

Aktywność seksualna dziewcząt. Aspekty medyczne i prawne

Sexual activity among young women. Medical and legal aspects

Jarząbek-Bielecka Grażyna¹, Durda Magdalena², Sowińska-Przepiera Elżbieta^{1,3},
Kaczmarek Maria², Kędzia Witold⁴

¹ Pracownia Ginekologii Wieku Rozwojowego i Seksuologii, Katedra Ginekologii i Położnictwa, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, Polska

² Zakład Biologii Rozwoju Człowieka, Instytut Antropologii, Wydział Biologii, Uniwersytet im. Adama Mickiewicza w Poznaniu, Polska

³ Klinika Endokrynologii, Chorób Metabolicznych i chorób wewnętrznych PUM, Szczecin, Polska

⁴ Klinika Ginekologii, Katedra Ginekologii i Położnictwa, Uniwersytet Medyczny w Poznaniu, Polska

Streszczenie

Cel pracy: Głównymi celami pracy były: (1) zbadanie, czy wiek inicjacji oraz rodzaj podejmowanej przez kobiety aktywności seksualnej zmieniły się na przestrzeni ostatnich dekad oraz (2) rozważenie aspektów prawnych związanych z postępowaniem lekarza wobec młodocianych pacjentek, które rozpoczęły aktywność seksualną.

Materiały i metody: Dwieście kobiet urodzonych w latach 1975-1995 w województwie wielkopolskim wypełniło ankietę zachowań seksualnych. W ankiecie zamieszczono pytania dotyczące wieku inicjacji seksualnej, użycia antykoncepcji podczas inicjacji, rodzaju preferowanej aktywności seksualnej oraz sposobów zapobiegania ciąży. Obliczenia statystyczne wykonano w programie Statistica 9.0, posługując się testem χ^2 oraz analizą kowariancji.

Wyniki: Średnia wieku inicjacji obniżyła się istotnie między następującymi po sobie kohortami kobiet i wynosiła 18,9 dla kobiet urodzonych w latach 1975-1984 (kohorta I) i 17,6 dla kobiet urodzonych w latach 1985-1995 (kohorta II), bez względu na miejsce zamieszkania. Odsetek kobiet, które przeżyły inicjację przed 15-tym rokiem życia wynosił 0% w I kohorcie kobiet i 8,2% w kohorcie II. U obu grup kobiet preferowanym rodzajem antykoncepcji użytej podczas inicjacji była prezerwatywa (59,2%). 65% kobiet deklarowało stosowanie metod zapobiegania ciąży obecnie. Wszystkie kobiety (100%) wybrały waginalny typ współżycia jako najbardziej preferowany.

Wnioski: W ciągu ostatnich dekad, średnia wieku inicjacji kobiet obniżyła się istotnie. Wczesny wiek rozpoczęcia aktywności seksualnej uważany jest za czynnik ryzyka wystąpienia chorób przenoszonych drogą płciową, stresu emocjonalnego i nieplanowanej ciąży. 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.

Słowa kluczowe: seksuologia / dziewczęta / kobiety / inicjacja / prawo /

Adres do korespondencji:

Grażyna Jarząbek - Bielecka
Pracownia Ginekologii Wieku Rozwojowego i Seksuologii, Katedra Ginekologii i Położnictwa, Uniwersytet Medyczny im.
Karola Marcinkowskiego w Poznaniu
Polska, 60-535 Poznań, ul. Polna 33
tel. +48 61 8419278; fax: 618419656
e-mail: grabarz@tlen.pl

Otrzymano: 30.05.2011
Zaakceptowano do druku: 10.10.2012

Abstract

Background: Proper age of sexual initiation remains a topical issue in developmental sexology and gynecology. Premature sexual début is a risk factor for sexually transmitted diseases (STD) and their consequences: unplanned pregnancy and emotional stress. Consequences of risky sexual behavior (young age of sexual initiation, number of sexual partners or using unsafe contraceptive methods) are more severe for women. State of knowledge about sexual activity of Polish women is still insufficient, whereas patterns of sexual behavior are in the process of undergoing dramatic changes due to the influence of the western culture.

