



IZABELA KRASIEJKO\*

## REKOMENDACJE DOTYCZĄCE PRACY Z KOBIETĄ W CIĄŻY PIJĄCĄ ALKOHOL – PERSPEKTYWA ASYSTENTÓW RODZINY

### ABSTRAKT

Praca z rodzinami z dziećmi pod postacią asystentury rodziny jest prowadzona w Polsce od ponad 10 lat. Asystent rodziny pracuje z rodzinami w celu wzmocnienia ich umiejętności opiekuńczo-wychowawczych i pomocy w sprawach związanych z domem i rodziną. Prowadzi również koordynację poradnictwa dla kobiet w ciąży. Rodziny różnie radzą sobie z trudnościami życiowymi. Alkohol postrzegany jest jako jednym ze sposobów samoregulacji emocji. Picie alkoholu przez kobiety w ciąży może prowadzić u ich dzieci do FASD, czyli spektrum płodowych zaburzeń poalkoholowych. Asystenci rodziny są więc jednym z zawodów pomocowych, które mogą przeciwdziałać temu zjawisku. W niniejszym artykule przedstawiono doświadczenia asystentów rodziny w pracy z kobietami w ciąży używającymi alkoholu oraz ich opinie na temat sposobów zapobiegania i leczenia uzależnień u przyszłych matek.

**SŁOWA KLUCZOWE:** praca z kobietą w ciąży spożywających alkohol, asystentura rodziny, współpraca multiprofesjonalna zawodów pomocowych

### WPROWADZENIE

Z uwagi na to, że ok. 30% kobiet przyznało się do używania alkoholu w ostatnio prowadzonych ogólnopolskich badaniach na ten temat, a rocznie rodzi się ok. 9000 dzieci z zaburzeniami spowodowanymi spożyciem alkoholu przez matkę w ciąży, w szczególności z syndromem

---

\* Uniwersytet Humanistyczno-Przyrodniczy im. Jana Długosza w Częstochowie, Ogólnopolskie Stowarzyszenie Asystentów Rodziny; ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2158-903X>

określanym skrótem FASD (*Fetal Alcohol Syndrome Disorder*), co jakiś czas prowadzone są debaty na temat postępowania w zakresie przeciwdziałania temu zjawisku<sup>1)</sup>.

Nisko oceniany jest udział pracowników ochrony zdrowia w zakresie informowania kobiet o szkodliwości picia alkoholu w ciąży (m.in. Banach, Konieczna, 2010; Żuralska i in., 2011; Żukiewicz-Sobczak, Paprzycki, 2013).

Barbara Bernfeld i Jacek Mazurkiewicz w materiałach z 2016 r.<sup>2)</sup>, których tytuł „Za młody, by pić” odnosił się do hasła międzynarodowej kampanii społecznej, zaproponowali w art. 24 ustawy z 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi zmiany umożliwiające rozpoczęcie procedury kierowania na leczenie kobiet pijących w ciąży: „Osoby, które w związku z nadużywaniem alkoholu powodują zagrożenie dla życia lub zdrowia swojego nienarodzonego dziecka, rozkład życia rodzinnego, demoralizację małoletnich, uchylają się od pracy albo systematycznie zakłócają spójność lub porządek publiczny, kieruje się niezwłocznie na badanie przez biegłego w celu wydania opinii w przedmiocie uzależnienia od alkoholu i wskazania rodzaju zakładu leczniczego”. Dla zapewnienia jak najszybszej ochrony dziecka poczętego konieczna według nich jest nowelizacja także art. 29 ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi w taki sposób, aby termin przeprowadzenia rozprawy, po której zapada orzeczenie o obowiązku poddania się leczeniu, był krótszy niż płynący od daty wpływu wniosku dotychczasowy termin miesięczny. Zmiana ta powinna brzmieć: „Orzeczenie o obowiązku poddania się leczeniu zapada po przeprowadzeniu rozprawy, która powinna odbyć się w terminie tygodnia od dnia

---

<sup>1)</sup> Wyniki raportów badawczych przeprowadzonych przez TNS OBOP w latach 2009–2010 na zlecenie ZP PPS – Opinie Polaków na temat spożywania alkoholu przez kobiety w ciąży za: *Polska rodzina w ciąży*, <https://www.dzieckokrzywdzone.fdds.pl/index.php/DK/article/viewFile/516/383> (dostęp: 14.07.2022); raport z 2013 r. *Zachowania zdrowotne kobiet w ciąży*, file:///C:/Users/ikras/Downloads/Zachowania\_zdrowotne\_kobiet\_w\_ci%C4%85%C5%BCy\_-\_raport\_IMW\_w\_Lublinie.PDF oraz Banach, M., Konieczna, Z. (2010). Świadomość kobiet dotycząca zagrożeń związanych z pićem w czasie ciąży. W: M. Banach, T.W. Gierat (red.), *Z zagadnień profilaktyki zagrożeń społecznych*, <https://docplayer.pl/13286222-Z-zagadnien-profilaktyki-zagrozen-spolecznych.html>, dostęp: 14.07.2022.

<sup>2)</sup> [https://www.bibliotekacyfrowa.pl/Content/77815/PDF/Brenfeld\\_B\\_Mazurkiewicz\\_J\\_Za\\_mlody\\_by\\_pic\\_Naruszenie\\_prawa\\_do\\_zycia\\_lub\\_zdrowia\\_dziecka\\_przez\\_pijace\\_alkohol\\_kobiety\\_ciezarne.pdfs](https://www.bibliotekacyfrowa.pl/Content/77815/PDF/Brenfeld_B_Mazurkiewicz_J_Za_mlody_by_pic_Naruszenie_prawa_do_zycia_lub_zdrowia_dziecka_przez_pijace_alkohol_kobiety_ciezarne.pdfs), s. 23–24, dostęp: 16.07.2022.

wpływu wniosku”. Aby uchronić dziecko od zagrożenia powodowanego przez nadużywającą alkoholu matkę, należałoby według tych autorów wykorzystać także unormowanie przewidziane w art. 27 ust. 2 tej ustawy, zgodnie z którym sąd „może, jeżeli na podstawie opinii biegłego uzna to za niezbędne, zarządzić oddanie badanej osoby pod obserwację w zakładzie leczniczym na czas nie dłuższy niż 2 tygodnie. W wyjątkowych wypadkach, na wniosek zakładu, sąd może termin ten przedłużyć do 6 tygodni”. Uważali oni także, że w odniesieniu do kobiety ciężarnej nadużywającej alkoholu sąd powinien zawsze zarządzać takie umieszczenie. Mógłby odstąpić tylko od tego w wyjątkowych przypadkach.

Rok później, czyli w 2017 r. poprzedni Rzecznik Praw Dziecka – Marek Michałak, w skierowanym do Prezydenta Andrzeja Dudy liście wskazywał również, że „należy uruchomić procedurę, na podstawie której kobieta będąca w ciąży, działająca na szkodę swojego dziecka poprzez spożywanie alkoholu, narkotyków lub innych substancji psychoaktywnych, może zostać skierowana przez sąd na leczenie szpitalne we wskazanym zakładzie leczniczym. Procedura ta powinna być uregulowana na poziomie ustawowym, a odpowiednim miejscem dla nowych przepisów – zdaniem Rzecznika – jest kodeks rodzinny i opiekuńczy, jako podstawa materialna oraz kodeks postępowania cywilnego, jako podstawa procesowa”. Rzecznik w kontekście proponowanej inicjatywy zwracał uwagę, że wprowadzenie podobnych przepisów jest konieczne z racji ochrony praw dziecka poczętego, które w wyniku prenatalnej intoksykacji alkoholem narażone zostaje bądź to na śmierć, bądź też na pojawienie się u niego po porodzie Alkoholowego Zespołu Płodowego – FAS (*Fetal Alcohol Syndrome*). Przy czym podkreślano, że wszelkie działania podejmowane z kobietami pijącymi alkohol w ciąży oraz używającymi innych środków psychoaktywnych nie są inicjatywami skierowanymi przeciwko kobiecie w ciąży (za: Kmiecik, 2018, s. 179–181).

Należy zaznaczyć, że izolacja uzależnionej kobiety w ciąży nie miała mieć charakteru karnego. Propozycje te nie odnosiły się do pojęcia czynów karalnych bądź też określonej sankcji. Dotyczą one natomiast znanego m.in. w psychiatrii podejścia wskazującego na konieczność zabezpieczenia pacjenta przed nim samym. Działanie to jest podejmowane z racji doświadczanych przez daną osobę objawów, które uniemożliwiają jej racjonalną i krytyczną ocenę własnej sytuacji zdrowotnej (Puzyński, 2015).

Rozwiązanie spotkało się z przeciwstawnym głosem ówczesnego Rzecznika Praw Obywatelskich – Adama Bodnara. Jego zdaniem „przymusowa

izolacja kobiet pijących alkohol, używających narkotyków lub innych substancji psychoaktywnych w czasie ciąży byłaby nieproporcjonalną ingerencją w sferę wolności jednostki. Choć projekt RPD stanowi próbę odpowiedzi na istotny problem społeczny i zmierza do ochrony niezwykle ważnego dobra, jakim jest zdrowie i życie dzieci, w obecnym kształcie budzi zbyt istotne wątpliwości co do jego zgodności z Konstytucją RP i wiążącymi Polskę umowami międzynarodowymi. Zaproponowana regulacja może naruszać prawo do wolności osobistej, godności człowieka, czy też budzić wątpliwości co do proporcjonalności środka polegającego na faktycznym pozbawieniu wolności do deklarowanego celu<sup>3)</sup>.

Ponadto zauważono w propozycji Rzecznika Praw Dziecka braki w zakresie rozwiązań organizacyjnych. Nie podano np., jakie placówki mają podejmować interwencje terapeutyczne wobec uzależnionych pacjentek w ciąży. Nie wskazano, czy mają to być oddziały leczenia uzależnień, ośrodki leczenia uzależnień czy też np. oddziały psychiatryczne prowadzące terapię dla wskazanej grupy pacjentów (Ciechanowski, Chmielewska, Czyż, 2010). W zaproponowanych projektach modyfikacji przepisów ustawowych nie odniesiono się ponadto do specyfiki działań medycznych, jakie winny być podejmowane w tego typu placówkach. Nie wiadomo, w jaki sposób, a nade wszystko nie wiadomo, kto z personelu odpowiedzialny byłby za ochronę bezpieczeństwa zdrowotnego kobiety w ciąży i dziecka poczętego. W takiej sytuacji konieczne byłoby zatrudnienie w oddziałach odwykowych zarówno ginekologów, jak i położnych (Kmieciak, 2018).

