego zwykle nie pyta się o zgodę na diagnostykę i leczenie w warunkach szpitalnych.

W warunkach ambulatoryjnych w poradniach rodzinnych, kiedy pacjent nieletni zgłasza się po poradę bez opiekuna prawnego, lekarz zwykle go bada, udziela porady, zapisuje leczenie, mając w świadomości domniemane pozwolenie matki na takie czynności, skoro dziecko jest chore, a lekarz działa w dobrej wierze na rzecz pacjenta i zgodnie z zasadą etyki lekarskiej. Jednak szczególnej roztropności i znajomości przepisów prawa wymaga postępowanie lekarza ginekologa w warunkach ambulatoryjnych wobec nieletniej pacjentki, która domaga się badania ginekologicznego, porady dotyczącej inicjacji seksualnej lub współżycia płciowego lub zapisania środka antykoncepcyjnego. Jest to problem trudny, ponieważ antykoncepcja w Polsce od lat stanowi przedmiot wielu kontrowersji. W sprawach „za” lub „przeciw” używa się argumentacji zarówno ze

sfery etyki, prawa, medycyny, jak i przekonań religijnych. Spory dotyczące przepisywania przez lekarza ginekologa tabletek antykoncepcyjnych nieletnim są szczególnie poddawane krytyce różnych środowisk. Strony sporu używają argumentów z różnych obszarów wiedzy i przekonań, co zaciemnia problem i utrudnia ustalenie jednolitych procedur postępowania w stosunku do nieletnich pacjentek.

Poniżej przedstawiono propozycję takich procedur, opracowaną na podstawie obowiązującego w Polsce prawa, dotyczącego dziecka do 18. roku życia, oraz doświadczenia autorów niniejszego artykułu w pracy z nieletnimi w ginekologii dziecięcej.

W opracowaniu ograniczono argumentację ze sfery etyki, z wyjątkiem problemu zachowania tajemnicy lekarskiej, oraz wyeliminowano argumentację światopoglądową jako nieprzystającą do przedmiotu opracowania, sporządzonego wyłącznie według zgodnych z prawem medycznych procedur postępowania. Brak takich procedur powoduje, że lekarz, działając nieświadomie, w dobrej wierze, narusza obowiązujące w Polsce przepisy, traktując nieletnią jako pełnoprawnego pacjenta lub odmawia świadczenia nieletniej ze względu na brak zgody opiekuna prawnego, nie wiedząc, że w niektórych, szczególnych przypadkach może go jej udzielić. Znajomość procedur postępowania wobec nieletniej pacjentki jako podmiotu prawa, umożliwi ginekologowi świadomy wybór postępowania oraz udzielenie świadczenia lub tylko w większości przypadków porady, bez konieczności naruszania prawa obowiązującego w Polsce. Celem tego opracowania nie jest udzielenie wszechstronnej odpowiedzi na pytanie, jak ma postąpić lekarz, ale zwrócenie uwagi na przepisy prawne i w ich świetle ułatwienie lekarzowi dokonania świadomego wyboru postępowania.

Nietletnia pacjentka jako podmiot prawa w Polsce

W świetle prawa człowieka nietletnia osoba jest dzieckiem, a dziecko jest każdą istotą ludzką w wieku poniżej osiemnastu lat. Prawa dziecka są pojęciem z kategorii praw człowieka i wynikają z godności i niepowtarzalności dziecka jako jednostki ludzkiej. Prawa dziecka to prawa człowieka, tyle że z niektórych praw dzieci korzystają w miarę dojrzewania i stosownie do posiadanej umiejętności rozeznania swojej sytuacji [10].