Objectives: Two main aims of the study were: (1) to examine whether age of sexual début and patterns of sexual behavior have changed over the past decades among young Polish women and (2) to consider the medical and legal aspects regarding juvenile patients who are sexually active.

Materials and methods: Two hundred women, born within two consecutive decades (1975-1995) in the Wielkopolska region (Poland) were asked to fill in a questionnaire concerning the following: age at sexual initiation and the contraceptive method used at the time, preferred forms of sexual activity, current contraceptive methods. Statistical analysis was performed using the Statistica 9.0 software [StatSoft]. Statistical evaluation was based on the chi-square test and analysis of covariance (ANCOVA).

Results: The average age of sexual initiation decreased significantly between the two studied cohorts of women and ranged from 18.9 for women born between 1975 and 1984 (cohort I) and 17.6 for women born between 1985 and 1995 (cohort II), regardless of the place of residence. The percentage of women who had their first sexual intercourse by the age of 15 years was 0% in cohort I and 8.2% in cohort II. Other characteristics of sexual activity were similar across the studied cohorts of women. Condom use during the first sexual intercourse was the preferred form of contraception (59.2%). 65% women have reported current contraceptive use. As for the preferred type of intercourse, all women (100%) chose vaginal sex. The most frequent number of sexual intercourses per month was 7 or more (41.7%).

Conclusions: The age of sexual début among Polish women has decreased significantly over the last decades. Premature initiation is believed to increase the risk of unplanned pregnancy, STDs and emotional stress. Polish medical and legal circles lack unequivocal stand on how to deal with juvenile patients who are sexually active, expect to receive advice from a gynecologist, a gynecologic examination and prescribed contraceptives.

Key words: **sexology / adolescents female / women / sexual début initiation / law /**

Wstęp

Na stan zdrowia człowieka wpływa preferowany styl życia, w tym rodzaj podejmowanej aktywności seksualnej. Wczesna inicjacja seksualna, częsta zmiana partnerów seksualnych oraz stosowanie mało skutecznych metod antykoncepcji uważane są za istotne czynniki ryzyka wystąpienia chorób przenoszonych drogą płciową (*Sexually Transmitted Diseases* – STDs) i ich następstw, stresu emocjonalnego i nieplanowanej ciąży [1, 2]. Dla kobiet, szczególnie niebezpieczeństwo wiąże się z zakażeniem wirusami HPV z grupy wysokiego/średniego ryzyka zagrożenia rozwojem choroby nowotworowej, stanowiącymi główną przyczynę zachorowań na raka szyjki macicy w dorosłym wieku [3].

Z dotychczas przeprowadzonych badań wynika, iż ryzyko szkód zdrowotnych i społecznych, związanych z podejmowaniem ryzykownych zachowań seksualnych jest większe u dziewcząt, zwłaszcza mieszkanek dużych miast [3]. Rezultaty analiz dokonanych przez Woynarowską i wsp., dotyczących ryzykownych zachowań seksualnych wśród młodzieży wykazały, iż wśród osób w wieku 18 lat, co druga dziewczyna i co drugi chłopiec odbyli inicjację seksualną, a spośród aktywnych seksualnie osiemnastolatków co czwarty młody człowiek miał trzech lub więcej partnerów seksualnych. 49% stosuje mało skuteczne metody antykoncepcji, takie jak stosunek przerywany czy metody naturalne [4]. Wyniki innych badań kierowanych przez tą samą autorkę i przeprowadzonych na grupie młodzieży piętnastoletniej wykazały, iż 9,2% piętnastoletnich dziewcząt odbyło inicjację seksualną (średnia wieku inicjacji – 14,7 lat).

