



„Wychowanie w Rodzinie” t. XVI (2/2017)

nadesłany: 30.09.2016 r. – przyjęty: 21.01.2017 r.

Aleksandra MACH*

Nastoletnie rodzicielstwo dziewcząt i chłopców z niepełnosprawnością

Teenage parenthood of disabled girls and boys

Streszczenie

Problematyka małżeństwa i rodzicielstwa osób z niepełnosprawnością, a co istotne, zwłaszcza z niepełnosprawnością intelektualną coraz częściej jest podejmowana przez polskich badaczy. W literaturze przedmiotu niejednokrotnie podkreśla się stereotypowe postrzeganie przez ogół społeczeństwa osób z niepełnosprawnością, głównie intelektualną, negujące ich dorosłość, a tym samym możliwość bycia mężem/zoną, matką/ojcem. Zauważa się, że trudności w wypełnianiu funkcji rodzicielskich wspomnianej grupy mogą wynikać nie tyle ze stanu zdrowotnego, ale z ciężkiej sytuacji ekonomicznej, mniejszych umiejętności w opiece nad potomstwem, z samotności lub izolacji społecznej. W przypadku nastoletniego rodzicielstwa dochodzą kolejne czynniki utrudniające realizację zadań macierzyńskich i ojcowskich. Dlatego też wszechstronnym wsparciem w przygotowaniu do odpowiedzialnego, ale i satysfakcjonującego rodzicielstwa powinni być objęci nastoletni rodzice z niepełnosprawnością. Ważnym zagadnieniem wydaje się funkcjonowanie psychospołeczne nastoletnich rodziców z niepełnosprawnością. Niestety, zdarzają się sytuacje odrzucenia fizycznego i emocjonalnego nastoletnich rodziców nie tylko przez rówieśników, ale i przez najbliższych. Dziewczęta z niepełnosprawnością, będące w ciąży, bywają szczególnie narażone na stygmatyzację. Kwestie nastoletniego rodzicielstwa są tematem obecnym w piśmiennictwie nauko-

* e-mail: olamach@ur.edu.pl

Zakład Pedagogiki Specjalnej, Wydział Pedagogiczny, Uniwersytet Rzeszowski, ul. ks. J. Jałowego 24, 35-010 Rzeszów, Polska.

wym, niewiele jednak istnieje opracowań z tego zakresu w kontekście macierzyństwa lub ojcostwa dziewcząt i chłopców z niepełnosprawnością. W artykule przedstawiono zatem główne obszary badań nad nastoletnim rodzicielstwem wspomnianej populacji na przykładzie literatury zagranicznej. Odniesiono się także do badań rodzimych, które, jak już zauważono, z reguły bezpośrednio nie odnoszą się do zasygnalizowanej problematyki.

Słowa kluczowe: nastoletnie rodzicielstwo, niepełnosprawność, niepełnosprawność intelektualna, młodociani z niepełnosprawnością.

Abstract

The problem of disabled people's marriage and parenthood, and which is essential, especially of those with intellectual disability, is more and more often discussed by the Polish researchers. The stereotypical perception of the disabled, mainly with an intellectual disability, by the general public, negating their adulthood, and at the same time a possibility of being a husband/a wife, a mother/a father is frequently emphasized in the literature on the subject. It is noted that difficulties in fulfilling parental functions of the aforementioned group may result not only from their health condition, but also from their difficult economic situation, their lower skills to care for their offspring, loneliness or social isolation. In case of teenage adulthood there are other factors making the realization of maternal and paternal tasks difficult. Therefore, teenage parents with disability should be provided with versatile support in preparation for a responsible as well as satisfactory parenthood. The psychosocial functioning of disabled teenage parents appears to be an essential issue. Unfortunately, there are the situations of physical and emotional rejection of teenage parents not only by their peers but also their loved ones. Disabled girls who are pregnant are especially subject to stigmatization. The issues of teenage parenthood are a subject present in scientific literature, yet there are few studies in this field in the context of disabled girls' and boys' motherhood and fatherhood. Thus, the article presents the main research areas on teenage parenthood of the mentioned population using the example of foreign literature. Moreover, reference was made to Polish research which, as it was observed, generally does not refer to the indicated problematic aspects directly.

Keywords: teenage parenthood, disability, intellectual disability, disabled adolescents.

Zjawisko nastoletniego rodzicielstwa

Niezależnie od zakresu podejmowanej problematyki nastoletniego rodzicielstwa warto wyjaśnić samo pojęcie tegoż zjawiska. Jak się okazuje, istnieje tu swego rodzaju chaos terminologiczny. W piśmiennictwie naukowym autorzy opisujący młodych rodziców, matki lub ojców posługują się różnymi pojęciami,

najczęściej na zasadzie synonimów: nastoletni, nieletni, młodociani, małoletni¹. Pojawia się także termin wczesnego macierzyństwa (a tym samym można by mówić o wczesnym ojcostwie czy też rodzicielstwie). Występują też typologie uwypuklające konkretne kryterium, jak na przykład wiek albo zakres wsparcia. Przykładem są tu kategorie odnoszące się do nastoletnich matek, wśród których wyróżnia się: bardzo młode nastolatki (do 16. roku życia), starsze nastolatki (od 16. do 19. roku życia), nastolatki samotne (nieposiadanie wsparcia ze strony rodziny pochodzenia oraz ojca dziecka), nastolatki otrzymujące pomoc rodziców i ojca dziecka². Mariola Bidzan wspomniane problemy definicyjne tłumaczy brakiem zgody między badaczami, dotyczącej nazwania granicy wieku dziewcząt i chłopców oczekujących na urodzenie dziecka albo będących już rodzicami. Na podstawie analiz różnorodnych definicji Bidzan³ stwierdza, że termin rodzica nastoletniego jest szerszy od kategorii rodzica małoletniego czy nieletniego⁴, ponieważ ten pierwszy obejmuje osoby, które urodziły pierwsze dziecko przed ukończeniem 19 lat. Dalej wyjaśnia, iż najczęściej przyjmuje się stanowisko Barbary Grzechocińskiej i Longina Marianowskiego, a także Bożeny Kuleszy-Brończyk i jej współpracowników. Zdaniem tych badaczy, nastoletnie lub młodociane ciężarne i matki to kobiety, które zaszły w ciążę i/lub urodziły dziecko przed 18. rokiem życia. W konkluzji autorka słusznie podkreśla ko-

¹ Różnorodność terminologiczną można zauważyć już w samych tytułach piśmiennictwa nad analizowanym zagadnieniem. Dla przykładu podaję wybrane pozycje bibliograficzne: M. Bidzan, *Nastoletnie rodzicielstwo. Perspektywa psychologiczna*, Wydawnictwo Harmonia Universalis, Gdańsk 2013; U. Kempnińska, *Ciąża nastolatek jedną z przyczyn zawierania małżeństw przez młodocianych*, „Problemy Opiekuńczo-Wychowawcze” 2010, nr 10, s. 13–19; R. Krajewski, *Prawne aspekty ciąży małoletniej*, „Problemy Opiekuńczo-Wychowawcze” 2010, nr 3, s. 44–50; S. Królikowska, *Sytuacja społeczna młodocianych matek*, [w:] A. Kotlarska-Michalska (red.), *Dysfunkcje rodziny*, t. XXI, Seria: *Roczniki Socjologii Rodziny. Studia socjologiczne oraz interdyscyplinarne*, Wydawnictwo Naukowe UAM, Poznań 2011, s. 79–102; B. Krzesińska-Żach, *Nieletnie matki czyli utracone dzieciństwo*, [w:] J. Izdebska, J. Szymanowska (red.), *Dziecko w zmieniającej się przestrzeni życia. Obrazy dzieciństwa*, Trans Humana Wydawnictwo Uniwersyteckie, Białystok 2009, s. 175–180; W. Wróblewska, *Nastoletnie matki w Polsce – przygotowanie do życia seksualnego*, „Problemy Rodziny” 1992, nr 3(183); A. Skowrońska-Pućka, *Funkcjonowanie młodych matek w zmieniającym się świecie. Psychopedagogiczne i społeczne konsekwencje (przed)wczesnego macierzyństwa*, [w:] H. Liberska, A. Malina, D. Suwalska-Barancewicz (red.), *Funkcjonowanie współczesnych młodych ludzi w zmieniającym się świecie*, Difin SA, Warszawa 2012, s. 337–347; E. Zawisza-Mastyk, *Nieletnie matki – niechciany problem*, „Opieka, Wychowanie, Terapia” 2009, nr 3–4.

² J. Aleksander, V. Levy, S. Roch, *Nowoczesne położnictwo*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 1995, [cyt. za:] S. Królikowska, *Sytuacja społeczna...*, dz. cyt., s. 79.

³ M. Bidzan, *Nastoletnie rodzicielstwo...*, dz. cyt., s. 17.

⁴ Łukasz P. Ratajczak, analizując kwestie terminologiczne nastoletniego ojcostwa, wyjaśnia, że pojęcia *młodociany* i *nieletni* stosowane są w Kodeksie karnym, dlatego używanie ich w kontekście ojcostwa nie jest właściwe, ponieważ samo zostanie rodzicem nie może być rozpatrywane jako czyn zabroniony. Dlatego też proponuje stosowanie terminów definiowanych przez Kodeks cywilny, a więc *niepełnoletni* lub *nastoletni*. Zob.: Ł.P. Ratajczak, *Ojcostwo w doświadczeniach niepełnoletnich chłopców*, Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Adama Mickiewicza, Poznań 2016, s. 84–85.

nieczność ustaleń terminologicznych i uwzględnienia przedziałów wiekowych, nie tylko ze względu na przyczyny nastoletniego rodzicielstwa, ale też na konsekwencje biopsychospołeczne, które będą inne u piętnastolatków, a jeszcze inne u dziewiętnastolatków⁵.