Rzecznik Praw Obywatelskich dostrzegł jednak potrzebę, by zająć się tym problemem, i zaproponował debatę na temat przeciwdziałania FAS. Zwrócił też uwagę na możliwości obecnego prawa. Jego zdaniem wiele można by osiągnąć, wykorzystując lepiej już istniejące środki w przypadku osób faktycznie uzależnionych od alkoholu lub substancji psychotropowych, jak również za pomocą działań mniej intryzywnych w przypadku osób, które po alkohol lub narkotyki sięgają jedynie okazjonalnie. Przede wszystkim jego zdaniem należy zwrócić uwagę na potrzebę upowszechniania wiedzy na temat skutków picia i używania narkotyków w ciąży<sup>4)</sup>.

---

3) <https://bip.brpo.gov.pl/pl/content/projekt-ustawy-o-przymusowej-izolacji-kobiet-pijacych-alkohol-i-uzywajacych-narkotykow-podczas-ciazy>, dostęp: 14.07.2022.

4) <https://bip.brpo.gov.pl/pl/content/projekt-ustawy-o-przymusowej-izolacji-kobiet-pijacych-alkohol-i-uzywajacych-narkotykow-podczas-ciazy>, dostęp: 14.07.2022.

W 2018 r. przez Rzecznika Praw Dziecka zainicjowana została kampania „Kocham. Nie piję”, **uświadamiająca kobietom w ciąży szkodliwość nawet śladowej ilości alkoholu**<sup>5)</sup>. Tego typu akcje edukacyjne prowadzone są bardziej okazjonalnie niż systematycznie w różnych gminach przez sektor edukacji lub pomocy społecznej. Wszelkie działania tego typu mają na celu:

- ochronę zdrowia i życia kobiety w ciąży oraz zdrowia i życia jej dziecka w prenatalnej fazie jego rozwoju;
- ochronę unikalnej relacji, jaka łączy kobietę w tym stanie i jej dziecko (nałóg stanowi realne zagrożenie dla tej relacji);
- ochronę dzieci w prenatalnym okresie rozwoju przed uszkadzającym działaniem alkoholu, a więc ochronę przed syndromem FAS i innymi zaburzeniami;
- ochronę dzieci w prenatalnym okresie rozwoju przed uszkadzającym działaniem innych substancji psychoaktywnych;
- zapobieganie śmierci dziecka w prenatalnym okresie jego rozwoju, śmierci w wyniku zatrucia alkoholem lub innymi substancjami psychoaktywnymi (za: Kmiecik, 2018).

Wracając po kilku latach do tematu na poziomie władz centralnych, w listopadzie 2021 r. Ministerstwo Rodziny i Polityki Społecznej poprosiło Ogólnopolskie Stowarzyszenie Asystentów Rodziny o podzielenie się doświadczeniami asystentów rodziny z pracy z kobietami w ciąży używającymi alkoholu. W zawiązku z tym przeprowadziłam badania sondażowe.

## ZADANIA ASYSTENTÓW RODZINY

Zanim przejdę do przedstawienia wyników badań zleconych przez Ministerstwo, zaprezentuję zadania asystenta rodziny. Asystent rodziny, co podkreśla często Ministerstwo Rodziny i Polityki Społecznej, jest od 2012 r. jednym z najważniejszych zawodów pomocowych realizujących politykę rodzinną w Polsce. Od jego pracy zależy realizacja wspierania rodzin biologicznych wychowujących dzieci, reintegracja rodzin, gdy dziecko przebywa w pieczy zastępczej, oraz powodzenie procesu deinstytucjonalizacji pieczy zastępczej poprzez rozwój usług społecznych w środowisku. Asystentura

---

<sup>5)</sup> [http://kurator.info/wp-content/uploads/2018/06/rzecznik\\_praw\\_dziecka\\_-\\_kampania\\_kocham.\\_nie\\_pije\\_zainaugurowana\\_-\\_2018-06-041.pdf](http://kurator.info/wp-content/uploads/2018/06/rzecznik_praw_dziecka_-_kampania_kocham._nie_pije_zainaugurowana_-_2018-06-041.pdf), dostęp: 14.07.2022.

rodziny jest jedną z usług prowadzonych nie tylko przez ośrodki pomocy społecznej, lecz także przez nowo powstałe centra usług społecznych i organizacje pozarządowe.

Zadania asystenta rodziny są określone w art. 15.1 ustawy o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej. Szeroki ich wachlarz obejmuje czynności z zakresu zarówno pedagogizacji rodziców, pracy socjalnej, aktywizacji społecznej i zawodowej, jak i interwencji. Asystent rodziny ma za zadanie opracowanie oraz realizację planu pracy z rodziną we współpracy z członkami rodziny i w konsultacji z pracownikiem socjalnym lub we współpracy z koordynatorem rodzinnej pieczy zastępczej, w przypadku dziecka umieszczonego w pieczy zastępczej. Rolą asystenta rodziny jest pomoc rodzinie w poprawie jej sytuacji życiowej, nauka prawidłowego prowadzenia gospodarstwa domowego, a także pomoc rodzinom w rozwiązywaniu problemów socjalnych, psychologicznych i wychowawczych. Ponadto asystent rodziny wspiera aktywność społeczną i zawodową rodziny, motywuje jej członków do podnoszenia kwalifikacji zawodowych. Do jego zadań należą także: motywowanie do udziału w zajęciach grupowych dla rodziców, mających na celu kształtowanie prawidłowych wzorców rodzicielskich i umiejętności psychospołecznych, udzielanie wsparcia dzieciom, w szczególności poprzez udział w zajęciach psychoedukacyjnych, interwencje w sytuacjach zagrożenia bezpieczeństwa dzieci i rodziny, prowadzenie indywidualnych konsultacji wychowawczych dla rodziców oraz dzieci. Asystent w swojej pracy współpracuje z zespołem interdyscyplinarnym do spraw przemocy w rodzinie. Na wniosek sądu pisze opinię o sytuacji w rodzinie i jej członkach.

Od 1 stycznia 2017 r., z dniem wejścia w życie ustawy o wsparciu kobiet w ciąży i rodzin „Za życiem”, poszerzył się obszar działań asystenta rodziny poprzez przypisanie mu funkcji koordynatora kompleksowego wsparcia (poradnictwa) dla kobiet w ciąży i ich rodzin, ze szczególnym uwzględnieniem kobiet w ciąży powikłanej, kobiet w sytuacji niepowodzeń położniczych oraz wsparcia rodzin dzieci, u których zdiagnozowano „ciężkie i nieodwracalne upośledzenie albo nieuleczalną chorobę zagrażającą ich życiu, która powstała w prenatalnym okresie rozwoju dziecka lub w czasie porodu”. Ponadto do działań asystenta należy współpraca z innymi służbami z różnych systemów, w tym z podmiotami udzielającymi świadczeń zdrowotnych, pracującymi na rzecz kobiety w ciąży i jej rodziny (zob. art. 2, ust. 3 Ustawy „Za życiem”, art. 2, ust. 3, art. 3, ust. 2 i art. 15 Ustawy o wspieraniu rodziny). Celem oddziaływań asystenta rodziny w ramach

realizacji ustawy i programu „Za życiem” jest lepsze funkcjonowanie kobiet w ciąży, w szczególności ciąży powikłanej oraz w sytuacji niepowodzeń położniczych, oraz rodzin z dzieckiem z niepełnosprawnością poprzez koordynację poradnictwa w zakresie pielęgnacji, opieki i wychowania dziecka z niepełnosprawnością oraz prawa czy pomocy psychologicznej, rehabilitacji społecznej i zawodowej oraz świadczeń opieki zdrowotnej (art. 8.1. Ustawy „Za życiem”). Do zadań asystenta należy w tym przypadku (Krasiejko (red.), 2017) wsparcie i towarzyszenie emocjonalne, zapoznanie kobiety w ciąży i/lub rodziny z Informatorem „Uprawnienia w ramach ustawy dla kobiet w ciąży i rodzin «Za życiem»” z dnia 16.02.2017 r. dotyczącym możliwości wsparcia, opracowanie wspólnie z kobietą w ciąży i/lub rodziną indywidualnego katalogu możliwego wsparcia, koordynacja poradnictwa i wsparcia dla kobiet i/lub rodziny (art. 8, ust. 1 i 2) oraz występowanie przez asystenta rodziny w imieniu osób, na ich żądanie, do podmiotów (z wyłączeniem świadczeniodawców) w celu umożliwienia im skorzystania ze wsparcia, na podstawie pisemnego upoważnienia (art. 8, ust. 3 Ustawy „Za życiem”).

Jak wynika z przedstawionego opisu, w obszarze oddziaływania asystentów rodziny znajdują się kobiety w ciąży. Z uwagi na to, że głównie pracują z kobietami z enklaw biedy, które same pochodzą z rodzin dysfunkcyjnych, to część klientek będzie miała tendencje do sięgania po środki odurzające. Z badań dotyczących traumy wynika bowiem, że osoby z zaburzeniami posttraumatycznymi jako sposób na regulację emocji lub znieczulenia, by nie cierpieć, wybierają używanie substancji psychoaktywnych (van der Kolk, 2019, s. 158, 347). Informacja ta ma znaczenie w przypadku pracy asystentów z kobietami, które były zaniedbywane, maltretowane lub molestowane w dzieciństwie lub/i w dorosłym życiu doświadczają przemoc domowej. Osoby, które były krzywdzone przez bliskich, są siedmiokrotnie częściej narażone na alkoholizm niż osoby bez takich doświadczeń (van der Kolk, 2019, s. 191).