Wśród wszystkich aktywnych seksualnie piętnastolatków 27% zadeklarowało, że ani oni, ani ich partnerzy nie używali żadnych metod antykoncepcji podczas ostatniego stosunku [6]. Niestety, mimo podejmowanych badań, wiedza na temat ryzykownych zachowań seksualnych wśród dziewcząt jest ciągle niewystarczająca. Wspomnieć należy, iż w tym samym czasie obyczajowość seksualna zmienia się dynamicznie, ulegając wpływowi kulturowym społeczeństw zachodnich [7]. W świetle powyższego, zbadanie podejmowanych przez młode kobiety ryzykownych zachowań seksualnych, umożliwi wskazanie zagrożeń i sprowokuje do dyskusji na temat prawnych aspektów postępowania lekarzy ginekologów z młodocianymi pacjentkami. W Polsce brakuje bowiem jednoznacznego stanowiska środowisk medycznych i prawnych wobec procedur postępowania z nieletnią pacjentką, która podjęła współzycie płciowe i oczekuje od lekarza ginekologa porady, badania ginekologicznego i niejednokrotnie prosi o przepisanie hormonalnych środków antykoncepcyjnych.

Cel pracy

Główny cel pracy był dwojaki i polegał na: (1) zbadaniu, czy wiek inicjacji kobiet oraz rodzaj podejmowanej przez nie aktywności seksualnej zmieniły się na przestrzeni ostatnich dziesięcioleci oraz (2) rozważeniu medycznych i prawnych aspektów związanych z postępowaniem lekarza wobec młodocianych pacjentek, które rozpoczęły aktywność seksualną.

Materiały i metody

Dwieście kobiet urodzonych w latach 1975-1995 w województwie wielkopolskim wypełniło ankietę zachowań seksualnych i zdrowia (w obecności lekarza ginekologa-seksuologa). W ankiecie znalazły się pytania dotyczące wieku inicjacji seksualnej, użycia antykoncepcji podczas inicjacji seksualnej, rodzaju preferowanej aktywności seksualnej oraz stosowanych metod zapobiegania ciąży. Bazę danych oraz analizy statystyczne wykonano w programie Statistica 9.0, posługując się testem χ^2 oraz analizą kowariancji (ANCOVA).

Wyniki

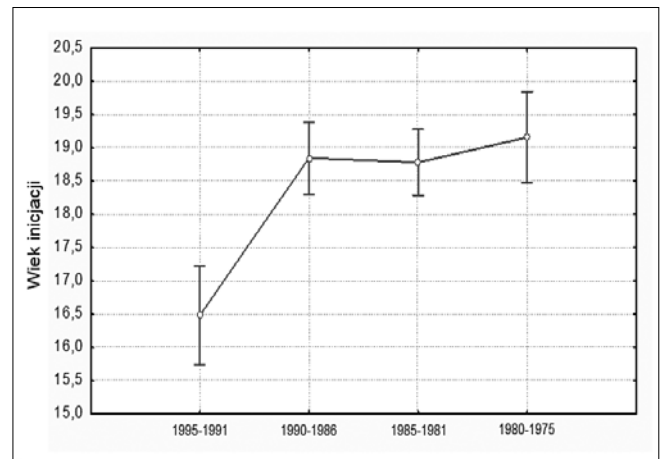
Tabela I przedstawia ogólną charakterystykę badanej grupy.

Tabela I. Charakterystyka badanej grupy.