Badacze zagraniczni, podobnie jak w Polsce, dostrzegają zróżnicowanie w posługiwaniu się nazewnictwem opisywanego zjawiska. Kuljit Heer zauważa różnice występujące wśród autorów z różnych państw w określaniu przedziału wiekowego nastolatka. I tak np. w swojej perspektywie badawczej ujmuje nastolatków jako osoby w wieku od 11. do 19. roku życia⁶.

Skala zjawiska nastoletniego rodzicielstwa osób z niepełnosprawnością⁷ nie jest rozpoznana. W Polsce dane statystyczne w tym zakresie dotyczą ogólnej populacji nastolatków. Podobnie, zagraniczne źródła zwracają uwagę na brak informacji o częstotliwości występowania nastoletniego rodzicielstwa wśród wspomnianej populacji, co z resztą koresponduje z konstatacją o nielicznych badaniach koncentrujących się wokół tejże problematyki. Istnieją liczne doniesienia z eksploracji nad nastoletnim macierzyństwem, obejmujących nastolatki w ciąży, niestety nie wyróżniają one kontekstu dziewcząt z niepełnosprawnością⁸. Heer, odnosząc się do badań prezentowanych w literaturze Zjednoczonego Królestwa, zauważa tendencje do koncentrowania się bardziej na edukacyjnych potrzebach związanych z płcią młodzieży z niepełnosprawnością aniżeli na kwestii nastoletnich ciąż wspomnianej grupy⁹.

W Stanach Zjednoczonych każdego dnia około 1 100 dziewcząt w wieku od 15. do 19. roku życia zostaje matkami¹⁰. Sygnalizuje się, że nastolatki z niepełnosprawnością są w przybliżeniu o 15% bardziej narażone na ciążę i rodzicielstwo niż pełnosprawne¹¹. Okazuje się, że młodzi z niepełnosprawnością zostają rodzicami przed ukończeniem 20 lat częściej niż osoby pełnosprawne, a opisy-

⁵ M. Bidzan, *Nastoletnie rodzicielstwo...*, dz. cyt., s. 17–18.

⁶ K. Heer, *Teenagers, Pregnancy, Learning Disabilities: Wolverhampton City in Context*, "Journal of Health and Social Care Improvement" 2008, [b.n.w.], s. 1.

⁷ W artykule wskazywane rodzaje niepełnosprawności wynikają z klasyfikacji przyjmowanej przez autorów prezentowanych publikacji. Stąd w artykułach amerykańskich badaczy używana jest terminologia federalna, nawiązująca do zapisów ustawy o edukacji specjalnej osób z niepełnosprawnościami (Individuals with Disabilities Education Act, IDEA). Zob.: D.D. Smith, *Pedagogika specjalna*, t. 1, (red. nauk.) A. Firkowska-Mankiewicz, G. Szumski, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2009, s. 56.

⁸ K. Heer, *Teenagers, Pregnancy...*, dz. cyt., s. 2.

⁹ Tamże.

¹⁰ Centers for Disease Control and Prevention (2011). Teen pregnancy: The importance of prevention; por. źródło: <http://www.cdc.gov/Features/VitalSigns/TeenPregnancy/>, [cyt. za:] K.F. Linton, H. Adams Rueda, *Experiences with pregnancy of adolescents with disabilities from the perspectives of the school social workers who serve them*, "Health & Social Work" 2014, t. 39, nr 2, s. 92.

¹¹ C.L. Shandra, *Life-course transitions among adolescents with and without disabilities*, "International Journal of Sociology" 2011, nr 41, [cyt. za:] K.F. Linton, H. Adams Rueda, *Experiences with...*, dz. cyt., s. 92.

wane zjawisko dotyczy z reguły kobiet z różnymi rodzajami niepełnosprawności (intelektualnej, fizycznej, emocjonalnej, psychicznej, sprzężonej)¹². Niektóre źródła podają, że poziom ciąży nastolatek w USA jest dwukrotnie większy niż w innych uprzemysłowionych demokracjach i w dalszym ciągu stanowi o wielu problemach społecznych¹³. Dane Krajowej Kampanii Przeciwdziałaniu Cięży Nastolatek w USA informują, że jedna nastoletnia matka na cztery, będzie miała drugie dziecko w ciągu roku po urodzeniu pierwszego¹⁴.

Interesujące wydają się doniesienia z badań i analizy zjawiska ciąży nastoletnich dziewcząt w mieście Wolverhampton w Anglii. Według tamtejszego krajowego urzędu statystycznego w 2005 roku liczba kobiet w ciąży poniżej 18. roku życia w tym mieście była znacznie wyższa w porównaniu do skali kraju. Wskaźnik ten wynosił 62,4 na 1 000 młodych kobiet w wieku od 15 do 17 lat, co stanowiło o 51% wyższy wynik od ogólnokrajowego, który wykazywał 41,3 na 1 000 kobiet w całej Anglii. Zgodnie z danymi organizacji pomocy nastolatkom (Connexions Black Country, CBC) około 28% nastoletnich matek w Wolverhampton to dziewczęta z trudnościami w uczeniu się (uczennice z niższym niż przeciętny poziomem funkcjonowania intelektualnego bądź z niepełnosprawnością intelektualną). Dane zebrane przez lokalną Podstawową Opiekę Zdrowotną (Primary Care Trust, PCT) ze szkoły specjalnej w Wolverhampton dla uczniów z trudnościami w uczeniu się wykazały, że około 40% ich absolwentek zostało nastoletnimi matkami w ciągu 18 miesięcy po opuszczeniu szkoły¹⁵. Badania prowadzone w Stanach Zjednoczonych przez Karen H. Jones, Desirae M. Domenico i Janet S. Valente objęły 1 015 nauczycieli, z których większość deklarowała specjalizację w zakresie problematyki rodzinnej. Ich celem było między innymi zebranie ogólnokrajowych danych dotyczących przypadków ciąży i rodzicielstwa młodzieży z niepełnosprawnością. Najliczniejsza grupa nauczycieli, stanowiąca 48% stwierdziła, że w trakcie prowadzonych badań nie zetknęła się z uczennicami ciężarnymi lub wychowującymi dzieci. Z kolei 26% pedagogów wskazało na jedną lub dwie uczennice będące w tego typu sytuacji, a 11% respondentów zaznaczyło od trzech do czterech uczennic, nieco mniej na dziesięć i więcej dziewcząt. Ponadto 14% badanych deklarowało pracę z uczniami z niepełnosprawnością, mających więcej niż jedno dziecko¹⁶. W Polsce, według Głównego Urzędu Statystycznego, odnotowano w 2014 roku 13 287 urodzeń żywych wśród matek w wieku 19 lat i mniej. Biorąc pod uwagę najmłodsze

¹² Tamże. Zob.: C.L. Shandra, A.R. Chowdhury, *The first sexual experience among girls with and without disabilities*, "Journal of Youth and Adolescence" 2012, nr 41, s. 518–519.

¹³ K.H. Jones, C.O. Woolcock-Henry, D.M. Domenico, *Wake up call: pregnant and parenting teens with disabilities*, "The International Journal of Special Education" 2005, t. 20, nr 1, s. 92.

¹⁴ Tamże.

¹⁵ K. Heer, *Teenagers, Pregnancy...*, dz. cyt., s. 2.

¹⁶ K.H. Jones, D.M. Domenico, J.S. Valente, *Incidence of pregnant and parenting teens with disabilities within FACS programs*, "Journal of Family and Consumer Sciences Education" 2005, t. 24, nr 2, s. 28.

matki, tzn. w wieku 15 lat i mniej ich liczba wyniosła 305 kobiet, w tym 3 zostały matkami po raz drugi¹⁷. Jak już wspomniano, nie wiadomo, czy w tej grupie są dziewczęta z niepełnosprawnością. W badaniach własnych prowadzonych w czerwcu 2016 roku, obejmujących 34 specjalne ośrodki szkolno-wychowawcze z różnych rejonów Polski, przypadki nastoletniego rodzicielstwa na przestrzeni 5 ostatnich lat potwierdziło 18 placówek, w zdecydowanej większości przeznaczonych dla uczniów z niepełnosprawnością intelektualną.

Uwarunkowania nastoletniego rodzicielstwa osób z niepełnosprawnością

Bycie rodzicem to jedno z najbardziej odpowiedzialnych zadań, z jakim mierzy się większość pokoleń. Dla wielu rodzicielstwo to sens życia, nieoceniona wartość wymagająca wielu umiejętności, dojrzałej osobowości pozwalającej nie tylko zrozumieć jego istotę, ale też odczuwać satysfakcję z pełnionej funkcji. Jeśli rodzicielstwo ujmuje się chociażby w kategoriach zadaniowych, to nie bez przyczyny podkreśla się szereg problemów w przypadku rodziców nastoletnich. Mają one charakter prawny, społeczny, ekonomiczny, a nawet medyczny. Specjaliści z różnych dziedzin naukowych, podejmując problematykę nastoletniego rodzicielstwa, rozpatrują przyczyny tego zjawiska. Anna Resler zauważa, że badacze wśród czynników sprzyjających wczesnym ciążom wymieniają: brak dojrzałości psychospołecznej, obniżający się wiek inicjacji seksualnej, niski poziom wiedzy na temat antykoncepcji, psychologiczne czynniki ryzyka (samotność, nasilona potrzeba zależności, naiwny idealizm, obniżony krytycyzm, nadmierna ugodowość i ufność). Wśród cech psychologicznych wymienia się również: niski poziom dojrzałości emocjonalnej, samooceny i poczucia własnej wartości oraz skłonność do podejmowania zachowań ryzykownych. Wskazuje się również na: poczucie braku akceptacji przez innych, nieumiejętność podejmowania decyzji, niską asertywność, altruizm, tendencje konformistyczne, silne stresy, kryzysy sytuacyjne, niezaspokojenie w rodzinie podstawowych potrzeb¹⁸.