Przez Ogólnopolskie Stowarzyszenie Asystentów Rodziny (Krasiejko, 2016, 2022) rekomendowane jest, by realizacja zadań asystenta rodziny odbywała się głównie z zastosowaniem schematu wspierającego i mobilizującego członków rodziny do zmian w ich życiu, przy ograniczeniu schematu biurokratycznego i kontrolnego, które są dominujące w działaniu innych profesji społecznych (np. pracownika socjalnego, kuratora sądowego, policji). Jeśli bowiem działania asystentów rodziny dotyczą wspierania, porad-

nictwa, edukacji i motywowania opartego na niedyrektywnych metodach oraz dają możliwość rodzicom współuczestnictwa na kolejnych etapach pracy nad zmianą w rodzinie, to ten model pracy nazwać można wspierająco-pedagogizującym. Jeśli zaś asystent rodziny poprzez niezapowiedziane wizyty stara się wychwycić dysfunkcje w jej systemie, ocenia, konfrontuje rodziców ze skutkami działań oraz kieruje z pozycji władzy organizacją i realizacją spraw rodziny, przejmuje inicjatywę w wychowywaniu dzieci, często wyręcza rodziców w ich obowiązkach, to będziemy mieć do czynienia z modelem opiekuńczo-kontrolującym (szerzej: Krasiejko, 2022; Kamińska-Jatczak, 2021).

## ZARYS METODOLOGII BADAŃ WŁASNYCH

Celem badań było zbadanie i opis opinii oraz doświadczeń asystentów rodziny na temat przyczyn używania alkoholu przez kobiety i sposobów pracy z klientkami używającymi alkoholu, będących w ciąży. Celem praktycznym było wypracowanie rekomendacji dotyczących pracy z tą kategorią klientów.

Postawiono następujące pytania badawcze:

1. Jakie są przyczyny używania alkoholu przez ciężarne klientki zdaniem badanych?
2. Jakie są deklaracje badanych asystentów rodziny na temat realizowanych przez nich czynności z kobietą w ciąży mającą skłonności do używania alkoholu i/lub innych środków psychoaktywnych?
3. Jakie trudności zgłaszają asystenci w pracy z tą kategorią klientów?
4. Jakie są propozycje asystentów rodziny dotyczące sposobów efektywnej pracy z kobietą w ciąży i jej rodziną?

Badanie przeprowadziłam metodą sondażu diagnostycznego z wykorzystaniem internetowego kwestionariusza ankiety w okresie listopad 2021 – styczeń 2022 r. Kwestionariusz ankiety był umieszczony na platformie Google. Prośba o jego wypełnienie była wysłana różnymi drogami (e-mail, Facebook) przez Ogólnopolskie Stowarzyszenie Asystentów Rodziny. Kwestionariusz zawierał dziesięć pytań, zarówno zamkniętych, jak i otwartych, pozwalających na szersze wypowiedzi asystentów rodziny, w tym opis pracy z przypadkiem.

W badaniu wzięło udział 254 asystentów rodziny z całej Polski, w tym 46,4% pracujących w środowisku miejskim, 20,4% miejsko-wiejskim i 33,2%, wiejskim. Jeśli chodzi o staż pracy, to największą grupę bada-



nych – 55,2% – stanowili asystenci rodziny pracujący w zawodzie powyżej pięciu lat, 33,2% od dwóch do pięciu lat oraz 11,6% do dwóch lat. Można więc powiedzieć, że w badaniu uczestniczyły osoby mające doświadczenie w pracy z kobietami w ciąży i rodzinami z problemem alkoholowym. Większość z nich (66%) deklarowała, że pracowała z kobietą w ciąży używającą alkoholu. Asystenci rodziny mieli możliwość podzielenia się swoimi doświadczeniami, zarówno trudnościami, jak i dobrymi praktykami w pracy z tą kategorią klientów. Mogli też wyrazić swoje opinie na temat działań systemów pomocy społecznej, ochrony zdrowia i sprawiedliwości na rzecz kobiet w ciąży pijących problemowo, jak również sformułować rekomendacje w zakresie rozwiązań lokalnych i ogólnopolskich.

## ANALIZA WYNIKÓW BADAŃ

### 1. Przyczyny używania środków psychoaktywnych przez kobiety w czasie ciąży w opinii badanych

Zdaniem asystentów rodziny uczestniczących w badaniach większość ich klientek spożywających alkohol w ciąży nie ma wiedzy i nie zdaje sobie sprawy, jakie uszkodzenia płodu może spowodować alkohol lub inne środki psychoaktywne. Pochodzą one z rodzin, w których na co dzień nadużywało się alkoholu. Klientki żyją w środowiskach, gdzie są namawiane do jego picia przez partnera, krewnych lub znajomych i nie potrafią odmówić ze względu na niskie umiejętności społeczne. W wielu rodzinach objętych asystenturą wypicie kilku piw wieczorem czy nawet w ciągu dnia jest rytuałem, nawykiem czy częścią codziennego życia. Ponadto do tej pory panują mity, że od kieliszka czerwonego wina przybywa czerwonych krwinek lub wypicie jednego piwa nie wpłynie negatywnie na płód.

Kobiety te mają niskie poczucie własnej wartości, są źle traktowane przez najbliższe otoczenie, brakuje im wsparcia i pomocy w codziennym życiu. Alkohol jest więc środkiem do samoregulacji emocji, odprężenia czy wprowadzenia w stan, kiedy inne problemy nie powodują poczucia przytłoczenia. Rodzina nie ma socjalno-bytowych warunków na przyjęcie dziecka. Relacja z ojcem dziecka też zazwyczaj nie jest stabilna. Ciąża stanowi dodatkowy czynnik stresotwórczy. Często bywa, że nie jest planowana.

Część kobiet znajduje się już w stadium, kiedy są tak silnie zarówno fizjologicznie, jak i psychicznie uzależnione od alkoholu, że nawet będąc

w ciąży, nie są w stanie go odstawić. Występuje uporczywe pragnienie użycia substancji i towarzyszące mu nieudane próby kontrolowania poziomu, czasu oraz miejsca spożycia. Powoduje to zaniedbywanie obowiązków domowych i opieki nad dziećmi. Zdaniem badanych w przypadku kobiet w ciąży chodzi o pracę prowadzącą nie tyle do ograniczenia picia czy redukcji szkód, ile do natychmiastowego zaprzestania używania.

Z wypowiedzi asystentek rodziny wynika, że bywa coraz częściej, iż dzieci i kolejne ciąży są traktowane przez używające alkoholu kobiety przedmiotowo, właśnie po to, by mieć pieniądze ze świadczeń i zasiłków rodzinnych na zaspokojenie swoich czy partnera potrzeb oraz móc skorzystać z programu „Mama 4+” i mieć zapewnione środki finansowe w okresie senioralnym. Młode kobiety z enklaw biedy są zainteresowane warunkami, jakie trzeba spełnić, by skorzystać z kapitału opiekuńczego – świadczenia „Nowego Ładu” oferowanego rodzicom na pokrycie kosztów opieki nad drugim dzieckiem pomiędzy 12. a 36. miesiącem życia. Ważna jest więc wszechstronna, pogłębiona ocena sytuacji kobiety w ciąży i jej rodziny.

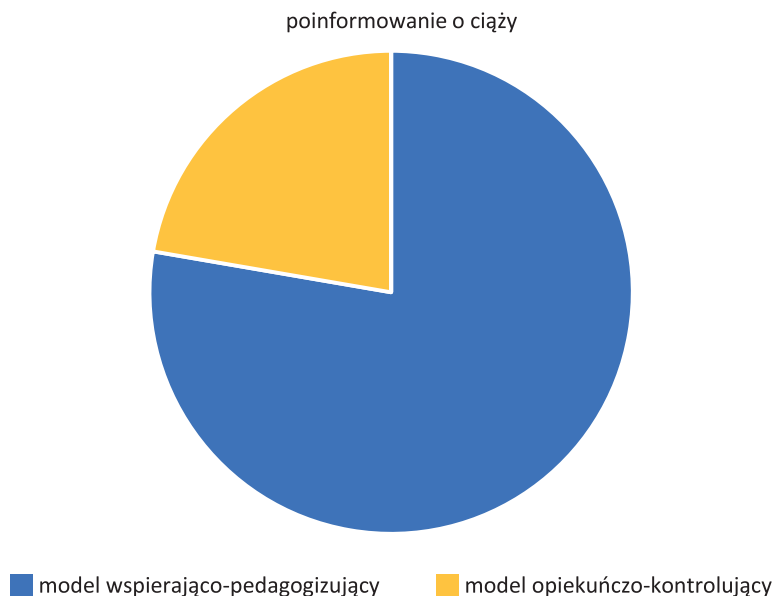
## **2. Model metodycznego działania asystentów rodziny rekomendowany przez badanych do pracy z kobietami w ciąży używającymi środków psychoaktywnych**

Należy zaznaczyć, że asystent rodziny nie zawsze wie, że kobieta, którą wspiera, jest w ciąży. Informacja ta pojawia się na różnych etapach ciąży, zdarza się też, że ciąża jest ukrywana. Jedna z asystentek zaznaczyła, że brak interwencji w tym obszarze nie powinien obciążać asystenta rodziny, jeśli nie miał wiedzy o ciąży klientki.

Zapytano respondentów, jaki model metodycznego działania przyczynia się do przyznania się asystentowi rodziny przez kobietę mającą skłonności do używania alkoholu, że jest w ciąży.

Większość asystentów rodziny (77%) była zdania, że klientka udzieli informacji, że jest w ciąży, gdy asystent rodziny będzie stosował w swej pracy z rodziną model wspierająco-pedagogizujący. 23% badanych twierdziło, że sprzyja temu model kontrolno-opiekuńczy. Zdaniem większości asystentów rodziny model wspierająco-pedagogizujący sprzyja budowaniu zaufania, niezbędnego do udzielania informacji o sprawach rodziny, uznawanych

przez jej członków za osobiste czy wręcz wstydlive. Zajście w niezaplanowaną, często kolejną już ciążę jest często uważane przez kobietę za błąd, który chce jak najdłużej ukryć, by nie stać się obiektem negatywnej oceny, pouczeń czy drwin.