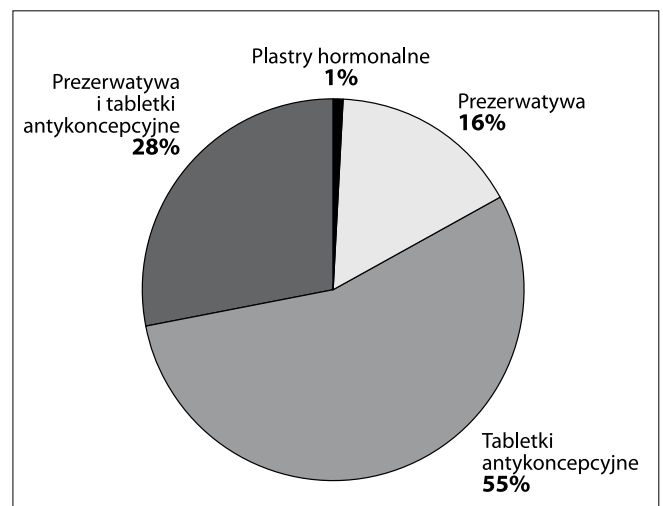
Zmienne	N	%
Kobiety urodzone w latach:		
1975-1984	118	59,0
1985-1995	82	41,0
Miejsce zamieszkania (liczba mieszkańców)		
Wieś	48	24,0
Miasto do 100.000	98	49,0
Miasto powyżej 100.000	54	27,0
Stan cywilny		
Panna	131	65,5
Mężatka	66	33,0
Rozwiedziona	3	1,5

Przeprowadzona analiza kowariancji wskazała na istotną zależność pomiędzy wiekiem inicjacji seksualnej a kategorią roku urodzenia ($F=9,11$; $p<0,001$). Średnia wieku inicjacji obniżyła się istotnie między następującymi po sobie grupami kobiet i wynosiła: 19,1 dla kobiet urodzonych w latach 1975 – 1980; 18,7 dla kobiet urodzonych w latach 1985 – 1981; 18,8 dla kobiet urodzonych w latach 1990 – 1986 oraz 16,4 dla kobiet urodzonych w latach 1995 – 1991, bez względu na miejsce zamieszkania. (Rycina 1).

Procent młodych kobiet, które przeżyły inicjację przed 15-tym rokiem życia wynosił 0% w I kohorcie kobiet (urodzonych w latach 1975 – 1984) i 8,2% w kohorcie II (urodzonych w latach 1995 – 1985). Inne zachowania seksualne pozostały takie same między badanymi grupami kobiet. Preferowanym rodzajem antykoncepcji użytej podczas inicjacji była prezerwatywa (59,2%). 65% kobiet deklarowało, iż stosuje obecnie metody zapobiegania ciąży. (Rycina 2).



Rycina 1. Wyniki analizy kowariancji: zmienna zależna – wiek inicjacji, zmienna niezależna – kategorie roku urodzenia.



Rycina 2. Preferowane metody zapobiegania ciąży stosowane przez kobiety objęte badaniem

Wszystkie kobiety (100%), jako najbardziej preferowany, wybrały waginalny typ współżycia. Najczęstszą liczbą podejmowanych przez kobiety stosunków seksualnych miesięcznie było 7 i więcej (41,7%).

Dyskusja

Istnieje wiele czynników zwiększających ryzyko wystąpienia chorób przenoszonych drogą płciową, stresu emocjonalnego i nieplanowanej ciąży. Wśród nich najczęściej wymienia się wczesną inicjację seksualną, częstą zmianę partnerów seksualnych oraz stosowanie niepewnych metod zapobiegania ciąży [1, 2, 3].

Celem niniejszej pracy było zbadanie, czy wiek inicjacji oraz rodzaj podejmowanej przez kobiety aktywności seksualnej zmieniły się na przestrzeni ostatnich lat, a także rozważenie aspektów prawnych związanych z postępowaniem lekarza wobec młodych pacjentek, które rozpoczęły aktywność seksualną.

Wyniki przeprowadzonych badań potwierdzają tendencję do obniżania się wieku inicjacji seksualnej wśród młodych kobiet w Polsce [4].

W 1999 roku, podczas XIV Światowego Kongresu Seksuologów przyjęto powszechną deklarację praw seksualnych, która w roku 2002 została przyjęta i rekomendowana przez Światową Organizację Zdrowia. Deklaracja opiera się na trzech podstawowych założeniach:

1. Seksualność jest integralną częścią osobowości każdego człowieka.
2. Seksualność kształtuje się w wyniku wzajemnych relacji pomiędzy osobą a strukturami społecznymi, a rozwój seksualności ma zasadnicze znaczenie dla dobra ogólnego i jednostkowego.
3. Prawa seksualne są uniwersalnymi prawami człowieka, bazującymi na niezbywalnej wolności, godności i równości wszystkich ras. W celu zapewnienia zdrowego rozwoju prawa seksualne jednostki muszą być uznawane, promowane, szanowane i bronię przez wszystkie społeczeństwa [3,4].