Badania Kristen Faye Linton i Heidi Adams Ruedy pozwoliły wyodrębnić czynniki ryzyka obserwowane wśród nastolatek z niepełnosprawnością, sprzyjające zajściu w ciążę w opinii pracowników socjalnych¹⁹. Zaliczono do nich m.in.: impulsywność, życie chwilą, nieprzewidywanie konsekwencji, brak umiejętności interpersonalnych czy komunikacyjnych, pozostawanie w związku w celu zaspokojenia potrzeb emocjonalnych. W kontekście młodzieży z niepełnosprawnością intelektualną z różnymi jej stopniami wyróżniono przede wszyst-

¹⁷ Główny Urząd Statystyczny (GUS), *Rocznik Demograficzny. Demographic Yearbook of Poland*, Zakład Wydawnictw Statystycznych, Warszawa 2015, s. 272.

¹⁸ A. Resler, *Dzieci mają dzieci*, „Psychologia w Szkole” 2014, nr 4, s. 12–13.

¹⁹ K.F. Linton, H. Adams Rueda, *Experiences with...*, dz. cyt., s. 95.

kim ograniczenia w zrozumieniu podstaw anatomii seksualnej. Podkreślano, że eksperymentowanie z seksualnością młodzieży z niepełnosprawnością przebiegało najczęściej bez zrozumienia tego, co się dzieje lub bez przewidywania potencjalnych konsekwencji. Zdaniem pracowników socjalnych, szczególnie dziewczęta z niepełnosprawnością były podatne na wykorzystywanie współżycia seksualnego jako środka zwiększenia samooceny. U swoich podopiecznych obserwowali połączenie potrzeb emocjonalnych z seksualnym przymusem lekceważenia rozsądku. Badani pracownicy socjalni różnie oceniali skuteczność wpływania na zachowania młodzieży, chociażby poprzez trening asertywności. Okazuje się, że jakkolwiek przejaw świadczący o nieco bardziej intymnym kontakcie stanowił wystarczający powód do rozmowy na temat interakcji pomiędzy dziewczętami i chłopcami, a także do nauczania podejmowania zachowań asertywnych. Wynika to, zdaniem badanych, z odpowiedzialności zawodowej. Inne doświadczenia pokazują, że trening asertywności nie sprawdził się w pracy z niektórymi młodymi ludźmi z niepełnosprawnością. Przyczynę upatrywano w braku szacunku do samego siebie u podopiecznych. Skłanianie się ku rozwiązłości seksualnej tłumaczono różnymi powodami. Wypowiedź jednego z pracowników socjalnych świadczy o nierozumieniu przez młodzież istoty monogamiczności albo też o przyjęciu takiego a nie innego stylu życia, ponieważ jest ono modne i popularne wśród rówieśników. Rozwiązłość wyjaśniano także przez pryzmat emocjonalnej krzywdy wynikającej z doświadczanego w przeszłości wykorzystywania seksualnego. Pracownicy socjalni zaznaczali, że młodzież z niepełnosprawnością często odrzucała antykoncepcję z różnych powodów. I tak, nie zawsze w środowisku rówieśniczym antykoncepcję pozytywnie postrzegano. Utrudnienia w komunikacji, problemy w werbalizacji, jak i podjęcie samej inicjatywy stanowić mogły kolejną tego przyczynę. Wśród innych powodów niekorzystania ze środków antykoncepcyjnych przez młodzież z niepełnosprawnością badani wymieniali: dodatkowe ograniczenia w domu na wieść o konieczności zakupu środków antykoncepcyjnych, życie chwilą, brak osądu i myśli o konsekwencjach, nierozumienie funkcjonowania własnego organizmu. Część badanych twierdziła, że niektóre dziewczęta chciały zajść w ciążę, podobnie jak niektórzy chłopcy byli nastawieni na zapłodnienie dziewcząt. Tą swego rodzaju determinację u dziewcząt tłumaczono jako sposób rozwiązania własnych problemów, poprzez fantazjowanie o sobie w przyszłej roli²⁰. Istnieje też pogląd, iż młodzież z niepełnosprawnością doświadcza większych trudności z realizacją ścieżki edukacyjnej i zawodowej, stąd pragnienia rodzicielskie stają się swego rodzaju kompensacją realizacji siebie. W tym miejscu warto przytoczyć wyniki badań Carrie L. Shandry i Afry R. Chowdhury, które wykazały brak istotnej różnicy w rodzaju związku podczas pierwszego stosunku płciowego, w poziomie dyskusji na temat antykoncepcji przed pierwszym współżyciem oraz

²⁰ Tamże, s. 95–97.

w pragnieniu zajścia w ciążę podczas pierwszego stosunku pomiędzy dorastającymi dziewczętami z niepełnosprawnością a ich pełnosprawnymi rówieśniczkami²¹. Dalsze analizy okoliczności pierwszych doświadczeń seksualnych pozwoliły jednak zaobserwować istotne różnice w wynikach wielowymiarowych. A zatem, wspomniane zmienne nie są identyczne u dziewcząt z niepełnosprawnością i pełnosprawnych. Wyniki uzyskane w badaniach sugerują, że posiadanie niepełnosprawności w stopniu lekkim zwiększa prawdopodobieństwo odbycia pierwszego stosunku seksualnego z partnerem nieznanym niż ze stałym partnerem randkowym. Uważa się, że kobieta z poczuciem seksualnego wyobcowania albo z poczuciem niższej wartości seksualnej, wynikającej z niepełnosprawności może być bardziej skłonna do podejmowania współżycia seksualnego z partnerem, z którym jest mniej związana emocjonalnie. Przypuszcza się także, że seks z niedawno spotkanym partnerem pozwala młodym dziewczętom z niewidoczną niepełnosprawnością na współżycie seksualne bez ujawniania obecności ograniczeń. Z drugiej strony zakłada się, że niepełnosprawność w stopniu lekkim zwiększa prawdopodobieństwo pierwszego stosunku płciowego w bardzo zaangażowanym związku, w przeciwieństwie do stałego partnera randkowego. Okazało się, że dziewczęta ze schorzeniami współwystępującymi lub ze znaczną niepełnosprawnością, które nie stosują antykoncepcji przy pierwszym stosunku płciowym, pragną zajść w ciążę znacznie częściej niż ich pełnosprawne rówieśniczki. Ponadto dziewczęta z niepełnosprawnością znaczną rzadziej myślą o ciąży aniżeli nie chcą zajść w ciążę w porównaniu do pełnosprawnych nastolatek. Co ciekawe, dziewczęta z niepełnosprawnością częściej podejmują rozmowę o antykoncepcji przy pierwszym stosunku w porównaniu do dziewcząt pełnosprawnych. Średni wiek badanych dziewcząt w momencie rozpoczęcia współżycia seksualnego niewiele się różnił w obu grupach i wynosił 16,1 u dziewcząt z niepełnosprawnością oraz 16,3 u dziewcząt pełnosprawnych²².

Przyczyny wczesnego macierzyństwa wychowanek ze specjalnych ośrodków szkolno-wychowawczych odnajdujemy również w polskich badaniach przeprowadzonych przez Dorotę Sidorczuk. Objęła nimi siedem dziewcząt²³. Badane to uczennice bądź absolwentki Specjalnych Ośrodków Szkolno-Wychowawczych w Lublinie. Jedna z dziewcząt dwukrotnie została matką w trakcie nauki szkolnej. Ojcowie dzieci w zdecydowanej większości byli w wieku matek. Jak pisze autorka badań, dziewczęta pochodziły z mało zamożnych rodzin, a dwie z nich nawet z bardzo biednych. Niestety badane wspominały o małym zainteresowaniu rodziców ich problemami. Wczesna inicjacja seksualna dziewcząt była przejawem poszukiwań opieki i troski, której nie doznały od swoich ojców.

²¹ C.L. Shandra, A.R. Chowdhury, *The first sexual...*, dz. cyt., s. 524.

²² Tamże, s. 524–530.

²³ D. Sidorczuk, *Problem wczesnego macierzyństwa wychowanek ze specjalnych ośrodków szkolno-wychowawczych a czynniki powodujące powstawanie tego zjawiska*, „Niepełnosprawność i Rehabilitacja” 2002, nr 3, s. 58.