Pojęcie dojrzałości dziecka jest pojęciem podlegającym subiektywnej ocenie i niełatwo o jego precyzyjne kryteria. Dlatego, aby ułatwić rozumienie przepisów prawa dotyczących nieletniej w tabeli I zawarto etapy rozwoju somatyczno-płciowego i psychoseksualnego w odniesieniu do wieku kalendarzowego, a w tabeli II prawa nieletnich w Polsce również w odniesieniu do

wieku. W przepisach prawnych trudno stosować kryteria psychologiczno-socjologiczne, stąd sztywne granice wiekowe oznaczające uzyskanie statusu „osoby dojrzałej” do określonych czynności czy decyzji, dlatego w systemie prawa polskiego obowiązują różne kryteria wiekowe. W tabeli II przedstawiono przestrzeń prawną, w której funkcjonuje dziecko według polskiego prawa.

Pacjentka nietletnia najczęściej staje się pacjentką lekarza ginekologa po pierwszej miesiączce (tj. po 13. rż.).

Dla celów niniejszej pracy istotne są podkreślenia dotyczące wieku nieletniej:

- 13. roku życia, w którym dziecko uzyskuje pewną zdolność do czynności prawnych, ale jako zdolność ograniczoną;
- 15. roku życia, jako końcowej granicy uznania obcowania płciowego z nieletnią za przestępstwo;
- 16. roku życia, czyli uzyskania przez nieletnią ograniczonych praw pacjenta.

W polskim systemie prawnym doprowadzenie osoby poniżej 15. roku życia do obcowania płciowego, podania się innej czynności seksualnej lub wykonania takiej czynności uznaje się za zgwałcenie bez względu na fakt, czy czynność seksualna odbywa się za zgodą obu stron [11]. Ustawodawca przyjął, że każdy, kto podejmuje z osobą małoletnią (< 15. rż.) czynności seksualne, narusza tym samym jej wolność seksualną nie dlatego, że narusza jej wolę w tym względzie (małoletni może bowiem na czynności takie zezwalać, a nawet je inspirować), ale dlatego, że ofiara takiego czynu nie jest w stanie wyrazić ważnej prawnie decyzji w przedmiocie przyzwolenia na te czynności [12].

Można wskazać tu na ogólne tendencje panujące zarówno w Europie, jak i w Polsce, gdzie dominuje granica 15 lat. Federalny kodeks karny Stanów Zjednoczonych stanowi natomiast, że minimalnym wiekiem, poniżej którego kontakty seksualne z dzieckiem są zakazane jest 12. rok życia. Karalne są również kontakty z dziećmi między 12. a 16. rokiem życia, jeśli osoba angażująca się w kontakty seksualne z dzieckiem jest o 4 lub więcej lat starsza niż ono. Ta regulacja obowiązuje na terytoriach objętych jurysdykcją federalną, terytoriach morskich oraz w federalnych instytucjach poprawczych. Na terenie poszczególnych stanów obowiązuje prawo stanowe, ustalające minimalny wiek — od 13 lat (Wirginia) do 19 lat (Wyoming) [12]. Zatem amerykańskie przepisy prawa w tym względzie są bardziej precyzyjne i zróżnicowane.

W przepisach prawa polskiego dziecko do 16. roku życia nie może samodzielnie realizować praw pacjenta, ponieważ konieczny jest tu udział, w decyzji o diagnostyce i leczeniu, przedstawiciela ustawowego (rodzica bądź opiekuna prawnego). Dziecko, które ukończyło 16 lat, a nie ukończyło 18. roku życia, może we

Tabela I. Cechy charakterystyczne rozwoju somatyczno-płciowego i psychoseksualnego u dziewcząt
 Table I. The characteristic features of the somatic sexual and psychosexual development in girls