Deklaracja odnosi się w szczególności do ludzi młodych, bowiem ponad połowa populacji kuli ziemskiej ma poniżej 25 lat, a 1/3 mieści się w przedziale wiekowym 13-21 lat. W tej ostatniej grupie wiekowej jednym z najważniejszych problemów zdrowotnych są choroby przenoszone drogą płciową. Epidemia AIDS spowodowała od lat osiemdziesiątych XX wieku szerokie, światowe akcje edukacyjne, które skupiły się na drogach szerzenia i metodach zapobiegania zakażeniom chorobami przenoszonymi drogą płciową STD (*Sexually Transmitted Diseases*) [1,2]. Edukacją seksualną obejmuje się szczególnie nastolatki, bowiem to właśnie ich zachowania i nawyki seksualne są decydujące dla dalszego zahamowania lub rozprzestrzeniania się tych chorób, szczególnie AIDS [3, 4]. W tym okresie życia kształtują się zachowania społeczne i indywidualne, również zdrowotne, które wpływają na przyszły stan zdrowia całej populacji [3]. W większości krajów świata, również w Polsce, obniża się stale wiek inicjacji seksualnej, który obecnie mieści się pomiędzy 15. a 18. rokiem życia, co potwierdziły wyniki przeprowadzonych badań [1, 3, 4]. Przedstawione wyniki badań oraz przeprowadzone w Polsce badania innych autorów wykazują, że inicjacja seksualna przed ukończeniem 18. roku życia jest zjawiskiem powszechnym i dotyczy około 80% nastolatków [6].

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 tajem-

nicy 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.

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” [7]. 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 [4, 6, 7].

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.

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.

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. r.ż.) 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. 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 [3, 4, 6, 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.

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

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. Można przedstawić propozycję takich procedur, opracowaną na podstawie obowiązującego w Polsce prawa, dotyczącego dziecka do 18. roku życia, oraz doświadczeń klinicznych.

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 oprócz przedstawienia wyników badań dotyczących aktywności seksualnej dziewcząt jest zwrócenie uwagi na przepisy prawne i w ich świetle ułatwienie lekarzowi dokonania świadomego wyboru postępowania.

W świetle prawa człowieka nieletnia 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. Pojęcie dojrzałości dziecka jest pojęciem podlegającym subiektywnej ocenie i niełatwo o jego precyzyjne kryteria.

Pacjentka nieletnia najczęściej staje się pacjentką lekarza ginekologa po pierwszej miesiączce (tj. po 13. r.ż.). 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, poddania 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. Ustawodawca przyjął, że każdy, kto podejmuje z osobą małoletnią (<15. r.ż.) 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.

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). 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 wskazanym 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 [3, 4, 7].

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. rż.) 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. rż.) dotyczy w zasadzie współdecydowania o wykonaniu świadczenia zdrowotnego. 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 współdziałania 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 :

- 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) i szkodliwe dla rozwoju psychoemocjonalnego przekonanie, 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 wypośredkowania w postępowaniu lekarza między 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 [4, 6].

Proponowane zasady postępowania wobec nieletnich pacjentek poradni ginekologii dziecięcej i dziewczęcej — współżyjących płciowo [5]:

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 ustawy, ponieważ zgodnie z prawem obowiązującym w Polsce współzycie 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 współzycia 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 współzycie 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) 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 współzycia 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 współzycie 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 pacjentki);
- 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 antykoncepcyjnym. 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 współzycie płciowe.

Nieletniej i jej matce warto uświadomić, że nie ma przyzwolenia lekarskiego na współzycie 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 [4,6,7].