Z kolei matki bardziej troszczyły się o sprawy bytowe rodziny. Matki trzech badanych same doświadczyły wczesnego rodzicielstwa, one też poświęcały więcej czasu swoim córkom. Badane przyznały, że przekaz wartości w środowisku rodzinnym sprowadzał się do rygoryzmu albo w ogóle go nie było. Poglądy na sferę erotyczną w większym stopniu kształtowali rówieśnicy, a przekaz ten podkreślał hedonistyczne wzorce. Podejmując życie seksualne nie miały świadomości konsekwencji. Twierdziły, że życie seksualne podjęły z miłości, chęci przeżycia czegoś cudownego oraz z potrzeby poznania własnej cielesności. Dwie dziewczyny przyznały, że przyczyną rozpoczęcia życia seksualnego był strach przed samotnością i porzuceniem²⁴. Do podobnych wniosków doszła Dorota Lizoń-Szłapowska, opisując proces usamodzielniania wychowanek z niepełnosprawnością intelektualną w systemie opieki całkowitej. Autorka badań zwróciła szczególną uwagę na tę grupę, która, zbliżając się do podjęcia decyzji o całkowitej niezależności, nie uzyskała jeszcze dojrzałości psychicznej i społecznej²⁵. Niechciane ciąży i samotne macierzyństwo to efekt przypadkowych związków, w których dziewczęta szukały wsparcia emocjonalnego i akceptacji na drodze ich usamodzielniania²⁶.

Konsekwencje nastoletniego macierzyństwa dziewcząt z niepełnosprawnością

Kontekst nastoletniego rodzicielstwa najczęściej ukazywany jest przez pryzmat dziewcząt. Odzwierciedleniem tego stanu rzeczy są prezentowane doniesienia z badań. W tym miejscu warto jednak wspomnieć za Łukaszem Piotrem Ratajczakiem, iż poczęcie dziecka, jego rozwój prenatalny i urodzenie w znacznym stopniu wpływa na jakość życia niepełnoletnich ojców²⁷. Konieczność zwrócenia szczególnej uwagi na nastoletnie macierzyństwo wynika z dwóch głównych przesłanek. Pierwszą z nich jest kwestia dużego ryzyka wystąpienia problemów zdrowotnych matek i ich dzieci, zaś drugą zmniejszone możliwości budowania swojej przyszłości²⁸.

Dzieci urodzone przez nastoletnie matki z reguły mają niską wagę urodzeniową, poniżej 2,5 kilograma. Są to dzieci z grupy ryzyka, narażone na różne dysfunkcje i zaburzenia rozwojowe. W literaturze przedmiotu podkreśla się zarówno większe prawdopodobieństwo zgonu tych dzieci albo też, jak już zauwa-

²⁴ Tamże, s. 63–68.

²⁵ D. Lizoń-Szłapowska, *Usamodzielnianie wychowanek specjalnych ośrodków szkolno-wychowawczych*, „Problemy Opiekuńczo-Wychowawcze” 2004, nr 8, s. 31–32.

²⁶ Tamże, s. 32.

²⁷ Ł.P. Ratajczak, *Ojcostwo w doświadczeniach...*, dz. cyt., s. 8.

²⁸ Teenage Pregnancy – March of Dimes, por. źródło: <http://www.marchofdimes.org/materials/teenage-pregnancy.pdf> [dostęp: 15.09.2016].

żono, zagrożenia nieprawidłowego rozwoju poznawczego i emocjonalnego, niepełnosprawność intelektualną, zwiększone ryzyko specyficznych zaburzeń w zakresie czytania i pisania (dysleksja), mózgowe porażenie dziecięce czy też nadpobudliwość²⁹. Zdaniem niektórych badaczy dzieci te często osiągają niezadowalające wyniki w nauce, przejawiają wyższy poziom problemów w zachowaniu w szkole w porównaniu do swoich rówieśników. W przypadku dziewcząt stwierdza się większe prawdopodobieństwo zostania nastoletnią matką³⁰.

Nie bez przyczyny sygnalizuje się potrzebę zmiany stylu życia nastoletnich dziewcząt, aby zwiększyć szansę urodzenia przez nie zdrowego dziecka. Do istotnych czynników ryzyka, zagrażających zdrowiu dziecka, obok palenia papierosów, picia alkoholu czy zażywania narkotyków wymienia się również nieprawidłowe odżywianie ciężarnych dziewcząt. Z badań amerykańskich wynika, że zjawisko palenia nikotyny w okresie ciąży obserwuje się częściej u nastolatek niż u kobiet powyżej 25. roku życia. I tak, w 2004 roku odnotowano ten problem wśród 17% kobiet od 15. do 19. roku życia oraz wśród 10% kobiet w wieku od 25 do 34 lat. Nikotynizm ciężarnych zwiększa ryzyko przedwczesnego urodzenia się dziecka, przyczynia się do niskiej wagi urodzeniowej noworodka, a także do wystąpienia syndromu nagłej śmierci (zespół nagłego zgonu). U kobiet tych zauważa się duże ryzyko komplikacji ciąży, włączając w to problemy z łożyskiem³¹. Rodzime źródła wskazują także na liczne trudności obserwowane u nastolatek w okresie ciąży: przedwczesne odklejenie łożyska, małowodzie, nadciśnienie indukowane ciążą lub niewydolność szyjkowo-cieśniowa. Stwierdza się niebezpieczeństwo przedwczesnego porodu oraz powikłań poporodowych, wśród których wymienia się: pęknięcie części miękkich kanału rodnego, łożysko przodujące i krwawienia z kanału rodnego. Częściej wykonywane jest cesarskie cięcie w porównaniu do kobiet dojrzałych³². Niektóre badania dowodzą, że w większości przypadków ciąży młodocianych przebiegają prawidłowo i nie różnią się istotnie od przebiegu ciąży u kobiet dojrzałych. Nie zaobserwowa-

²⁹ L. Dash, *When children want children: The urban crisis of teenage childbearing*, University of Illinois Press, Urbana IL, 2003; L. Hao, A.J. Cherlin, *Welfare reform and teenage pregnancy, childbirth, and school dropout*, "Journal of Marriage and Family" 2005, nr 66; W.L. Roper, *Making the prevention of disabilities a reality*. Proceedings of the National Conference on the Prevention of Primary and Secondary Disabilities: Building Partnerships Toward Health – Reducing the Risks For Disability. U.S. Department of Health & Human Services, Public Health Service, Center for Disease Control and Prevention, [cyt. za:] K.H. Jones, C.O. Woolcock-Henry, D.M. Domenico, *Wake up call...*, dz. cyt., s. 92.

³⁰ N. Farber, *Adolescent pregnancy: Policy and prevention services*, Springer Publishing, New York 2003; M. Howard, M.E. Mitchell, *Postponing sexual involvement: An educational series for preteens*. Reproductive Health Center, Grady Health System, Atlanta: GA 1996, [cyt. za:] K.H. Jones, C.O. Woolcock-Henry, D.M. Domenico, *Wake up call...*, dz. cyt., s. 92.

³¹ Centers for Disease Control and Prevention (CDC), [cyt. za:] Teenage Pregnancy – March..., dz. cyt., s. 1.

³² O. Pałała, M. Podgórnik, M. Sadowska, A. Wdowiak, M. Piróg, M. Putowski, J. Zawiślak, *Młodociane macierzyństwo jako problem medyczny i społeczny*, "European Journal of Medical Technologies" 2014, nr 2(3), s. 64.

no obciążenia większym ryzykiem wystąpienia porodu przedwczesnego i niskiej masy urodzeniowej noworodków oraz wyższego ryzyka wystąpienia wad wrodzonych u płodów. Nie oznacza to jednak, że ciąży u nastolatek nie wymagają szczególnej opieki perinatologicznej³³. Okazuje się, że nastolatki najmniej chętnie poddają się opiece prenatalnej w porównaniu do kobiet z innych grup wiekowych. Dane amerykańskie wskazują, że w latach 2000–2002 około 7,1% matek poniżej 20. roku życia późno objęte były opieką prenatalną, albo w ogóle jej nie otrzymały. Taka sytuacja dotyczyła 3,7% kobiet z pozostałych kategorii wiekowych³⁴. Z kolei badacze z Australii podkreślają znikome analizy naukowe dotyczące wspierania ciężarnych kobiet z niepełnosprawnością intelektualną. Ich zdaniem, niewiele badań odnosi się do postaw i doświadczeń położnych, które bezpośrednio obsługują te kobiety w trakcie porodu. Powołując się na innych autorów zajmujących się zasygnalizowaną problematyką zaznaczają, że wiele kobiet z niepełnosprawnością intelektualną doświadcza poczucia utraty kontroli nad własnym ciałem w czasie ciąży oraz podczas porodu, gdy pracownicy służby zdrowia niejako przejmują ster³⁵. Kobiety w ciąży powinny systematycznie odbywać wizyty u ginekologa położnika. Niestety wiele przychodni nie jest dostosowana do potrzeb osób z różnymi rodzajami niepełnosprawności, co utrudnia kontakt z lekarzem, położną czy też pielęgniarką. Taka sytuacja może przyczynić się do zbyt późnego wykrycia ewentualnych nieprawidłowości w przebiegu ciąży. Kolejny problem stanowi brak przygotowania personelu medycznego do podjęcia zdań edukacyjnych, np. w ramach szkół rodzenia, ale też i opieki nad pacjentką z niepełnosprawnością w innych fazach prokreacyjnych³⁶.

Obok problemów natury medycznej należy wspomnieć o problemach psychospołecznych, doświadczanych przez nastoletnich rodziców, a zwłaszcza przez nastoletnie matki.