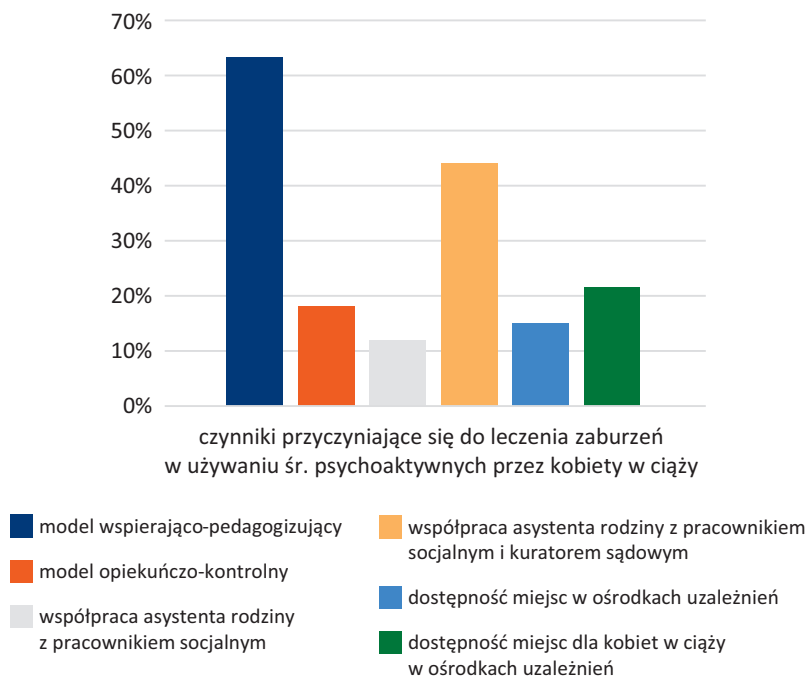
**Wykres 1.** Opinie badanych asystentów rodziny dotyczące współzależności między modelem metodycznego działania a poinformowaniem asystenta rodziny przez kobietę mającą skłonności do używania alkoholu, że jest w ciąży

*Źródło:* badanie własne.

Zapytano badanych o sposoby pracy, które przyczyniają się do podejmowania leczenia zaburzeń w zakresie używania alkoholu przez kobietę w ciąży.

Większość badanych asystentów rodziny (63,2%) opowiedziała się za pracą z kobietą używającą środków psychoaktywnych w ciąży według modelu wspierająco-pedagogizującego. Zdaniem asystentów model ten pozwala nawiązać relację osobową, która sprzyja współpracy między asystentem rodziny a klientką. Kontakt z osobą oparty na wzajemnym zaufaniu i szacunku pozwala kobiecie, ale również innym członkom rodziny podzielić się trudnościami oraz prosić o pomoc. Czasem asystent jest jedyną osobą,

z którą kobieta ma szansę szczerze porozmawiać i od której może uzyskać wsparcie emocjonalne, informacyjne i instrumentalne, zamiast negatywnej oceny. Poprzez udzielanie wsparcia emocjonalnego asystent rodziny pozytywnie wpływa na kobietę będącą w ciąży. Osoba otwiera się, mówi o swoich problemach, troskach czy potrzebach, które zaspokaja, pijąc alkohol. Podczas współpracy asystent rodziny ma okazję pokazać jej negatywne strony picia alkoholu, w szczególności jego destrukcyjny wpływ na rozwój płodu. Uświadamia, że nawet jego niewielka ilość może prowadzić do poważnych skutków zdrowotnych u dziecka. Może również omówić z kobietą, w jaki inny sposób niż używanie środków psychoaktywnych może regulować swoje emocje.



**Wykres 2.** Opinie badanych asystentów rodziny dotyczące sposobów pracy i innych czynników systemowych, dzięki którym kobiety w ciąży decydują się na leczenie zaburzeń w używaniu środków psychoaktywnych (można było wybrać trzy, wyniki nie sumują się)

Źródło: badanie własne.

Według opinii badanych asystentów rodziny wspieranie kobiety używającej środków psychoaktywnych w trakcie ciąży powoduje nie tylko większe zaufanie, lecz także otwarcie się na propozycję konkretnych rozwiązań. Ciężarna chętniej podejmie działania, takie jak np. wizyta u ginekologa czy zapisanie się na terapię uzależnień, jeśli będzie miała świadomość, że może na kimś polegać i czuć się przy nim bezpiecznie. Kobieta powinna mieć poczucie, że może liczyć na asystenta, a nie obawiać się jego kontrolnych wizyt. Po pewnym czasie zaczyna traktować go jako eksperta i otwiera się na pedagogizację, przyjmuje jego porady, stara się je zastosować.

Jak napisały asystentki:

*Model wspierająco-pedagogizujący przyczynia się do zbudowania relacji z klientką, dzięki której jest szansa na szczerość i przestrzeń na przedstawienie konsekwencji postępowania bez elementu straszenia.*

*Asystent rodziny powinien wspierać, bardzo często rodziny są kontrolowane przez pracowników sądu i inne instytucje, natomiast brak im wsparcia, dobrych rad i pedagogizacji od osób spoza ich środowiska, które często jest patologiczne.*

*Ogólnie pomoc w różnych aspektach. Mam kobietę, która dzwoni i prosi o rozmowę, porady, a jak ma kryzys, to również po to, aby móc porozmawiać i opanować emocje.*

Osoby badane z tej grupy przedstawiały również argumenty przeciwko stosowaniu modelu kontrolno-opiekuńczego w pracy asystenta rodziny. Ich zdaniem model skoncentrowany na kontroli powoduje, że klient uczy się, jak filtrować przekazywane informacje tak, aby mu nie zaszkodziły. Przez kontrolowanie kobieta nie tylko nie ma w dalszym ciągu osoby, która by ją wsparła w codziennym funkcjonowaniu i w pracy nad zmianą destrukcyjnych zachowań, lecz także może poczuć się osaczona, co zwiększa stres i może powodować większą potrzebę sięgania po alkohol lub inne środki psychoaktywne.

Asystenci rodziny zauważyli, że nie są w stanie kontrolować rodziny całą dobę. Po ich wyjściu kobieta i tak może sięgnąć po alkohol. Lepiej więc edukować, mówić o konsekwencjach picia alkoholu czy używania narkotyków oraz wspierać w poszukiwaniu rozwiązań trudności życiowych.

Przykładowe wypowiedzi respondentów:

*Moim zdaniem model kontrolno-opiekuńczy mija się z celem. Taka kobieta przede wszystkim nie będzie miała do mnie zaufania, a często kobiety piją po cichu. Nie zawsze się też upijają, po prostu piją na uspokojenie. Poza tym,*

*nawet jeśli będę ją kontrolować, to można mnie nie wpuścić do domu, może udać, że źle się czuje itd. Warto zadać sobie pytanie, czy poprzez kontrolę uzyskam efekt tego, że kobieta nie będzie spożywała alkoholu... Myślę, że tłumaczenie, pokazywanie efektów tego, jakie będą konsekwencje „picia” czy „brania”, może być bardziej przekonujące niż kontrolowanie. Konkretnie przykłady, filmy, ale też poznanie, dlaczego tak się dzieje, i zamienienie nadużywania na inny sposób – nawyk radzenia sobie z emocjami czy trudnościami.*

*Model kontrolny nie sprawdza się we współpracy nie tylko z kobietą uzależnioną, ale ze wszystkimi rodzinami. Podopieczni tracą wtedy zaufanie do asystenta, postrzegają go jak wszystkich innych urzędników, tylko „czyhających, żeby ich złapać i odebrać dzieci”. Tylko edukowanie, wspieranie i pedagogizacja mogą przyczynić się do osiągnięcia celu, jakim będzie chęć podjęcia terapii i utrzymanie abstynencji.*

*Kobiety, które są kontrolowane nadmiernie, w pewnym momencie przestają mówić prawdę, bo boją się konsekwencji. Kobiety wspierane chętniej się otwierają. Pierwszy model oparty jest często na dobrej relacji, a to buduje zaufanie i otwartość. Drugi model często budzi opór i niechęć.*

Wśród osób badanych byli asystenci rodziny, którzy uważali, że to, jaki model wybierają, jest zależne od indywidualnego przypadku. Im zaburzenia w używaniu alkoholu są głębsze, tym większa jest kontrola, a nawet potrzeba skierowania matki do ośrodka zamkniętego, by chronić dziecko. Zdaniem asystentów rodziny ważna jest też w takim przypadku współpraca z przedstawicielami zawodów pomocowych i interwencyjnych. Analizując bowiem dalej dane zaprezentowane na wykresie 2, można zauważyć, że 43,9% badanych uważa, że na podjęcie decyzji przez klientki pomocy społecznej co do podjęcia leczenia wpływa współpraca asystenta z pracownikami, którzy realizują funkcje kontrolne i twardsze metody motywowania do zmiany, typu perswazja czy konfrontacja – zagrożenie odebraniem już posiadanych dzieci lub świadczeń – tj. z pracownikiem socjalnym i kuratorem sądowym. 21,6% badanych twierdzi, że w podjęciu decyzji ma znaczenie to, czy są dostępne miejsca dla kobiet w ciąży w ośrodkach zajmujących się leczeniem zaburzeń w używaniu alkoholu.