Faza dojrzewania	Elementy rozwoju				
	Stadium rozwoju według Tannera	Biologicznego (MPA)	Seksualnego	Psychoemocjonalnego*	Socjalnego*
Wczesna 8–10 lat	I–III	M1–2P1–2A1 Adrenarche Pubarche	Identyfikacja z płcią	— konkretyzacja myślenia — wczesne kształtowanie moralności — powstanie orientacji seksualnej — możliwe zainteresowania homoseksualne — ponowna ocena wyglądu	— emocjonalna izolacja od rodziców — kształtowanie poczucia własnej godności
Środkowa 11–15 lat	III–IV	M3P2–3A2 Gonadarche Menarche	Masturbacje Związki uczuciowe homofile	— myślenie abstrakcyjne — spostrzeganie własnej osoby jako odpornej na środowisko zewnętrzne — rozwój umiejętności słownego wyrażania myśli	— emocjonalna separacja od rodziców — silne poczucie własnej godności
Późna 16–18 lat	IV–V	M4–5P4A4 Cykle owulacyjne	Związki uczuciowe heterofile Inicjacja seksualna	— uośmianie prawa z moralnością — początek rozwoju zarłkowej ideologii (np. religijnej, politycznej) — pełne myślenie abstrakcyjne — odróżnianie prawa od moralności — kontrola nad popędem — rozwój własnej tożsamości — weryfikacja ideologii (religijnych i politycznych)	— rozwój społecznej autonomii — intymne stosunki — rozwój zdolności zawodowych — niezależność finansowa

M — stadium rozwoju owłosienia łonowego; P — stadium rozwoju owłosienia pachowego

* McIntosh N, Helms P, Smyth R. Forfar and Arneil's textbook of pediatrics. Wyd. 6. Edinburgh:Churchil Livingston 2003: 1757–1768

Tabela II. Przestrzeń prawna dziecka w Polsce (wg stanu prawnego na 2007 r.)
 Table II. The legal space of the child in Poland (according to the legal status on 2007 yr)

Prawa nieletnich w Polsce	Od momentu urodzenia	13 lat	15 lat	16 lat	18 lat	Ponad 18 lat	
Osobowość prawna	Osobowość prawną posiada każdy człowiek od momentu urodzenia do końca życia						
Władza rodzicielska	Pełna władza rodzicielska						
Prawo do czynności prawnych	Nie posiada prawa	Ograniczone prawo do czynności prawnych				Zakończona	Pełne prawo
Obcowanie płciowe jako przestępstwo*	Podjęmowanie czynności seksualnych z osobą poniżej 15. rz. jest przestępstwem		Ustawodawca przyjmuje, że osoba, która ukończyła 15 lat, może za swoją zgodą podejmować czynności seksualne				
Prawa pacjenta	Brak autonomicznych praw pacjenta		Ograniczone prawa pacjenta				
Prawo do pracy	Nie posiada prawa		Ograniczone prawo do pracy				

*Kodeks karny; rozdział XXV; przestępstwa przeciwko wolności seksualnej i obyczajności. Art. 200. §1. Kto obcuje płciowo z małoletnim poniżej 15 lat 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

wskazany zakresie samodzielnie realizować prawa pacjenta, ale pod kontrolą przedstawiciela ustawowego. Od 16. roku życia dziecko uzyskuje prawo do bezpośredniego udziału w podejmowaniu decyzji (w stosowaniu procedur medycznych), co do wyboru i zgody na świadczenie zdrowotne w odniesieniu do swojej osoby [8].

Akceptacja świadczenia zdrowotnego wymaga tak zwanej zgody równoległej (podwójnej) — oprócz zgody samego niepełnoletniego pacjenta niezbędna jest zgoda przedstawiciela ustawowego. Brak którejkolwiek z nich powoduje bezprawność świadczenia zdrowotnego. Zgoda, co do zasady, może być udzielona ustnie, a nawet w sposób domyślny (brak sprzeciwu), to znaczy przez takie zachowanie, które w sposób niebudzący wątpliwości wskazuje na wolę poddania się czynnościom medycznym. W przypadku operacji oraz leczenia o podwyższonym ryzyku wymagana jest zgoda pisemna.