Podsumowując wyniki przedstawionych badań oraz podjęte rozważania dotyczące aspektów medycznych i prawnych związanych z aktywnością seksualną dziewcząt i specjalistyczną opieką nad nimi, należy podkreślić, że w Polsce, w ciągu ostatnich dekad, średnia wieku inicjacji kobiet obniżyła się istotnie, a wczesny wiek rozpoczęcia aktywności seksualnej uważany jest za czynnik ryzyka wystąpienia chorób przenoszonych drogą płciową i ich następstw, stresu emocjonalnego i nieplanowanej ciąży, ale jak łączą się z tym problemem złożone kwestie prawne wymagające uregulowania.

Wnioski

W ciągu ostatnich dekad, średnia wieku inicjacji kobiet obniżyła się istotnie. Wczesny wiek rozpoczęcia aktywności seksualnej uważany jest za czynnik ryzyka wystąpienia chorób przenoszonych drogą płciową i ich następstw, obciążenia emocjonalnego i nieplanowanej ciąży.

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

Piśmiennictwo

1. Bearinger L, Sieving R, Ferguson J, Sharma V. Global perspectives on the sexual and reproductive health of adolescents: patterns, prevention and potential. *Lancet*. 2007, 369, 1220-1231.
2. Orr D, Beiter M, Ingersoll G. Premature sexual activity as an indicator of psychosocial risk. *Pediatrics*. 1991, 87, 141-147.

Jarząbek-Bielecka G, et al. Aktywność seksualna dziewcząt. Aspekty medyczne i prawne.

3. Chazan B, Gabrys M, Środoń M, [i wsp.]. Ekspertyza przygotowana dla Rzecznika Praw Dziecka: Zdrowotne następstwa przedwczesnej inicjacji seksualnej u dziewcząt. Warszawa, 2007.
4. Sowińska-Przepiera E, Andrysiak-Mamos E, Syrenicz A. Nieletnia jako pacjent w poradni ginekologii wieku rozwojowego. *Endokrynol Pol.* 2008, 59, 412-419.
5. Woynarowska B, Małkowska A, Tabak I. Sexual behaviour among adolescents aged 16- and 18-years in Poland in 2005. *Ginekol Pol.* 2006, 77(9), 667-677.
6. Woynarowska B, Izdębski Z, Kotoło H [et al.]. Inicjacja seksualna i stosowanie prezerwatyw oraz innych metod zapobiegania ciąży przez młodzież 15-letnią w Polsce i w innych krajach. *Ginekol Pol.* 2004, 75(8), 621-
7. Jarząbek-Bielecka G, Warchol-Biedermann K, Sowińska-Przepiera E, Wachowiak-Ochmańska K. Przedwczesne dojrzewanie płciowe Precocious puberty. *Ginekol Pol.* 2011, 82, 281-286.


KOMUNIKAT I

Międzynarodowa
Konferencja
Naukowo-Szkoleniowa
Sekcji Ginekologii
Dziecięcej i Dziewczęcej PTG
połączona z Zimową Szkołą
Ginekologii
Dziecięcej i Dziewczęcej

Grand Nosalowy Dwór Zakopane
24 - 26 stycznia 2013

Tematyka konferencji:

Terapia hormonalna
w ginekologii dziecięcej i dziewczęcej
Przewlekłe zespoły bólowe
miednicy mniejszej
Antykoncepcja młodocianych
Diagnostyka i leczenie PCOS
Wady rozwojowe narządu rodno
Zaburzenia okresu pokwitania u dziewcząt
Zaburzenia miesiączkowania
u młodocianych
Edukacja seksualna
w praktyce ginekologicznej
Problem dziecka molestowanego seksualnie
Otyłość wieku dziecięcego
Cukrzyca i zaburzenia endokrynologiczne
Problemy higieny osobistej wieku dojrzewania



Warsztaty szkoleniowe:
**Obdukcja i postępowanie z dzieckiem
molestowanym seksualnie.
Współpraca z Komendą Główną Policji
i psychologiem policyjnym**