Przykładowe wypowiedzi badanych:

*Rozwój płodu wymaga zatrzymania spożycia alkoholu przez matkę tu i teraz, a pedagogizacja, by uzyskać uświadomioną abstynencję, jest procesem*

*dlugotrwałym, szczególnie w przypadku uzależnienia. Stąd opieka i kontrola jest istotniejsza niż wsparcie i pedagogizacja, które oczywiście też są realizowane równolegle.*

*Kobieta z problemem uzależnienia nie ma kontroli nad piciem, stąd chciałabym wychwytywać ewentualne ciąży alkoholowe czy zaniedbania względem pozostałych dzieci i samej klientki, tak aby byłoby to motywujące do podjęcia terapii. Przy uzależnieniach nie mam litości i wchodzę także w tryb kontrolny.*

*Moje dotychczasowe doświadczenie wskazuje na to, że najczęściej stosowanym, a zarazem skutecznym jest uświadamianie konsekwencji spożywania alkoholu w okresie ciąży, jak również stosowanie modelu kontrolującego, ponieważ jak klientka sama tłumaczy, „musi mieć nad sobą kontrolę”. Ponadto współpraca ze środowiskiem rodzinnym i lokalnym, mającym również możliwość kontroli sytuacji.*

*Biorąc pod uwagę obecne realia naszej pracy, a nie idee, zarówno wsparcie, jak i kontrola na tym etapie są konieczne, ponieważ alkohol i środki psychoaktywne wpływają na zdrowie i życie dziecka i późniejsze jego problemy, choroby, niepełnosprawności. Dlatego przez wzgląd na dobro dziecka potrzebne są również działania kontrolne oraz w razie ryzykownych zachowań podjęcie dalszych działań mających na celu zminimalizowanie złego wpływu na dziecko.*

### **3. Czynności realizowane przez asystenta rodziny z kobietą w ciąży mającą skłonności do używania alkoholu – według deklaracji badanych**

W ankiecie zapytano badanych asystentów rodziny, którzy mieli doświadczenie z ciężarnymi pijącymi problemowo, jakich czynności oczekują od nich klientki. Deklaracje asystentów są przedstawione w tabeli 1.

Do najczęściej oczekiwanych przez klientki będące w ciąży od asystentów rodziny działań, zdaniem badanych, należą: wsparcie emocjonalne (75,5%), pomoc w uregulowaniu spraw urzędowych (54,5%), w tym dotyczących remontu mieszkania, oraz zgromadzenie wyprawki dla dziecka (48,6%). Pomocy w zapisaniu na terapię uzależnień potrzebuje 40,3% kobiet w ciąży, będących podopiecznymi asystentów rodziny, towarzyszenia

w terapii zaś – 8,3%. Liczna grupa asystentów rodziny (36%) wskazała, że kobiety w ciąży, z którymi pracują, proszą ich o pomoc w zatrzymaniu przemocy domowej. Z przedstawionych danych wynika, że połowa kobiet w ciąży, z którymi pracują asystenci, nie jest przygotowana na przyjęcie dziecka. Warunki, w których żyją, nie są odpowiednie dla noworodka. W rodzinie jest przemoc. Osoby dorosłe są niezaradne życiowo.

### Tabela 1.

*Deklaracje badanych asystentów rodziny dotyczące czynności oczekiwanych od asystenta rodziny przez kobiety używające alkoholu w trakcie ciąży (wielokrotny wybór, wyniki nie sumują się)*

Lp.	Rodzaj czynności asystenta rodziny	% wskazań badanych
1.	Wsparcie emocjonalne	75,5%
2.	Towarzystwo w wizytach u ginekologa i innych badaniach lekarskich	22,9%
3.	Gromadzenie wyprawki dla dziecka	48,6%
4.	Edukowanie kobiety o wpływie środków psychoaktywnych na płód	34%
5.	Pomoc w zapisaniu na terapię uzależnień	40,3%
6.	Towarzystwo w terapii	8,3%
7.	Pomoc w uregulowaniu spraw urzędowych i zorganizowaniu remontu mieszkania	54,5%
8.	Pomoc w prowadzeniu gospodarstwa domowego	22,1%
9.	Pomoc w opiece nad innymi dziećmi	21,7%
10.	Zawiezenie do porodu	5,5%
11.	Kontrolowanie, czy nie pije	27,3%
12.	Pomoc w zatrzymaniu przemocy domowej	36%

*Źródło:* badanie własne.

Zapytano również, jakie czynności badani asystenci rodziny realizują w praktyce z kobietami w ciąży, w tym z kobietami używającymi środków psychoaktywnych, oraz jakie działania rekomendują, by podnieść jakość usług skierowanych do tej grupy odbiorców, a jednocześnie chronić dziecko nienarodzone przed uszkodzeniami spowodowanymi działaniem tych środków. Ze względu na duży wachlarz czynności zebrane dane zostały zaprezentowane w tabeli.



**Tabela 2.**

*Deklaracje badanych asystentów rodziny dotyczące czynności podejmowanych w pracy z kobietami używającymi alkoholu w trakcie ciąży i ich rodzinami (wielokrotny wybór, wyniki nie sumują się)*

Lp.	Rodzaj czynności asystenta rodziny	% wskazań badanych
1.	Wsparcie emocjonalne	59,3%
2.	Towarzyszenie w wizytach u ginekologa i innych badaniach lekarskich	22,5%
3.	Współpraca z lekarzem położnikiem lub położną	30%
4.	Gromadzenie wyprawki dla dziecka	39,5%
5.	Edukowanie kobiety o wpływie środków psychoaktywnych na płód	58,5%
6.	Edukowanie partnera o wpływie środków psychoaktywnych na płód i jakość plemników	31,6%
7.	Edukowanie członków rodziny o zagrożeniach dla dzieci wynikających z picia alkoholu przez ich opiekunów	45,5%
8.	Pomoc w zapisaniu na terapię uzależnień	45,8%
9.	Towarzyszenie w terapii	11,1%
10.	Współpraca z terapeutą uzależnień	31,2%
11.	Pomoc w zapisaniu do szkoły rodzenia	15%
12.	Pomoc w uregulowaniu spraw urzędowych	75,6%
13.	Pomoc w zorganizowaniu remontu mieszkania	15,8%
14.	Pomoc w zorganizowaniu kąpieliska dla nowo narodzonego dziecka	36%
15.	Pomoc w opiece nad innymi dziećmi	11,1%
16.	Pomoc w prowadzeniu gospodarstwa domowego	17,8%
17.	Zawiezenie do porodu	2,4%
18.	Kontrolowanie, czy nie pije, bo sama nie potrafi nad tym zapanować	21,3%
19.	Kontrolowanie, czy nie pije, bo takie jest oczekiwanie instytucji zatrudniającej asystenta	28,9%
20.	Pomoc w zatrzymaniu przemocy domowej	24,1%
21.	Zwoływanie i prowadzenie zespołów konsultacyjnych złożonych z różnych specjalistów w sprawie rodziny z kobietą w ciąży	15,4%

Lp.	Rodzaj czynności asystenta rodziny	% wskazań badanych
22.	Zwoływanie i prowadzenie zespołów multiprofesjonalnych złożonych z różnych specjalistów z udziałem kobiety w ciąży i jej partnera	15,8%
23.	Motywowanie do trzeźwego stylu życia każdego członka rodziny	53,4%
24.	Motywowanie do podjęcia terapii uzależnień każdego członka rodziny mającego zaburzenia w używaniu alkoholu i/lub używającego innych środków psychoaktywnych	47,4%

*Źródło:* badanie własne.

Badani asystenci rodziny deklarowali, że najczęściej podejmują działania z zakresu wsparcia emocjonalnego (59,3% wskazań) oraz instrumentalnego – pomoc w uregulowaniu spraw urzędowych (75,6%), w prowadzeniu gospodarstwa domowego (17,8%), w przygotowaniu remontu mieszkania przed przyjęciem noworodka (15,8%) i wyposażeniu kąpielicy dla dziecka (36%), w opiece nad innymi dziećmi (11,1%). Kolejny obszar ich działań obejmuje wsparcie informacyjne, tj. edukowanie – zarówno kobiety w ciąży o skutkach picia alkoholu lub zażywania narkotyków (58,5%), jak i jej partnera (31,6%) oraz całej rodziny (45,5%) oraz motywowanie do terapii uzależnień (47,4%) lub towarzyszenie w zapisaniu się na nią (45,8%) lub w czasie wizyt (11,1%). Osoby uczestniczące w badaniach deklarowały, że podejmują działania na rzecz monitorowania przebiegu ciąży (towarzystwo w wizytach u lekarza ginekologa – 22,5%, współpraca z położną – 30%) i przygotowania do porodu (pomoc w zapisaniu do szkoły rodzenia – 15% oraz pomoc w zgromadzeniu wyprawki dla dziecka – 39,5%). Ponadto część badanych asystentów rodziny wskazała na współpracę z innymi specjalistami, nie tylko w formie doraźnych kontaktów, lecz także przez zwoływanie zespołów konsultacyjnych (15,4%) i multiprofesjonalnych z udziałem rodziny (15,8%). W przypadkach ciężkich zaburzeń używania alkoholu u kobiet w ciąży asystenci rodziny podejmują działania kontrolne (21,3% wskazań). Respondenci stwierdzili, że realizują działania w zależności od potrzeb zgłaszanych przez klientkę i jej rodzinę, swoich własnych obserwacji oraz diagnozy sytuacji, jak i zaleconych działań przez inne służby społeczne i ochrony zdrowia. Jednakże powyższe zaprezentowane wyniki pokazują, że nie wszyscy asystenci prowadzą edukację przyszłej matki w zakresie wpływu

alkoholu na płód. Jeśli, co pokazują inne badania, nie robi tego lekarz ginekolog i położna, to dalej kobieta jest niedoinformowana. Regulowanie spraw urzędowych jest priorytetem w działaniu kolejnej osoby wykonującej zawód polegający na pracy z rodzinami, a przecież tym obszarem mógłby zająć się pracownik socjalny.

Poniżej zaprezentowano wypowiedzi asystentów rodziny dotyczące dobrych praktyk w zakresie pomocy kobietom w ciąży.

## A. Wsparcie emocjonalne

Asystentki rodziny dużo piisały o udzielaniu wsparcia emocjonalnego kobiecie w ciąży. Działanie to polegało na pozytywnym, pogodnym nastawieniu pomagacza, okazywaniu zainteresowania, troski, docenianiu działań klientki zmierzających do poprawy sytuacji rodziny i utrzymywania trzeźwości. Celem tej metodycznej strategii jest wzmocnienie kobiety w radzeniu sobie z czynnościami dnia codziennego i różnymi trudnościami, dotyczącymi zarówno sfery socjalno-bytowej, jak i relacji z innymi członkami rodziny.