Nastoletnie matki częściej opuszczają szkołę niż dziewczęta opóźniające macierzyństwo. Z doniesień amerykańskich wynika, że jedynie 40% nastolatek, które urodziły dziecko przed 18. rokiem życia kończy szkołę średnią. Zauważa się, że pomimo skróconego okresu szkolnego, nastoletnie matki nie mają przygotowania zawodowego, co utrudnia im zdobycie pracy. Są uzależnione od wsparcia rodziny lub opieki socjalnej. Ponad 75% niezamężnych nastoletnich

³³ M. Rycel, J. Wilczyński, W. Sobala, D. Nowakowska, *Analiza przebiegu ciąży i porodu u nastolatek w latach 2000–2006. Analysis of teenage pregnancy outcome and delivery between 2000 and 2006*, „Ginekologia Polska” 2008, nr 12, s. 870.

³⁴ National Center for Health Statistics, final natality data, za: Teenage Pregnancy – March..., dz. cyt., s. 1.

³⁵ L.K. Jones, T.E. Binger, Ch.R. McKenzie, P. Ramcharan, K. Nankervis, *Sexuality, pregnancy and midwifery care for women with intellectual disabilities: A pilot study on attitudes of university students*, „Contemporary Nurse” 2010, t. 35(1), s. 49.

³⁶ E. Dmoch-Gajzerska, B. Mazurkiewicz, *Przygotowanie kobiet niepełnosprawnych do prokreacji i macierzyństwa*, „Niepełnosprawność i Rehabilitacja” 2011, nr 4, s. 94–98.

matek korzysta z opieki społecznej do pięciu lat po urodzeniu pierwszego dziecka³⁷. Okazuje się, że młodzież z niepełnosprawnością porzucająca szkołę traci jednocześnie możliwość otrzymania pomocy socjalnej³⁸. Nastolatka w ciąży oraz młoda matka, a zwłaszcza z niepełnosprawnością, ponosi większe ryzyko nieukończenia szkoły, a tym samym w mniejszym stopniu staje się konkurencyjna na rynku pracy. U nastoletnich matek stwierdza się niższy poziom satysfakcji z rozwoju kariery zawodowej, same także posiadają mniejsze aspiracje prestiżu zawodowego³⁹. Schemat życiowy bywa powielany przez dzieci nastoletnich rodziców. Źródła amerykańskie podają, że około 64% dzieci urodzonych przez niezamężne nastolatki porzuca szkołę średnią, żyjąc w biedzie. Dla porównania warto wskazać, że takiej sytuacji doświadcza 7% dzieci, które zostały urodzone przez kobiety powyżej 20. roku życia, będące mężatkami i absolwentkami szkoły średniej. Dzieci nastoletnich matek 50% częściej powtarzają klasę, częściej też nie radzą sobie z testami i opuszczają szkołę przed jej ukończeniem⁴⁰.

Interesujące wyniki badań nad jakością życia rodzinnego młodych kobiet z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim w wieku od 18 do 34 lat zaprezentowała Aleksandra Zawiaślak⁴¹. Kryterium doboru dwóch grup badawczych stanowił wiek, w którym kobiety urodziły swoje pierwsze dziecko (przed osiągnięciem pełnoletniości oraz po ukończeniu 18. roku życia). W oparciu o metody indywidualnych przypadków zaprezentowano role macierzyńskie młodocianych i pełnoletnich matek. Badane kobiety posiadały złe warunki mieszkaniowe, przy czym matki młodociane były o wiele bardziej uzależnione mieszkaniowo. Kobiety z obu grup nie wykazywały żadnej aktywności zawodowej. Ze względu na przedwczesną ciążę badane z reguły przerywały naukę

³⁷ National Campaign to Prevent Teen Pregnancy. Why It Matters. Accessed 1/12/09, [cyt. za:] Teenage Pregnancy – March..., dz. cyt., s. 2.

³⁸ J. Balckorby, E. Edgar, L. Kortering, *A third of our youth? A look at the problem of high school dropout among students with mild handicaps*, "The Journal of Special Education" 1991, nr 25; M. Wagner, *Stick it out secondary school completion*, [w:] M. Wagner, L. Newman, R. D'Amico, E. Jay, P. Butler-Nalin, C. Marder, R. Cox (red.), SRI International, Menlo Park, CA 1991; C. Shapland, *Sexuality issues for youth with disabilities and chronic health conditions. An occasional policy brief of the Institute of Child Health Policy*, Institute for Child Health Policy, Gainesville, FL 1999, [cyt. za:] K.H. Jones, C.O. Woolcock-Henry, D.M. Domenico, *Wake up call...*, dz. cyt., s. 97.

³⁹ Center for Population Options, *Adolescent substance use and sexual risk-taking behavior*, Washington, DC, 1991; C. Hockaday, S.J. Crase, M.C. Shelley, I.I. Shelley, D.F. Stockdale, *A prospective study of adolescent pregnancy*, "Journal of Adolescence" 2000, nr 23; C. Nord, K. Moore, D. Morrison, B. Brown, D. Myers, *Consequences of teen-age parenting*, "Journal of School Health" 1992, nr 62 [cyt. za:] K.H. Jones, C.O. Woolcock-Henry, D.M. Domenico, *Wake up call...*, dz. cyt., s. 97.

⁴⁰ National Campaign to Prevent Teen Pregnancy. Why It Matters. Accessed 1/12/09, [cyt. za:] Teenage Pregnancy – March..., dz. cyt., s. 2.

⁴¹ A. Zawiaślak, *Jakość życia rodzinnego młodocianych i pełnoletnich matek z niepełnosprawnością intelektualną*, [w:] Z. Janiszewska-Nieścioruk (red.), *Sfery życia osób z niepełnosprawnością intelektualną*, Oficyna Wydawnicza „Impuls”, Kraków 2005, s. 83.

w szkole zawodowej, nie uzyskując tym samym żadnych kwalifikacji zawodowych. Młode matki częściej formalnie pozostawały pannami. Związki powstałe wskutek pierwszej ciąży okazały się nietrwałe, a połowa partnerów odeszła przed rozwiązaniem albo zaraz po porodzie. Badane z obu grup z reguły miały stałych partnerów życiowych, słabo kontrolowały swoją płodność, posiadały liczne potomstwo i z dużym zaangażowaniem wypełniały role macierzyńskie. Wyrażały przekonanie o prawidłowo wykonywanych obowiązkach macierzyńskich, nie zawsze jednak zgodnie z rzeczywistością. Można przypuszczać, iż matki nie uświadamiały sobie do końca potrzeb własnych dzieci. Młode matki częściej od pełnoletnich deklarowały chęć dalszej prokreacji, częściej pozostawały w konkubinacie, rodziły dzieci z kolejnymi partnerami. W zamierzeniach rodzinnych matki młode zwracały uwagę na uregulowanie swego statusu małżeńskiego oraz na poprawę sytuacji materialnej rodziny, z kolei matki pełnoletnie skupiały się na przyszłości potomstwa. Bycie matką, w odczuciu badanych kobiet, to nobilitacja⁴².

Kierunki wsparcia nastoletnich rodziców z niepełnosprawnością

Nie ulega wątpliwości, że nastoletnie rodzicielstwo jest wyzwaniem dla wielu struktur społecznych. Nabiera ono szczególnego znaczenia w przypadku nastoletnich rodziców z niepełnosprawnością. Istotnym zagadnieniem, zwłaszcza z perspektywy pedagogicznej, jest wsparcie edukacyjne, umożliwiające ukończenie szkoły, kontynuację dalszego kształcenia, a w perspektywie zatrudnienia. Inny aspekt edukacyjny dotyczy przygotowania młodego człowieka do roli rodzica, wypełniania zadań opiekuńczych, pielęgnacyjnych itp. Nie mniej ważne wydaje się wsparcie psychologiczne, ekonomiczne, medyczne czy też prawne. Wynika to między innymi z czynników ryzyka towarzyszących ciężarnym nastolatkom z niepełnosprawnością, do których zalicza się: brak wiedzy seksuologicznej, brak oczekiwań i planów po ukończeniu szkoły, niskie umiejętności społeczne, podatność na wykorzystanie seksualne. Heer, dokonując analizy dokumentów rządowych Zjednoczonego Królestwa oraz wyniki badań różnych autorów, wyeksponowała istotę zasygnalizowanych czynników ryzyka. Przebijającym mankamentem okazało się niedostatecznie udzielane wsparcie nastolatkom na etapie przejściowym, czyli w okresie od ukończenia szkoły do zatrudnienia, a także w czasie dalszego kształcenia i szkolenia zawodowego. Przykładem odpowiedzi społecznej na ten problem jest doświadczenie przywoływanego już miasta Wolverhampton w Anglii, gdzie jego rada powołała wielospecjalistyczne zespoły doradcze. W ich skład weszli różni specjaliści: psycho-

⁴² Tamże, s. 85–90.

log szkolny, wychowawcy, pracownicy wsparcia społecznego, nauczyciele wspomagający proces uczenia się. Pomocą objęto między innymi nastolatków ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi. Badania prowadzone przez Dział Cięż Nastolatek na terenie 28 szkół w obszarze Wschodniego Londynu wykazały niedostatki w jakości przekazywanej wiedzy związanej z edukacją seksualną wśród młodzieży z trudnościami w uczeniu się, która w dużym stopniu deklarowała zaangażowanie w związki o podłożu seksualnym. Zwraca się także uwagę na istotę umiejętności społecznych. Z jednej strony traktuje się je jako zasadniczą formę pomocy w kształtowaniu u nastolatków ich właściwej samooceny, z drugiej decydują o byciu niezależnym, ale też mają znaczenie w podejmowaniu decyzji związanych ze zdrowiem⁴³.