Lekarz w swoim postępowaniu wobec pacjenta nieletniego (po 16. rz.) powinien wiedzieć, że również tych nieletnich dotyczą wszystkie prawa pacjenta ujęte w polskim prawie. Zgodnie z ustawą o zakładach opieki zdrowotnej i kodeksem etyki lekarskiej pacjent ma prawo do samodecydowania o sobie, poszanowania integralności fizycznej i psychicznej oraz do poszanowania prywatności, a udział przedstawiciela ustawowego (po 16. rz.) dotyczy w zasadzie współdecydowania o wykonaniu świadczenia zdrowotnego [13, 14]. Tym samym, na przykład informacje uzyskane od nieletniego pacjenta w badaniu podmiotowym i przedmiotowym, nie muszą być przekazywane przedstawicielowi ustawowemu, jeżeli tajemnicy domaga się nieletni pacjent i jeśli nie ma to wpływu na jego zdrowie oraz planowane procedury medyczne (np. konieczność wykonania operacji).

Jeśli więc lekarz uzyska informację, że pacjentka ponad 16-letnia miała kontakty seksualne, to zgodnie z obowiązującym polskim prawem nie musi udzielać takiej informacji rodzicom, jeżeli ona sobie tego nie życzy.

Opracowanie procedury postępowania wobec pacjentki po 16. roku życia, która odmawia współudziału opiekuna prawnego w decyzji o świadczeniu zdrowotnym, powinno uwzględniać analizę, czy działanie to narusza obszar władzy rodzicielskiej. Władza rodzicielska wobec dziecka w Polsce obowiązuje od urodzenia do 18. roku życia i jest określona, co do obszaru funkcjonowania, w kodeksie rodzinnym i opiekuńczym.

Kodeks ten nie zawiera szczegółowej definicji i zakresu władzy rodzicielskiej. Doktryna prawna definiuje ją jako ogół praw i obowiązków rodziców względem dziecka, mających na celu zapewnienie mu należytej pieczy i strzeżenia jego interesów.

Władza rodzicielska obejmuje w szczególności [9]: — obowiązek i prawo do wykonywania pieczy nad dzieckiem;

— prawo do wychowywania dziecka, zarządzania jego majątkiem i reprezentowania dziecka.

Władza rodzicielska jest sprawowana w interesie dziecka, a więc dobro dziecka stanowi nadrzędne wskazanie, które rozstrzyga o treści, jak też o sposobie wykonywania władzy rodzicielskiej. Opiekunowie dziecka powinni sprawować władzę rodzicielską, uwzględniając w swoich decyzjach stopień jego dojrzałości. W relacjach rzeczywistych dziecko–rodzic, zwłaszcza w okresie dojrzewania dziecka, pojawiają się napięcia i konflikty, co do zakresu i sposobu sprawowania tej władzy. Ponadto, niestety, nie jest tradycją polskiej rodziny szanowanie autonomii dziecka i jego prawa do współdecydowania o sobie. Pokutuje (nieuzasadnione prawnie) przekonanie i szkodliwe dla rozwoju psychoemocjonalnego, że dziecko jest własnością rodziców. Organizacje pozarządowe zabiegają o zmianę pojęcia „władzy rodzicielskiej” w Kodeksie Rodzinnym i Opiekuńczym na „pieczę”, jak również o ochronę więzi uczuciowej i tożsamości dziecka.

Czy wobec tego dojrzewająca młodzież ma prawo traktować podjęcie współżycia płciowego, samodzielnej wizyty u lekarza ginekologa, domagania się zapisania środków antykoncepcyjnych — jako prawa obowiązującego poza obszarem władzy rodzicielskiej? Jeżeli relacje rodzic–dziecko są zachwiane bądź wręcz patologiczne, trudno mówić o skutecznym i obiektywnym funkcjonowaniu władzy rodzicielskiej. Optymalnym rozwiązaniem dla lekarza jest wspólne podjęcie decyzji opiekuna i nieletniej o wizycie u ginekologa.