Przykładowe wypowiedzi badanych:

*Wsparcie emocjonalne, oparcie osobowe, motywowanie do terapii uzależnień, pomocy psychologicznej i innych działań na rzecz domu, rodziny, nienarodzonego dziecka. Pomoc w znalezieniu innych sposobów na samoregulację emocji.*

*To bycie z kobietą, żeby wiedziała i czuła, że nie jest sama. Motywowanie do pomocy psychologicznej i terapeutycznej. Nie oceniać, nie krytykować, a za każdy najmniejszy sukces chwalić i podkreślać za każdym razem dobre strony. Uświadamianie i uwrażliwianie na ogromny wpływ alkoholu na rozwój i życie płodu. Oferowanie każdej potrzebnej pomocy w obszarze radzenia sobie z trudnymi emocjami i sytuacjami. Przypominanie o terminach badań. Proponowanie zdrowego stylu życia i motywowanie do niego. Pokazywanie dobrych stron zdrowego życia i urodzenia zdrowego dziecka. Częste odwiedziny i telefony z troską o samopoczucie i zdrowie. Częste pytanie o marzenia i możliwość realizowania ich poprzez abstynencki tryb życia. Dobry przykład swoją osobą asystenta. Nigdy nie mierzyć swoją miarą, tylko miarą kobiety zranionej, wrażliwej i z niskim poczuciem własnej wartości. Zwalczać przyczyny, a nie skutki.*

*Z moich doświadczeń wynika, że kobieta zmagająca się z uzależnieniem w ciąży potrzebuje przede wszystkim obecności drugiego człowieka. Wszyscy wymagają od niej, żeby nie piła, a asystent musi pokazać, jak to zrobić. Przez obecność, towarzyszenie, rozmowy wspierające, asystent motywuje i daje siły do zmiany.*

*Udzielanie wsparcia emocjonalnego, przedstawienie alternatywnych sposobów regulacji emocji. Motywowanie do wykorzystania czasu ciąży do samorozwoju, podniesienia kwalifikacji, zapoznania się z literaturą dotyczącą ciąży, rozwoju dziecka i macierzyństwa.*

## **B. Edukowanie**

Jedną z podstawowych czynności realizowanych przez asystentów rodziny w pracy z klientkami używającymi środków psychoaktywnych w czasie ciąży jest edukowanie. Odbywa się ono z użyciem wszelkich dostępnych materiałów, np. ulotek, plakatów, książek, przykładów, filmów i spotów edukacyjnych dotyczących skutków spożywania substancji psychoaktywnych przez kobietę w ciąży. Dzięki temu klientki są uświadamiane i uwrażliwiane na destruktywne oddziaływanie alkoholu, narkotyków, dopalaczy oraz leków na zdrowie płodu.

Asystenci rodziny deklarowali, że omawiają cele rodziny, odwołują się do pragnienia bycia rodzicami. Dbają o dobrostan kobiety w ciąży, wspierają emocjonalnie oraz instrumentalnie – w realizacji codziennych spraw na rzecz domu i rodziny. Zachęcają do stosowania prawidłowej diety i suplementacji witamin oraz kwasu foliowego.

Respondenci uważali, że należy edukować każdą kobietę jeszcze przed zajściem w ciążę. Dobrą praktyką jest organizowanie spotkania dla kobiet lub par objętych asystenturą w ośrodku pomocy społecznej, poradni psychologiczno-pedagogicznej lub punkcie konsultacyjno-informacyjnym i przeprowadzenie szkolenia metodą warsztatową na ten temat. Ponadto ważne jest prowadzenie kampanii dotyczącej przeciwdziałania FAS oraz edukacja i pedagogizacja podczas codziennej pracy z rodziną. Asystenci rodziny są zdania, że edukacja powinna obejmować całe rodziny, żeby poszczególni jej członkowie – zarówno partner, jak i rodzice oraz rodzeństwo – byli wsparciem dla kobiety w ciąży mającej zaburzenia w używaniu alkoholu lub narkotyków.

Jedna z badanych asystentek rodziny jako dobrą praktykę wskazała spotkanie kobiety w ciąży z rodziną zastępczą, gdzie przebywają dzieci z FAS, lub wspólne obejrzenie filmów o losach dzieci z FAS.

Przykładowe wypowiedzi badanych:

*Pogadanki pedagogizujące, dostarczanie ulotek, wzmacnianie w tym, że Klientka może i da radę być dobrą matką, oddzielenie problemu od człowieka, praca skoncentrowana na rozwiązaniach – szukanie wspólnie z Klientem, co może zrobić, by nie pić, wspólne sprawdzanie tego, co działa, by utrzymywać abstynencję, i zachęcanie do robienia tego.*

*Kobieta w ciąży jest informowana o szkodliwości działania alkoholu na dziecko, które nosi w swoim łonie, i następstw z tym związanych, czyli mogących wystąpić dysfunkcji w zakresie fizycznym, psychicznym, neurologicznym. Kobieta jest uświadamiana, że takie działanie może przyczynić się do ograniczenia jej lub odebrania praw rodzicielskich względem nowo narodzonego dziecka, które może zostać umieszczone w pieczy zastępczej. Wspieranie kobiety i ukazywanie pozytywnych skutków abstynencji w ciąży, mówienie o mniejszych komplikacjach w czasie i po porodzie. Motywowanie i zmniejszenie ryzyka stresu poprzez zaangażowanie kobiety w inne zajęcia, które odgonią myśli o chęci na napicie się.*

*Asystent zorganizował spotkanie edukacyjno-informacyjne dla młodych kobiet i kobiet w ciąży. Warsztaty odbyły się z udziałem położnej, pielęgniarki środowiskowej oraz przedstawiciela sanepidu. Celem tego działania było podniesienie świadomości kobiet o negatywnych skutkach picia alkoholu na płód dziecka oraz uświadomienie kobietom, że nie są same i wiele instytucji jest gotowych, by ich wspierać. Przeprowadzamy wiele kampanii profilaktycznych m.in. Kampania FAS.*

*Myszę, że powinna być też większa edukacja – profilaktyka na temat nadużywania substancji psychoaktywnych już w szkołach, edukowanie społeczeństwa wcześniej, zanim się problem pojawi. Obalanie mitów, że piwo to nie alkohol, a jeden kieliszek nie zaszkodzi.*

## C. Wsparcie instrumentalne i materialne

Jak napisano powyżej, asystenci rodziny udzielają pomocy w realizacji spraw urzędowych, spłacie zadłużeń. Pomagają w zorganizowaniu remontu miesz-

kania, celem odświeżenia go na przyjęcie noworodka. Współpracują z fundacjami pomagającymi rodzinom z dziećmi, w celu uzyskania wózka, łóżeczka, wianienki, ubranek, pieluch i innych niezbędnych w tym czasie akcesoriów. Zwracają uwagę na przygotowanie pełnowartościowych posiłków.

Przykładowe wypowiedzi:

*Nawiązanie współpracy z organizacjami wspierającymi rzeczowo kobiety w ciąży – w celu przygotowania wyprawki, wyposażenia pokoju/łóżeczka dziecięcego. Towarzystwo klientce i jej rodzinie w sytuacjach dnia codziennego.*

## D. Koordynacja poradnictwa

Asystenci rodziny deklarują, że wskazują również miejsca, gdzie odbywają się tzw. szkoły rodzenia, towarzyszą w wizytach u ginekologa, spotkaniach z położną, doulą. Pomagają w zorganizowaniu wyprawki dla dziecka.

Podają adresy ośrodków leczenia uzależnień oraz stowarzyszeń, które wspierają kobiety w ciąży będące w trudnej sytuacji materialnej. Umawiają wizyty do specjalistów, a także uczestniczą w nich. Towarzystwo to odbywa się jedynie w sytuacji, kiedy klientka sobie tego życzy. Nawiązują osobistą współpracę z przedstawicielami ochrony zdrowia.

Asystenci rodziny motywują kobiety w ciąży do podjęcia psychoterapii, zwłaszcza gdy podejrzewają, że przyczyny sięgania po środki psychoaktywne wynikają z traum międzygeneracyjnych lub innych problemów emocjonalnych lub psychicznych. Odbycie psychoterapii przez kobiety w ciąży może być też pomocą w nawiązaniu prawidłowej, bezpiecznej więzi z nowo narodzonym dzieckiem. To jest też dobry moment na odbycie terapii dla par lub zatrzymania przemocy domowej.

Jedna z asystentek poddała pomysł, by poradnie ginekologiczne zatrudniały specjalistów uzależnień. Inna, że powinny być dostępne usługi psychologiczne, które mogłyby odbywać się w środowisku zamieszkania klientów.

Wykorzystanie możliwości, które daje ustawa „Za życiem”, tj. wsparcie i towarzyszenie emocjonalne, zapoznanie (przekazanie informacji i szczegółowe omówienie) kobiety w ciąży i/lub rodziny z Informatorem „Uprawnienia w ramach ustawy dla kobiet w ciąży i rodzin «Za życiem»” z dnia 16.02.2017 r., dotyczącym możliwości wsparcia. Opracowanie

wspólnie z kobietą w ciąży i/lub rodziną indywidualnego katalogu możliwego wsparcia. Koordynacja poradnictwa i wsparcia dla kobiet i/lub rodziny (art. 8, ust. 1–3).