Heidi Adams Rueda, Kristen F. Linton i Lela Rankin Williams, opisując politykę edukacji seksualnej w Stanach Zjednoczonych wyjaśniają, iż nastolatki z niepełnosprawnością są uprawnione do zaadaptowanego wychowania seksualnego i wsparcia zgodnie z Ustawą o poprawie możliwości edukacyjnych osób z niepełnosprawnością z roku 2004 (the Individuals with Disabilities Education Improvement Act of 2004, IDEIA)⁴⁴. Ustawa ta nie nakazuje przystosowania edukacji dotyczącej seksualności do potrzeb uczniów z niepełnosprawnością, wymaga jednakże jej dostosowania do potrzeb uczniów w ogóle. Oprócz szkolnej edukacji seksualnej uczniowie mogą korzystać z nieformalnego wsparcia, które oferują pielęgniarki szkolne, pedagodzy i pracownicy socjalni. Zarówno pielęgniarki szkolne, jak i pedagodzy często koordynują edukację zdrowotną w szkołach. Eksploracje ujawniają, iż pielęgniarki szkolne są w stanie zapewnić badania dotyczące chorób wenerycznych oraz edukować nastolatki w kwestii ciąży i rodzicielstwa⁴⁵. Dane z Centrum Zwalczania i Zapobiegania Chorobom nie zawsze były optymistyczne, a wiązały się ze zbyt małą ilością godzin szkoleniowych, obejmujących edukatorów, na temat ciąży, HIV, innych chorób przenoszonych drogą płciową oraz zapobiegania przemocy⁴⁶. Okazuje się, że szczególną rolę we wspieraniu młodzieży, w tym z niepełnosprawnością, także w kwestii szeroko rozumianej seksualności, pełnią szkolni pracownicy socjalni. Prowadzą oni mikrosystemowe interwencje, takie jak doradztwo bezpośrednie i wsparcie zdrowia psychicznego oraz interwencje mezosystemowe, czyli two-

⁴³ K. Heer, *Teenagers, Pregnancy...*, dz. cyt., s. 2.

⁴⁴ H. Adams Rueda, K.F. Linton, L. Rankin Williams, *School social workers' needs in supporting adolescents with disabilities toward dating and sexual health: a qualitative study*, "Children & Schools" 2014, t. 36, nr 2, s. 80.

⁴⁵ N. Alicea-Alvarez, S.D. Hellier, L.W. Jack, Lundberg, G.G. Lundberg, *A pilot study of Chlamydia screening among high school girls*, "Journal of Nurse Practitioners" 2011, nr 7, [cyt. za:]

H. Adams Rueda, K.F. Linton, L. Rankin Williams, *School social...*, dz. cyt., s. 81.

⁴⁶ Centers for Disease Control and Prevention, *Surveillance for characteristics of health education among secondary schools-school health education programs, 1998*, "Morbidity and Mortality Weekly Report" 49(SS08), [cyt. za:] H. Adams Rueda, K.F. Linton, L. Rankin Williams, *School social...*, dz. cyt., s. 81.

rzenie pozytywnej kultury szkolnej. Ponadto kierują uczniów do struktur egzsystemowych, takich jak organizacja Planned Parenthood⁴⁷. Badania H.A. Ruedy, K.F. Linton i L.R. Williams miały na celu opisanie potrzeb szkolnych pracowników socjalnych we wspieraniu młodzieży licealnej z niepełnosprawnością w zakresie romantycznych związków (relacji randkowych) i zdrowia seksualnego⁴⁸. Analiza wywiadów przeprowadzonych wśród 13 pracowników socjalnych uwypukliła wyraźną potrzebę dostępu do kompleksowej edukacji seksualnej w szkołach. Badani pracowali na terenie stanu z obowiązującą tam polityką wstrzeźliwości. Sugerowali, że taka sytuacja nie pozwala im na omawianie zagadnień dotyczących bezpiecznego seksu i wpływa na ich bezpośrednią pracę z młodzieżą. Według nich edukacja seksualna, obejmująca młodzież z niepełnosprawnością, z reguły dotyczyła rozwoju normatywnego bądź też nie była modyfikowana pod kątem potrzeb tej grupy uczniów. Niektórzy rozmówcy podkreślali konieczność udziału w szkoleniach związanych ze wspieraniem młodzieży z niepełnosprawnością w kwestiach seksualności i aktywności randkowej. Zdawali sobie sprawę, że interwencje muszą być dostosowane do diagnozy niepełnosprawności. A zatem nastolatki, u których stwierdza się znaczne deficyty poznawcze będą wymagały interwencji o charakterze konkretnym, bezpośrednim, interaktywnym i krótkim, uwzględniającym problemy ze skupieniem uwagi lub trudności w pojmowaniu pojęć abstrakcyjnych. Pracownicy socjalni wskazywali na współpracę z nauczycielami specjalizującymi się w pedagogice specjalnej, pielęgniarzkami i z innymi pracownikami socjalnymi, polegającą na projektowaniu dostosowanych programów nauczania (np. kurs „zdrowe związki”), tworzeniu grup mających na celu ćwiczenie umiejętności życiowych, znacznie pomagających w dokonywaniu wyborów dotyczących chociażby randkowania. W ich ocenie ważne dla uczniów mogłyby być spotkania organizowane w szkole z kimś kto podzieliłby się swoimi doświadczeniami (np. przebytą ciążą).

Poza niedostatkami edukacyjnymi pracownicy socjalni wymieniali także deficyt czasu w świadczeniu usług i wiązali go z problemami finansowania szkolnej pracy socjalnej. Podkreślili, że niektórzy nastolatki są niezdolni do występowania w swoim imieniu. Redukcja kadry wspierającej spowodowała znaczne ograniczenia czasowe we wzajemnych spotkaniach z młodzieżą, co szczególnie dotkliwie jest odbierane w kontekście młodzieży z niepełnosprawnością. Tego typu sytuacje bywają niezwykle frustrujące dla pracowników socjalnych. Aby dotrzeć do rodzin w potrzebie, często stają w obliczu konkurencyjnych i równie nagłych przypadków. Powoduje to dyskomfort w poczuciu spełniania swoich obowiązków zawodowych. Wskazywali również na wiele czynników ryzyka,

⁴⁷ L.R. Bronstein, A. Ball, E.A. Mellin, R. Wade-Mdivanian, D. Andenon-Butcher, *Advancing collaboration between school- and agency-employed school-based social workers: A mixed-methods comparison of competencies and preparedness*, „Children & Schools” 2011, nr 33, [cyt. za:] H. Adams Rueda, K.F. Linton, L. Rankin Williams, *School social...*, dz. cyt., s. 81.

⁴⁸ Tamże, s. 81–83.

utrudniających im wspieranie młodzieży z niepełnosprawnością: brak pomocy ze strony rodziny, niski poziom funkcjonowania intelektualnego rodzica – czasem niższy od własnego dziecka, przemoc domowa, negatywne wzorce w rodzinie, ubóstwo, przekaz medialny promujący życie imprezowe i nasycone seksem⁴⁹.

Wspomniane już amerykańskie badania K.H. Jones, D.M. Domenico i J.S. Valente (2006) zmierzały m.in. do określenia rodzaju świadczeń i pomocy, jaka powinna być udzielana uczennicom ciężarnym z niepełnosprawnością i w konsekwencji ich późniejszemu rodzicielstwu. Opieka dzienna okazała się formą najbardziej różnicującą poglądy nauczycieli w zależności od specjalizacji. I tak, większość badanych, którzy byli instruktorami programu GRADS⁵⁰, uważali, że te uczennice powinny mieć zapewnioną opiekę dzienną w czasie zajęć szkolnych. Inna, dość liczna grupa respondentów zajmowała już przeciwne stanowisko. Pozostałe świadczenia brane pod uwagę to: doradztwo, usługi zdrowotne, pomoc indywidualna, opieka wychowawcy, zajęcia z przystosowania do życia i pracy. Badani nauczyciele wymienili także problemy, z którymi musieli się zmierzyć, pracując z uczennicami z trudnościami w uczeniu się i z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim. Wielokrotnie wspomniano o problemach w dostosowywaniu podejmowanych działań oraz o niskim poziomie osiągnięć szkolnych. Zwrócono uwagę na zróżnicowane indywidualne problemy, dotyczące np.: postaw uczniów wobec prowadzonych zajęć, powodów zajścia w ciążę, nierealistycznych celów w Indywidualnych Planach Edukacyjnych, braku motywacji, nierealistycznego nastawienia do rodzicielstwa, postaw młodzieży wobec uczniów z niepełnosprawnością, przerwania udziału w programie dla nastoletnich uczennic w ciąży⁵¹. Podkreślono konieczność stosowania właściwych metod edukacyjnych w pracy z uczennicami z niepełnosprawnością, mających na celu zabezpieczenie ich przed niepożądaną ciążą⁵². Zaskakujące wyniki badań amerykańskich uzyskali w nie tak odległej przeszłości Karen H. Jones, Constance O. Woolcock-Henry i Desirae M. Domenico, stwierdzając między innymi brak danych o programach rodzicielstwa nastolatek z niepełnosprawnością⁵³. W tym miejscu warto przytoczyć badania polskie, prowadzone przez Remigiusza Kijka. Objęto nimi m.in. 200 osób z głębszą niepełnosprawnością intelektualną w wieku od 18 do 35 lat⁵⁴. Jednym z wątków eksploracyj-

⁴⁹ Tamże, s. 83–88.