Lekarz w swoim działaniu powinien uwzględnić, że przekroczenie przepisów prawnych dotyczących władzy rodzicielskiej może rodzić skutki prawne nawet wtedy, gdy jest się przekonany, że działanie leży w interesie dziecka. Wybór „mniejszego” zła nie chroni lekarza przed odpowiedzialnością prawną (ale niewątpliwie łagodzi skutki takiej odpowiedzialności). Lekarz powinien wiedzieć, że zarówno władza rodzicielska nie jest nieograniczona i rodzice lub opiekunowie prawni muszą na wszystko wyrażać zgodę, jak i że władza rodzicielska nie może całkowicie ingerować w życie dziecka.

Od 13. roku życia dziecko uzyskuje ograniczoną zdolność do podejmowania czynności prawnych uregulowanych przez prawo cywilne (np. kupna towaru czy wykonania usługi). Generalna zasada jest taka, że może ono swobodnie zawierać umowy, które zwiększają jego prawa (np. na gruncie prawa cywilnego — przyjęcie darowizny) albo zmniejszają obowiązki. Jednak, jeżeli dana umowa uszczupla uprawnienia lub nakłada obowiązki na nieletnią, wtedy umowa musi być zawarta za zgodą przedstawiciela ustawowego takiej osoby. Prawo chroni więc osoby słabsze.

Wobec niepełnoletniego pacjenta istnieje konieczność wypośrodkowania w postępowaniu lekarza mię-

dzy nadmiernym paternalizmem (ograniczeniem autonomii osoby z powodów mających na celu jej dobro) a próbą przekształcenia partnerskiego układu lekarz–pacjent w usługowy układ lekarz–klient. Ta pierwsza postawa charakteryzuje lekarzy o konserwatywnych poglądach, ta druga zwolenników traktowania usług medycznych jak każdej innej usługi wymagającej jedynie profesjonalizmu usługodawcy. W szerszym kontekście przyjętego postępowania mogą powstać niekiedy obawy czy akcentowanie praw nieletnich nie przyczyni się do wzrastania postaw roszczeniowych nastolatków, prowadzących w konsekwencji do zachowań patologicznych. Autorzy niniejszej pracy chcą jednak pokreślić, że znajomość swoich praw wśród nieletnich w większości chroni ich przed zaniedbaniami opiekunów, a lekarza skłania do nieprzekraczania kompetencji zarówno wobec opiekunów, jak i nieletnich.

Proponowane zasady postępowania wobec nieletnich pacjentek poradni ginekologii dziecięcej i dziewczęcej — współżyjących płciowo

- I. Wiek — pacjentki poniżej piętnastu lat.
 1. Wizyta u lekarza musi bezwzględnie odbyć się w obecności przedstawiciela ustawowego.
 2. Badanie ginekologiczne wymaga zgody przedstawiciela ustawowego.
 3. Fakt stwierdzenia współżycia płciowego powinien być przekazany przedstawicielowi ustawowemu oraz powinno być złożone zawiadomienie do prokuratury o podejrzeniu popełnienia przestępstwa, niezależnie od woli przedstawiciela ustawowego, ale nie poza nim.
 4. Lekarz nie może zapisywać tabletek antykoncepcyjnych, nawet jeżeli domaga się tego przedstawiciel ustawowy, ponieważ zgodnie z prawem obowiązującym w Polsce współżycie płciowe poniżej 15. roku życia jest przestępstwem.
- II. Wiek — piętnaście lat ukończone do szesnastu lat.
 1. Wizyta u lekarza powinna odbyć się w obecności przedstawiciela ustawowego.
 2. Badanie ginekologiczne wymaga zgody przedstawiciela ustawowego.
 3. Fakt stwierdzenia współżycia nie powinien być zatajony przed przedstawicielem ustawowym.
 4. Przepisanie tabletek antykoncepcyjnych, jeśli nie ma przeciwwskazań medycznych, wymaga zgody przedstawiciela ustawowego (pisemnej odnotowanej w historii choroby), jak również nieletniej, i tylko wówczas, jeśli nieletnia już podjęła bądź ma zamiar wkrótce podjąć współżycie płciowe. Profilaktycznie nie zapisuje się tabletek antykoncepcyjnych z powodu — na przykład: córka przebywa poza domem

w internacie i nie mam nad nią kontroli lub dlatego, że jutro idzie na dyskotekę.