Przykładowe wypowiedzi:

*Po ujawnieniu ciąży u klientki z problemem uzależnienia motywuję ją do jednokrotnej konsultacji u specjalisty (nie terapii, bo to zniechęca) dotyczącej wpływu uzależnienia na rozwój dziecka i przebieg ciąży. Łatwiej namówić na jedno spotkanie niż do podjęcia stałej terapii. Zdarzało się, że w efekcie klientki trafiły na terapię bądź grupy wsparcia.*

*Współpraca z terapeutą od spraw uzależnień i psychologiem przyjmującym na terenie gminy, z terapeutą 2 razy w miesiącu, z psychologiem 1 raz w miesiącu. Podstawa to towarzyszenie w sytuacjach kryzysowych.*

*Skierowanie pisma do kierownika przychodni, która przyjmowała na wizyty w trakcie ciąży – z prośbą o zainteresowanie się ciężarną i działania edukacyjne ze strony przychodni oraz współpraca z położną środowiskową.*

*U nas w GOPS-ie jest też terapeuta uzależnień i psycholog, jednak konsultacje dwa razy na miesiąc po dwie godziny to jednak stanowczo za mało. Myślę, że taka dostępność do specjalistów powinna być codziennie, choćby on-line, co jest często lepsze ze względu na jej strach przed opinią społeczną. Psycholog jeżdżący na wizyty. Wejście terapeuty uzależnień w środowisko (w przypadku kobiet, które nie chcą zgłosić się na terapię).*

*Dostęp do darmowej terapii w miejscu zamieszkania, co wyeliminuje problem z dojazdem z małych miejscowości, co często dla tych kobiet jest barierą nie do przejścia, zwłaszcza że wiąże się to z przymusem zorganizowania opieki nad dziećmi.*

## E. Współpraca multiprofesjonalna

Badani asystenci rodziny deklarowali, że współpracują zarówno z pracownikami ochrony zdrowia, jak i pomocy społecznej oraz sądu. Twierdzili, że dopiero taka wielowymiarowa praca przynosi efekty. Jest wtedy szansa na realizację zadań zarówno z obszaru wsparcia, jak i kontroli przez specjalistów do tych ról powołanych. Od leczenia uzależnień jest terapeuta, a od kontroli pracownik socjalny, kurator lub policjant. Ważne są podział zadań

i koordynacja działań tych służb, spotkania grupowe, najlepiej z udziałem członków rodziny.

Przykładowe wypowiedzi:

*Asystent rodziny edukuje, pomaga znaleźć miejsce na terapii uzależnień, wspiera w kryzysach, pomaga przygotować wyprawkę dla mającego się urodzić dziecka, informuje o przysługujących świadczeniach, pomaga je załatwić. Pracownik socjalny lub kurator kontrolują, czy kobieta nie pije (np. poprzez niezapowiedziane wizyty, kontakt z sąsiadami), a w razie sygnałów o łamaniu abstynencji interweniuje (np. pisze do Sądu, do GKRPA, przeprowadza rozmowy dyscyplinujące). Asystent i pracownik socjalny oraz kurator współpracują ze sobą na rzecz rodziny, wymieniają się informacjami.*

*Praca z podopiecznymi jest zawsze długim procesem. Pedagogizacja podopiecznej, zapewnienie o swoim wsparciu na rzecz pozostawania dzieci w rodzinie biologicznej, pod warunkiem konieczności podejmowania działań przez matkę, rodziców. Ważna jest interdyscyplinarność pracy. Placówki leczenia uzależnień powinny podawać asystentom informacje dotyczące leczenia i jego postępów. Z kuratorem sądowym, pracownikiem socjalnym – podział zadań.*

*Miałam tylko jedną taką kobietę we współpracy, nie była diagnozowana, wiele razy zaprzeczała, że przyjmuje środki psychoaktywne i spożywa alkohol. Podziałatł wzmoczony nadzór kuratora, zwłaszcza w weekendy.*

*Działanie jednokierunkowe instytucji, które współpracują z rodziną: szkoła, sąd, Ośrodek Leczenia Uzależnień, KRPA.*

*Każda sytuacja kobiety jest inna, działania były dobierane indywidualnie podczas zespołów multiprofesjonalnych.*

*Staram się zawsze współpracować z wszystkimi specjalistami typu pracownik socjalny, psycholog, położna, kurator, terapeuta uzależnień itp. Aby IM WYTŁUMACZYĆ, jak ważne jest, abyśmy WSZYSCY razem podejmowali te SAME DZIAŁANIA WSPIERAJĄCE. Tylko wspólny model działania może być skuteczny. Robię to trochę na wyrost i nie każdy jest chętny do współpracy, ale tylko taka opcja według mnie jest skuteczna. Uważam, że wszystkie te instytucje powinny mieć obowiązek wsparcia pracy asystenta rodziny (bo w praktyce albo asystent robi ICH obowiązki, albo nie może liczyć na współpracę, bo to ICH NIE DOTYCZY). Jeżeli nie ma tej współ-*



*pracy, to psycholog mówi co innego, położna co innego, a asystent (czasem z lepszym wykształceniem i wiedzą na temat sytuacji rodziny) to właściwie to nie ma racji, bo SPECJALISTA POWIEDZIAŁ INACZEJ.*

*Pracując z takimi kobietami, bardzo ważne jest powołanie zespołu profesjonalistów, którzy wymieniają się informacjami i dzielą zadaniami, a o postępach lub ich braku zawiadamiają Sąd. Moja praktyka pokazuje, że izolowanie takiej klientki na oddziale szpitalnym (patologia ciąży, oddział leczenia uzależnień) jest skuteczne, bo wtedy dziecko jest monitorowane i nie jest narażone na kolejne dawki szkodliwych substancji.*

## F. Udzielenie pomocy w utworzeniu środowiskowego systemu wsparcia

Asystenci rodziny podawali również propozycje tworzenia grup wsparcia dla kobiet w ciąży. Zachęcanie jej do uczestnictwa w różnych zajęciach rozwijających zainteresowania i umiejętności społeczne, które są organizowane w środowisku lokalnym przez różne organizacje pozarządowe i związki wyznaniowe. Ponadto odnowienie więzi rodzinnych oraz kontaktów z dobrze funkcjonującymi znajomymi. Praca nie tylko z kobietą, lecz także z jej partnerem.

Przykładowe wypowiedzi:

*Zajęcia w grupach samopomocowych, towarzyszenie kobiecie podczas wizyt. Towarzyszenie w różnych warsztatach aktywizujących, środowiskowych, edukacyjnych czy choćby relaksacyjnych. Trzeba pokazać, że można wyjść do ludzi i fajnie spędzić czas czy nawiązać nowe wartościowe znajomości. Przedstawienie przykładów innych kobiet, które wygrały z nalogiem. Przygotowanie w nagłej sytuacji planu dotyczącego opieki nad dziećmi będącymi już w domu.*

*Zachęcanie do odnalezienia hobby, organizowanie wyprawki dla dziecka, edukacja w zakresie wychowywania dziecka. Wspieranie, życzliwość, wspólne organizowanie dnia, pomoc w uregulowaniu zadłużeń, wspieranie w zakresie terapii leczenia uzależnienia.*

*Pełna współpraca z najbliższą rodziną.*

*Rozmowa, wsparcie oraz pomoc, a także dużo pracy z partnerem, który chciałby, aby partnerka przestała pić (uświadamianie go, jak ma postępo-*

*wać, jakie działania podjąć, aby poprawić sytuację i skłonić partnerkę do trzeźwości).*

*Częste wizyty, włączenie w zajęcia organizowane przez OPS, rozmowa, spotkania z innymi kobietami mającymi podobne problemy.*

*Fajnym pomysłem byłoby stworzenie grup wsparcia stricte dla kobiet w ciąży.*

*Zorganizowanie spotkania z inną kobietą, która przez taki problem przeszła i go pokonała. Poznanie przez klientkę prawdziwej osoby.*

## **G. Kontrolowanie**

Część asystentów rodziny przyznaje, że prowadzi działania kontrolne. Polegają one najczęściej na wchodzeniu w środowisko zamieszkania o różnych porach dnia, również w weekendy bez zapowiedzi, w celu sprawdzenia, czy kobieta i inni członkowie rodziny są trzeźwi. Działania te są najczęściej wymuszone przez kadrę kierowniczą ośrodków pomocy społecznej, przez pracownika socjalnego lub przedstawicieli sądu, którzy utożsamiają asystenta rodziny z pracownikiem ochrony dzieci przed krzywdzeniem.

Przykładowe wypowiedzi:

*Sprawdzanie stanu trzeźwości lub bycia pod wpływem alkoholu kobiety poprzez wizyty bez zapowiedzi. Pokazywanie konsekwencji – choroba dziecka lub utrata dziecka poprzez zabranie go do pieczy zastępczej.*

*Wniosek do Gminnej Komisji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych.*

*Zgłoszenie na terapię, komisję alkoholową oraz poinformowanie sądu.*

*Wspólne wejścia do środowiska asystenta i kuratora.*

*Sądowy nakaz leczenia odwykowego.*

*Wprowadzenie do kodeksu karnego odpowiedzialności za narażanie dziecka jeszcze przed narodzinami na utratę życia i zdrowia.*

## **H. Przeniesienie do innego środowiska, terapia zamknięta**

W badaniach uczestniczyli asystenci rodziny, którzy byli zdania, że w niektórych przypadkach konieczne jest umieszczenie kobiety w ciąży poza do-

mem rodzinnym. Po pierwsze jest wtedy możliwość odizolowania jej od osób, które używają alkoholu, po drugie możliwe jest pełne monitorowanie przebiegu ciąży. Badani asystenci rodziny wskazywali, że niestety jest niewiele ośrodków uzależnień, które przyjmują kobiety w ciąży. Rekomendują zatrudnienie lekarzy ginekologów i położników w takich ośrodkach oraz terapeutów uzależnień na oddziałach ginekologiczno-położniczych.

Przykładowe wypowiedzi:

*Przeniesienie do innego środowiska, odizolowanie od innych osób pijących problemowo w środowisku – na terapię zamkniętą, oddział położniczy.*

*Kobieta w ciąży, pijąca do 4 m-ca, wielokrotne rozmowy i silne przeżycia wokół reszty dzieci, których nie ma przy sobie, sprawiły, że sięgnęła dna. Detoks, terapia zamknięta. Dziś 8 m-c ciąży i nie pije. Silnie zmotywowana.*

*Mamy grupę wsparcia, terapię indywidualną oraz warsztaty dla rodziców. Istnieje możliwość umieszczenia kobiety w DSM monar-markot, gdzie objęta byłaby wszechstronną pomocą.*

*W gminie przyjmuje tylko psycholog, dlatego kobieta musi podjąć terapię stacjonarną, co jest dobrym sposobem odizolowania jej od osób pijących wokół.*

*Uważam, że powinna wejść ustawa, aby kobieta będąca w ciąży i nadużywająca alkoholu lub psychoaktywnych środków była z postanowienia sądu kierowana na zamknięte leczenie odwykowe tak długie, by mogła urodzić zdrowe dziecko.*

## I. Pomoc w zatrzymaniu przemocy

Z zaburzeniami w używaniu substancji psychoaktywnych w rodzinie wiąże się przemoc domowa. Blisko ¼ asystentów rodziny deklaruje, że pomaga kobiecie w ciąży w jej zatrzymaniu poprzez uruchomienie procedury „Niebieskie Karty” lub/i znalezienie jej miejsca w ośrodku interwencji kryzysowej.