⁵⁰ Program GRADS (Graduation, Reality, and Dual-role Skills) to program dla nastolatek w ciąży i młodych matek, skoncentrowany na kształtowanie kompetencji w zakresie opanowania umiejętności radzenia sobie w życiu, prowadzenia gospodarstwa domowego, zdobycia pracy i niezależności ekonomicznej, a także na pomoc w ukończeniu szkoły.

⁵¹ K.H. Jones, D.M. Domenico, J.S. Valente, *Incidence of pregnant...*, dz. cyt., s. 30.

⁵² Tamże, s. 30–31.

⁵³ K.H. Jones, C.O. Woolcock-Henry, D.M. Domenico, *Wake up call...*, dz. cyt., s. 93.

⁵⁴ R. Kijk, *Seksualność człowieka z niepełnosprawnością intelektualną a rodzina*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2014, s. IX–XIV.

nych było rodzicielstwo wskazanej populacji osób. Autor badań skupił się w tym obszarze na wyobrażeniach badanych o rodzicielstwie i na ich umiejętnościach w zakresie opieki nad dzieckiem, a także na radzeniu sobie w rolach rodzicielskich osób z niepełnosprawnością intelektualną, które już zostały rodzicami. Okazało się, że ogólna wiedza osób bezdzietnych, jak i posiadających potomstwo o zapłodnieniu, ciąży i narodzinach jest bardzo niewielka, co przekładało się na poziom kompetencji badanych w zakresie opieki nad dzieckiem oraz sposobów radzenia sobie z problemami związanymi z rodzicielstwem. Koncentrując się już na szczegółowych zadaniach rodzicielskich, związanych np. z opieką nad dzieckiem zauważono, że wiedza i umiejętność w tym aspekcie nie jest zła, ale też znajomość technik opiekuńczo-pielęgnacyjnych wobec dziecka nie jest dość wystarczająca. Zadania polegające na przewijaniu dziecka z wykorzystaniem realistycznego modelu lalki, trzymanie dziecka, układanie do snu, nucenie kołysanek, mycie, układanie dziecka w wózku wykonywały lepiej osoby, które posiadały własne potomstwo bądź obserwowały te czynności we własnym domu. Stwierdzono dużą chęć pełnienia roli rodzica wśród badanych osób, niestety zaobserwowano również brak odpowiedniego przygotowania dla pełnego i satysfakcjonującego jej wypełniania⁵⁵.

Obok dyskusji nad edukacyjnym aspektem pomocy nastoletnim rodzicom z niepełnosprawnością sygnalizuje się także konieczność podejmowania szerszych rozwiązań mających na celu wspieranie tej grupy. Opisywane doświadczenia ze Stanów Zjednoczonych pokazują wiele niedociągnięć i błędów, ale też i trudności w realizacji wspomnianych działań. Wiązą się one chociażby z nieprzygotowaną kadrą specjalistów, pracującą z nieletnimi rodzicami z niepełnosprawnością czy też z nie zawsze prostymi sytuacjami umożliwiającymi spełnienie warunków, by otrzymać pomoc finansową. Tamtejsze akty prawne zakładają, że otrzymywanie świadczeń przez nieletnich rodziców z niepełnosprawnością wymaga ich udziału w zajęciach szkolnych i mieszkania w środowisku kontrolowanym przez dorosłych. W skomplikowanej sytuacji będzie znajdował się nieletni rodzic, który pragnie opuścić dom pełen przemocy, nie mający równocześnie możliwości mieszkania w innym środowisku dorosłych. Zdarza się, że młodzi ludzie nie chcą donosić na istniejącą przemoc w rodzinie i jednocześnie rezygnować z wymagań gwarantujących pomoc⁵⁶. W przywoływanych już badaniach K.F. Linton i H. Adams Ruedy większość pracowników socjalnych wyraziło frustrację wynikającą z powodu powtórnych cięż uczennic, a zwłaszcza tych, które dotknięte były niższym stopniem niepełnosprawności intelektualnej (jeden z przedstawionych przypadków opisuje uczennicę posiadającą już dziecko z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu głębokim, która ponownie zaszła w ciążę i poroniła, po czym w ciągu miesiąca okazało się, że znów spo-

⁵⁵ Tamże, s. 107–120.

⁵⁶ N. Seiler, *TANF & Teen Parents with Disabilities*, Center for Law and Social Policy (CLASP), Washington, 2001, s. 2, por. źródło: research.policyarchive.org/14022.pdf [dostęp: 16.09.2016].

dziewa się dziecka). Dziewczęta z niepełnosprawnością w ciąży znajdują się często w skomplikowanej sytuacji potęgowanej przez dodatkowe czynniki ryzyka, zagrażające zdrowiu matki i dziecka i ich dobrostanowi. Zaliczono do nich: występowanie trudnych zachowań będących konsekwencją odstawienia leków z powodu ciąży, znęcanie się partnera nad ciężarną dziewczyną, pragnienie urodzenia dziecka i jego wychowania wbrew woli rodziny ciężarnej uczennicy, rezygnacja ze szkoły z powodu nieradzenia sobie w nowej sytuacji⁵⁷.

W literaturze przedmiotu podkreśla się szczególne trudności pojawiające się na drodze ku rodzicielstwu kobiet z niepełnosprawnością intelektualną⁵⁸. Według niektórych opinii kobiety z niepełnosprawnością intelektualną są wręcz zniechęcane do pełnienia wspomnianej funkcji. Uniemożliwia im się zajęcie w ciąży, wychowywanie dzieci, a zatem odmawia się im spełniania tradycyjnej kobiecej roli matki. Przedstawia się je jako niepełnowartościowe źródła rozrodcze⁵⁹. Można przypuszczać, że postrzeganie osób z niepełnosprawnością intelektualną jako biorców pomocy nie zaś jako jej dawców, stoi w opozycji do wypełniania przez nie roli żywiciela czy rodzica⁶⁰. Badania Lindy K. Jones, Tary E. Binger i ich współpracowników, których celem była ocena postaw prezentowanych przez różne grupy studenckie (pedagogiki ogólnej, pedagogiki specjalnej i położnictwa) wobec seksualności i rodzicielstwa osób z niepełnosprawnością intelektualną wykazały między innymi, że postawy wobec rodzicielstwa są mniej pozytywne niż wobec małżeństwa, współżycia seksualnego lub sterylizacji. Dokonując interpretacji uzyskanych wyników badacze zwracają uwagę, że niewymuszone zachowania seksualne z reguły mają wpływ tylko na jednostkę, z kolei ciąża niesie ze sobą szersze implikacje. Społeczeństwo upatruje ciążę jako stan wymagający pewnych umiejętności, które, w opinii wielu, są poza zasięgiem osób z niepełnosprawnością intelektualną⁶¹. Brak akceptacji rodzicielstwa osób z niepełnosprawnością, a nawet wątpliwości z tym związane, zwłaszcza jeśli bierze się pod uwagę rodziców z niepełnosprawnością intelektualną, blokuje ich wspieranie przez bliskich, a nawet przez specjalistów. Badania nad stanem zdrowia i warunków życia rodziców z niepełnosprawnością intelektualną oraz pełnosprawnych w Wielkiej Brytanii w wieku od 16. do 49. roku życia, obejmujące 14 371 osób, pozwoliły również zaobserwować, iż rodzice z niepeł-

⁵⁷ K.F. Linton, H. Adams Rueda, *Experiences with...*, dz. cyt., s. 97–98.

⁵⁸ L.K. Jones, T.E. Binger, Ch.R. Mckenzie, P. Ramcharan, K. Nankervis, *Sexuality, pregnancy...*, dz. cyt., s. 48.

⁵⁹ C. Collins, *Reproductive technologies for women with physical disabilities*, "Sexuality and Disability" 1999, t. 17(4); O. Prillentsky, *A ramp to motherhood: The experiences of mothers with physical disabilities*, "Sexuality and Disability" 2003, t. 21(1), [cyt. za:] L.K. Jones, T.E. Binger, Ch.R. Mckenzie, P. Ramcharan, K. Nankervis, *Sexuality, pregnancy...*, dz. cyt., s. 48.

⁶⁰ R. Olsen, H. Clarke, *Parenting and disability: Disabled parents' experiences of raising children*, The Policy Press, Bristol 2003; C. Collins, *Reproductive technologies for women with physical disabilities*, "Sexuality and Disability" 1999, t. 17(4), [cyt. za:] L.K. Jones, T.E. Binger, Ch.R. Mckenzie, P. Ramcharan, K. Nankervis, *Sexuality, pregnancy...*, dz. cyt., s. 48.

⁶¹ Tamże, s. 50–58.

nosprawnością intelektualną doświadczają mniejszego udziału w kapitale społecznym grup sąsiedzkich (postrzeganie jakości sąsiedztwa oraz aktywności obywatelskiej i społecznej) oraz otrzymują mniejsze wsparcie międzypokoleniowe⁶².