III. Wiek — szesnaście lat (jest kończone, ma być zakończone) do osiemnastu lat.

1. Wizyta u lekarza powinna być potwierdzona przez nieletnią, że odbywa się za zgodą przedstawiciela ustawowego. Niekonieczna jest zgoda pisemna, jeżeli pacjentka zgłasza się sama w celu przeprowadzenia badania ginekologicznego.
2. Badanie ginekologiczne powinno być przeprowadzone za zgodą pacjentki i niekoniecznie przedstawiciela ustawowego.
3. Stwierdzenie współżycia seksualnego nie musi być przekazane w formie informacji przedstawicielowi ustawowemu, jeżeli pacjentka o to prosi i jeżeli nie ma to wpływu na podjęte dalsze procedury medyczne.
4. Przepisanie tabletek antykoncepcyjnych: odmowa, gdy są bezwzględne przeciwwskazania medyczne; gdy są względne — wymagana jest zgoda przedstawiciela ustawowego.

Tabletki antykoncepcyjne może zapisać lekarz bez zgody przedstawiciela ustawowego, jeżeli:

- pacjentka jest zdrowa (co stwierdzono po wykonaniu badania podmiotowego, przedmiotowego i innych koniecznych badań do potwierdzenia stanu zdrowia);
- odmawia poinformowania przedstawiciela ustawowego, by współuczestniczył w decyzji przepisywania środka antykoncepcyjnego;
- twierdzi, że podjęła współżycie płciowe i nadal będzie współżyła;
- domaga się zapisania środka antykoncepcyjnego, lekarz może podjąć decyzję o zapisaniu tego środka bez informowania przedstawiciela ustawowego, biorąc pod uwagę:
- wiek pacjentki (> 16 lat, czyli uzyskała prawa pacjenta);
- osiągnęła dojrzałość psychoemocjonalną (np. potwierdza więź emocjonalną z partnerem);
- istnieją uwarunkowania rodzinne (trudny kontakt z matką, bądź z opiekunem prawnym — np. dzieci z domów dziecka).

Zachowując przy podejmowaniu decyzji należyta staranność (czas poświęcony nieletniej), warto też odnotować w karcie pacjentki: „16-latkę prosi o zapisanie tabletek antykoncepcyjnych, z powodu uwarunkowań rodzinnych prosi o nieinformowanie o tym fakcie opiekuna prawnego (matki)”.

Natomiast, jeżeli matka wyraża zgodę na antykoncepcję hormonalną, to warto odnotować w historii choroby: „matka prosi o zapisanie dla nieletniej córki tabletek antykoncepcyjnych, mimo że została poinformowana o możliwości wystąpienia działań niepożądanych preparatów hormonalnych o działaniu antykon-

cepcyjnym. Potwierdziła tę prośbę własnoręcznym podpisem”.

Wśród innych profesji zawód lekarza stanowi jednak nadal zawód o podwyższonym zaufaniu społecznym i zapisanie tabletek antykoncepcyjnych przez lekarza jest traktowane przez młodą pacjentkę jako przyzwolenie na współżycie płciowe.

Nieletniej i jej matce warto uświadomić, że nie ma przyzwolenia lekarskiego na współżycie płciowe w okresie dojrzewania somatyczno-płciowego, ponieważ zdolność do uzyskania satysfakcji seksualnej przez nastolatkę przypada na 18.–20. rok życia.

Przepisując tabletki antykoncepcyjne bez zgody opiekuna prawnego, lekarz musi mieć świadomość, że ponosi odpowiedzialność cywilną za podjęcie takiej decyzji, zwłaszcza w przypadku pojawienia się jakichkolwiek działań niepożądanych ich stosowania u pacjentki.

Podsumowanie

Wykazano, że obowiązujące w Polsce prawo pozwala na sporządzenie jednoznacznych procedur postępowania w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych nieletnim pacjentkom w poszczególnych przedziałach wiekowych.

Pewna niedookreśloność prawa nie pozwala na utworzenie jednobrzmiących procedur w odniesieniu do zdrowej nieletniej pacjentki w wieku 16–18 lat, która zgłasza się do lekarza po świadczenie zdrowotne: badanie ginekologiczne, zapisanie tabletek antykoncepcyjnych i jednocześnie odmawia współudziału w decyzji przedstawiciela ustawowego (matki). Niedookreśloność ta wynika z różnej interpretacji zakresu funkcjonowania nieletniej w obszarze władzy rodzicielskiej.

Autorzy niniejszej pracy uważają, że utworzenie jednoznacznych procedur postępowania w tym zakresie jest niewykonalne, dlatego problem ten należy pozostawić do indywidualnego rozstrzygnięcia przez lekarza po uwzględnieniu stanu zdrowia pacjentki, stopnia jej dojrzałości psychoemocjonalnej oraz relacji rodzinnych nieletnia–matka (opiekun prawny).

Piśmiennictwo

1. World Health Organization. Concepts of sexual health: Report of a working group. Regional Office for Europe 1987.
2. Sexuality Information and Education Council of the United States. Consensus 1995.
3. Sisk CL, Zehr JL. Pubertal hormones organize the adolescent brain and behavior. *Front Neuroendocrinol* 2005; 26: 163–174.
4. Izdebski Z. Zachowania seksualne młodzieży. *Remedium* 2001; 6: 20–23.
5. Łukaszek M. Przedwczesne podejmowanie życia seksualnego przez dzieci i młodzież. *Kwartalnik Edukacyjny* 2002; 3–4: 54–61.
6. Witek A, Wilk K, Droszdol A i wsp. Aktywność seksualna siedemnastoletniej młodzieży województwa śląskiego. *Ann Acad Med Siles* 2005; 59: 4–7.
7. Woynarowska B, Izdebski Z, Kołolo H i wsp. Inicjacja seksualna i stosowanie prezerwatyw oraz innych metod zapobiegania ciąży przez młodzież 15-letnią w Polsce i w innych krajach. *Ginek Pol* 2004; 75: 621–632.

8. Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry. Z późniejszymi zmianami: Dz.U. z 2005 r., nr 226, poz. 1943; z 2006 r., nr 117, poz. 790; nr 191, poz. 1410; nr 220, poz. 1600; z 2007 r., nr 123, poz. 849.
9. Ustawa z dnia 25 lutego 1964 roku. Kodeks Rodzinny i Opiekuńczy. Rozdział II. Stosunki między rodzicami a dziećmi. Dziennik Ustaw z 1964 roku, nr 9, poz. 59, z późniejszymi zmianami.
10. Konwencja Praw Dziecka przyjęta przez Zgromadzenie Ogólne Organizacji Narodów Zjednoczonych dnia 20 listopada 1989 r. Dziennik Ustaw z 1991 r., nr 120, poz. 526.
11. Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 roku. Kodeks Karny. Rozdział XXV. Prześpięstwa przeciwko wolności sumienia i wyznania. Dziennik Ustaw z 1997 r., nr 88, poz. 553, nr 128, poz. 840, z późniejszymi zmianami.
12. Filar M. Seksualne wykorzystywanie dzieci w świetle polskiego kodeksu karnego (na tle prawnoporównawczym) W: Sajkowska M (red.). Wykorzystywanie seksualne dzieci. Warszawa 2004: 35–54.
13. Ustawa o zakładach opieki zdrowotnej z 30 sierpnia 1991 roku. Dziennik Ustaw z 1991 r., nr 91, poz. 408.
14. Kodeks Etyki Lekarskiej z dnia 2 stycznia 2004 r. (tekst jednolity; zawierający zmiany uchwalone w dniu 20 września 2003 r. przez Nadzwyczajny VII Krajowy Zjazd Lekarzy).