Zakończenie

Nastoletnie rodzicielstwo to zjawisko obecne nie tylko w polskiej rzeczywistości. Różne statystyki zwracają uwagę na obniżanie skali jego występowania. Trudno jednak spodziewać się, że będzie to problem całkowicie nieistniejący. Stąd permanentna konieczność podejmowania badań interdyscyplinarnych, które w efekcie umożliwią konstruowanie systemu wsparcia nastoletniego rodzicielstwa. Należy podkreślić, iż wyzwanie to jest szczególnie istotne z perspektywy nastolatków z niepełnosprawnością. Poszukiwania badawcze, po części zaprezentowane w przedstawionych doniesieniach źródłowych, pozwoliły wysunąć wniosek, iż wciąż brakuje danych statystycznych dotyczących rodzicielstwa nastolatków z niepełnosprawnością, zarówno macierzyństwa, jak i ojcostwa. Okazuje się, że również w krajach wysoko rozwiniętych system wsparcia nastoletnich rodziców z niepełnosprawnością nie jest zadowalający, a nawet powstaje wątpliwość czy taki system w ogóle istnieje. Wiele rozwiązań pomocowych nie odnosi pożądanego skutku. Zdarza się, że młodzi rodzice nie kontynuują edukacji, nie znajdują zatrudnienia, pozostają w trudnej sytuacji ekonomicznej. Nie radzą sobie też w relacjach osobistych. Niejednokrotnie nie są w stanie przetrwać próby czasu bycia w związku małżeńskim czy też partnerskim. Nie zawsze radzą sobie z wychowaniem dzieci. Negacja ich rodzicielstwa, sposób wychowania, jakiego sami doświadczali nie pozostaje obojętny w realizacji zdań rodzicielskich. Zdarza się, że decyzja bycia rodzicem jest podejmowana z pominięciem ich odczuć i stanowiska w tej, jakże ważnej, życiowej decyzji. Sytuacja ta nie zawsze wynika ze względów prawnych. Niepokoją również informacje o niezdrowym stylu życia młodych matek z niepełnosprawnością, będących w ciąży. Zasygnalizowane trudności, jakich doświadczają nastoletni rodzice z niepełnosprawnością nie wyczerpują skali problemów.

Nastoletnie rodzicielstwo wymaga wspierania, niezależnie od tego czy mamy na myśli nastolatków pełnosprawnych, czy też z niepełnosprawnością. Oczywiście, niepełnosprawność z reguły determinuje sposób i zakres udzielanej pomocy. Już na etapie edukacji seksualnej sposób przekazywanych treści, dobór metod i środków dydaktycznych musi uwzględniać potrzeby i możliwości percepcyjne i poznawcze ucznia. Uwaga ta również przekłada się na edukowanie

⁶² E. Emerson, G. Llewellyn, C. Hatton, G. Hindmarsh, J. Robertson, W.Y.N. Man, S. Baines, *The health of parents with and without intellectual impairment in the UK*, "Journal of Intellectual Disability Research" 2015, t. 59, nr 12, s. 1151–1152.

dziewcząt będących w ciąży, w położu, ale i nastoletnich rodziców z niepełnosprawnością wobec zadań rodzicielskich. Niestety w szkołach specjalnych nie zawsze są realizowane programy profilaktyczne na rzecz zapobiegania przedwczesnemu rodzicielstwu. Nastolatki z niepełnosprawnością, oczekujący potomstwa lub będący już rodzicami, nie są obejmowani programami przeznaczonymi dla nastoletnich rodziców⁶³ bądź też nie są one dostosowane do ich specjalnych potrzeb. Wspomniany obszar edukacji wymaga również odpowiedniego przygotowania kadry pedagogicznej, a także innych specjalistów. Szczególnej i wielozakresowej pomocy mogą potrzebować rodzice przejmujący opiekę nad potomstwem nastoletnich dzieci z niepełnosprawnością bądź instytucje (np. domy samotnych matek), w których specjalistyczne wsparcie (np. pedagoga specjalnego) nie jest codziennością. Kijak, w kontekście osób z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu głębszym, pisze, że wspieranie ich rodzicielstwa powinno być jednym z działań systemu pomocy społecznej. Obok edukacji tych osób w zakresie opieki nad dzieckiem, pracy nad sobą, samooceną, własnymi kompetencjami konieczne staje się wsparcie pielęgniarki środowiskowej i lekarza⁶⁴. Jak zaznacza, w Polsce w zasadzie nie istnieje system społecznego wsparcia polegający na doraźnej pomocy i specjalistycznym poradnictwie⁶⁵. Czy obraz utrudnionego rodzicielstwa osób z niepełnosprawnością wyklucza szanse stawiania się matką lub ojcem w obliczu zbyt wczesnego doświadczenia tej sytuacji?

Bibliografia

- Adams Rueda H., Linton K.F., Rankin Williams L., *School Social Workers' Needs in Supporting Adolescents with Disabilities toward Dating and Sexual Health: A Qualitative Study*, "Children & Schools" 2014, t. 36, nr 2.
- Bidzan M., *Nastoletnie rodzicielstwo. Perspektywa psychologiczna*, Wydawnictwo Harmonia Universalis, Gdańsk 2013.
- Dmoch-Gajzerska E., Mazurkiewicz B., *Przygotowanie kobiet niepełnosprawnych do prokreacji i macierzyństwa*, „Niepełnosprawność i Rehabilitacja” 2011, nr 4.
- Emerson E., Llewellyn G., Hatton C., Hindmarsh G., Robertson J., Man W.Y.N., Baines S., *The health of parents with and without intellectual impairment in the UK*, "Journal of Intellectual Disability Research" 2015, t. 59, nr 12.
- GUS (Główny Urząd Statystyczny), *Rocznik Demograficzny. Demographic Yearbook of Poland*, Zakład Wydawnictw Statystycznych, Warszawa 2015.
- Heer K., *Teenagers, Pregnancy, Learning Disabilities: Wolverhampton City in Context*, "Journal of Health and Social Care Improvement" 2008 [b.n.w.].
- Jones K.H., Domenico D.M., Valente J.S., *Incidence of pregnant and parenting teens with disabilities within FACS programs*, "Journal of Family and Consumer Sciences Education" 2005, t. 24, nr 2.

⁶³ Niepublikowane dotąd informacje z badań własnych nad nastoletnim rodzicielstwem dziewcząt i chłopców z niepełnosprawnością (dane uzyskane w czerwcu 2016 r.).

⁶⁴ R. Kijak, *Seksualność człowieka...*, dz. cyt., s. 120.

⁶⁵ Tamże, s. 119.

- Jones K.H., Woolcock-Henry C.O., Domenico D.M., *Wake up call: pregnant and parenting teens with disabilities*, "The International Journal of Special Education" 2005, t. 20, nr 1.
- Jones L.K., Binger T.E., Mckenzie Ch.R., Ramcharan P., Nankervis K., *Sexuality, pregnancy and midwifery care for women with intellectual disabilities: A pilot study on attitudes of university students*, "Contemporary Nurse" 2010, t. 35 (1).
- Kijak R., *Seksualność człowieka z niepełnosprawnością intelektualną a rodzina*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2014.
- Królikowska S., *Sytuacja społeczna młodocianych matek*, [w:] A. Kotlarska-Michalska (red.), *Dysfunkcje rodziny*, Seria: *Roczniki Socjologii Rodziny. Studia socjologiczne oraz interdyscyplinarne*, t. XXI (2011), Wydawnictwo Naukowe UAM, Poznań.
- Linton K.F., Adams Rueda H., *Experiences with Pregnancy of Adolescents with Disabilities from the Perspectives of the School Social Workers Who Serve Them*, "Health & Social Work" 2014, t. 39, nr 2.
- Lizoń-Szłapowska D., *Usamodzielnianie wychowanek specjalnych ośrodków szkolno-wychowawczych*, „Problemy Opiekuńczo-Wychowawcze” 2004, nr 8.
- Pałała O., Podgórnik M., Sadowska M., Wdowiak A., Piróg M., Putowski M., Zawiślak J., *Młodociane macierzyństwo jako problem medyczny i społeczny*, "European Journal of Medical Technologies" 2014, nr 2(3).
- Ratajczak Ł.P., *Ojcostwo w doświadczeniach niepełnoletnich chłopców*, Wydawnictwo Naukowe UAM, Poznań 2016.
- Resler A., *Dzieci mają dzieci*, „Psychologia w Szkole” 2014, nr 4.
- Rycel M., Wilczyński J., Sobala W., Nowakowska D., *Analiza przebiegu ciąży i porodu u nastolatek w latach 2000–2006. Analysis of teenage pregnancy outcome and delivery between 2000 and 2006*, „Ginekologia Polska” 2008, nr 12.
- Seiler N., *TANF & Teen Parents with Disabilities*, Center for Law and Social Policy (CLASP), Washington, 2001, por. źródło: research.policyarchive.org/14022.pdf [dostęp: 16.09.2016].
- Shandra C.L., Chowdhury A.R., *The first sexual experience among girls with and without disabilities*, "Journal of Youth and Adolescence" 2012, nr 41.
- Sidorczuk D., *Problem wczesnego macierzyństwa wychowanek ze specjalnych ośrodków szkolno-wychowawczych a czynniki powodujące powstawanie tego zjawiska*, „Niepełnosprawność i Rehabilitacja” 2002, nr 3.
- Smith D.D., *Pedagogika specjalna*, t. 1, (red. nauk.) A. Firkowska-Mankiewicz, G. Szumski, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2009.
- Teenage Pregnancy – March of Dimes, por. źródło: <http://www.marchofdimes.org/materials/teenage-pregnancy.pdf> [dostęp: 15.09.2016].
- Zawiślak A., *Jakość życia rodzinnego młodocianych i pełnoletnich matek z niepełnosprawnością intelektualną*, [w:] Z. Janiszewska-Nieścioruk (red.), *Sfery życia osób z niepełnosprawnością intelektualną*, Oficyna Wydawnicza „Impuls”, Kraków 2005.