Przykładowe wypowiedzi:

*W gminie, gdzie pracuję, rzeczywiście najtrudniej było, kiedy kobieta uzależniona zaszła w ciążę. W pierwszej kolejności należało jej uświadomić ryzyko spożywania, a następnie zająć się jej przemocowym partnerem. Kobieta najpierw musiała mi jako asystentowi zaufać. Dzięki mojemu modelowi*

*pracy, po pewnym czasie, opowiedziała o zachowaniu partnera. Udało się załatwić zakaz zbliżania i opuszczenie lokalu. To było najlepsze, co mogło kobietę spotkać. Do porodu nie piła.*

*Kobieta ciężarna współuzależniona w ciąży, wspierana przez asystenta trafiła na OIK, następnie otrzymała mieszkanie i wraz z dziećmi rozpoczęła nowe życie. W chwili obecnej nie nadużywa alkoholu.*

#### **4. Trudności asystentów rodziny z pracy z klientkami w ciąży**

Asystenci rodziny na podstawie opisów swojej pracy z przypadkiem przedstawiali również porażki w działaniu z kobietami używającymi alkoholu lub narkotyków. Niskie efekty są w pracy z klientkami z niepełnosprawnością intelektualną lub zaburzeniami psychicznymi. Osoby takie nie mają wglądu we własne reakcje emocjonalne i zachowania, trudno im zapanować nad popędami, zmienić nawyk na nowy. Trzeba im przygotowywać specjalne materiały dydaktyczne, używać ilustracji, figurek w miejsce słownych opisów.

Kolejną trudnością zgłaszaną przez respondentów jest niska dostępność do specjalistów w danej gminie, długi okres oczekiwania na wizytę, odległość poradni od miejsca zamieszkania klienta, brak środka transportu, brak opieki nad pozostałymi dziećmi w dzień wizyty, nieprzyjmowanie kobiet w ciąży w ośrodkach terapii zamkniętej. Duża liczba rodzin przypadająca na asystenta rodziny to również utrudnienie, gdyż brak jest wtedy możliwości kilkurazowego w tygodniu wchodzenia w środowisko i zajęcia się specjalnymi potrzebami kobiety w ciąży. Ponadto niska współpraca międzyinstytucjonalna. Świadczą o tym poniższe wypowiedzi:

*Na terenie naszej gminy jestem zostawiona sama sobie ze swoimi pomysłami. Jeżeli samej uda mi się nawiązać współpracę z innymi specjalistami (typu psycholog), to staramy się wspólnie opracować plan wspólnego działania w celu polepszenia sytuacji rodziny. Jeżeli specjaliści nie chcą podjąć współpracy, to asystent może tylko pedagogizować i motywować.*

*Brak czasu, za dużo rodzin i spraw.*

*Powinno powstać więcej ośrodków i specjalistów pracujących z kobietami w ciąży, bo ośrodki odwykowe czy terapie dzienne nie chcą leczyć kobiet, które są w ciąży, tłumacząc się tym, że nie mają do tego uprawnień.*

*Jeśli kobieta w ciąży dobrowolnie nie chce poddać się terapii, niestety jesteśmy bezradni.*

*Odległość do miasta powiatowego i jego infrastruktury pomocowej przekreśla wszystkie plany.*

*Niestety problem nadużywania alkoholu w mniejszych miejscowościach nadal jest tematem tabu. Mimo że lokalna społeczność o tym wie, to nie chce tego zgłaszać... „bo sąsiad”, „bo się będę po sądach ciągać”, „bo im dzieci zabiorą”. Wciąż w miejscowościach gminnych brak świadomości i edukowania nt. problemu nadużywania alkoholu.*

Poniżej zaprezentowałam również dłuższe cytaty wypowiedzi respondentów, będące fragmentami opisu pracy z przypadkami.

*Pani A. niepełnosprawność intelektualna w stopniu umiarkowanym. Pani 4-krotnie pozbawiona władzy rodzicielskiej. Pracuję z nią od 3 ciąży, każda z innym partnerem, którzy ciągle się zmieniają. Nadużywa alkohol i substancje psychoaktywne. Brak wizyt u lekarza ginekologa. Na każdą wizytę musiałam umówić, wyciągnąć Panią z łóżka i zaprowadzić do lekarza. Badania krwi to samo wyciąganie z mieszkania. Wręcz zmuszenie Pani A. do posprzątania mieszkania, przygotowania wyprawki... Po narodzinach karmienie piersią trwało chwilę. Pani nie gotuje, ciągle śpi, dziecko dokarmiane butelką. Świadczenie 500+ pod kontrolą, wizyty w mieszkaniu 2 razy dziennie. Kupowanie pieluch, mleka, rejestrowanie dziecka do lekarza. Zrzucenie opieki nad dzieckiem babci. Pani A. wychodzi z domu na kilka dni, zostawiając dziecko. Dziecko zabrane do rodziny zastępczej. Kolejna ciąża – ta sama przeprawa do porodu. Dziecko rodzi się chore. Zostawiła w szpitalu, nie odwiedza. Dziecko przewiezione do szpitala specjalistycznego. Rodzice pozbawieni praw. To historia w skrócie.*

*Miałam klientkę lat 30, matka 2 dzieci, z trzecim w ciąży po dwóch wszywkach. Kiedy dowiedziała się, że spodziewa się trzeciego dziecka, sama przyznała się, że przy dwóch ciążach tak piła, że więcej było alkoholu, jak wód płodowych. Trzecia ciąża była już inna. Dbała o siebie, kontrolowała wizyty u ginekologa. Systematycznie robiła badania. Wzorowa mama do porodu... Po 6 miesiącach zaczęła sięgać po środki psychoaktywne. Dom zaniedbany, dzieci głodne. Sąd zabezpieczył dzieci w instytucjonalnej pieczy zastępczej.*

*Obydwoje rodzice byli uzależnieni od alkoholu, dodatkowo ojciec dziecka miał przeszłość kryminalną i skłonność do destruktywnych zachowań. Klienci nie rozumieli lub nie chcieli przyjąć do wiadomości, jak szkodliwy jest wpływ alkoholu na płód. Ciężarna starała się powstrzymać od spożywania alkoholu, jednak za namową partnera i jego kolegi sięgnęła po alkohol. Kurator i pracownik socjalny sugerowali znalezienie powodu do odebrania starszego i mającego się narodzić dziecka, do czego w efekcie doszło.*

*Niestety mimo wielu działań i szczerych chęci nie udało mi się zmotywować Pani do podjęcia leczenia. Uzależnienie było tak silne, że Pani mimo zgromadzenia wyprawki, zapisania na terapię i pogadankach o wpływie alkoholu na dziecko, niestety dalej piła. W konsekwencji urodziła dziecko pod wpływem alkoholu. Praca z kobietą w ciąży uzależnioną jest bardzo trudna.*

*Niestety w mojej pracy nie mogę podzielić się dobrą praktyką. Pani, która nadużywała alkoholu podczas ciąży, nie współpracowała z żadną instytucją. Żadne działania podejmowane przez pracowników OPS nie były na tyle skuteczne, żeby uchronić dziecko przed FAS.*

## **5. Wieloaspektowe działania – propozycje asystentów rodziny na pracę z kobietą w ciąży i jej rodziną**

Asystenci rodziny uczestniczący w badaniach, dzieląc się pomysłami na pracę z kobietą w ciąży i jej rodziną, wskazywali, że najlepszą drogą są wielokierunkowe, spójne działania wielu instytucji.

Respondenci zaznaczyli, że należy rozpocząć od towarzyszenia kobiecie w ciąży w sytuacjach dnia codziennego. Udzielać wsparcia emocjonalnego. Tworzyć i prowadzić przy wsparciu psychologa i terapeuty uzależnień warsztaty dla przyszłych mam ze skłonnościami do stosowania alkoholu i środków psychoaktywnych w celu zorganizowania przestrzeni do rozmowy, wzajemnego wsparcia, likwidacji poczucia osamotnienia. Następnie prowadzić warsztaty dla rodziców z dziećmi w celu stworzenia bezpiecznej przestrzeni do wymiany doświadczeń w zakresie opieki i wychowania dzieci, powtórnej socjalizacji rodziców, nauki atrakcyjnych form spędzania czasu wolnego.

Ważnym krokiem powinno być przekonanie kobiety, by z własnej woli podjęła terapię, czy stacjonarną zamkniętą, czy w formie ambulatoryjnej, bo dopiero wytrzeźwienie pomoże zrozumieć jej, jaką krzywdę robi dziec-

ku i samej sobie. Ważny jest przyspieszony dostęp do terapeuty w takich sytuacjach. W momencie, kiedy rozmowy i praca z terapeutą nie przynoszą zamierzonego skutku, następuje umieszczenie w stacjonarnym ośrodku terapeutycznym.

Zdaniem asystentów rodziny na terenie każdej gminy powinien istnieć ośrodek bądź szpital z oddziałem leczenia kobiet w ciąży z problemem uzależnień. Mogłyby przebywać w nim przez cały okres ciąży oraz porodu, jeśli nie mają jeszcze dzieci. W przypadku posiadania dzieci – możliwość zapewnienia im na terenie ośrodka opieki, aby matka mogła korzystać ze wsparcia. Oprócz terapeutów mogliby być również edukatorzy seksualni, położne, lekarze. Można byłoby także organizować zajęcia z rozwoju dziecka. Kobieta po wyjściu z ośrodka powinna mieć możliwość kontynuowania w nim terapii.

Jedna z asystentek stwierdziła, że dobrym rozwiązaniem byłby obowiązek uczestnictwa w warsztatach profilaktycznych dla kobiet w ciąży dotyczących zagrożeń wynikających z picia alkoholu w okresie ciąży pod rygorem nieotrzymania świadczeń poporodowych jak np. zapomoga z tytułu urodzenia dziecka

**Innymi rozwiązaniami, które dobrze byłoby wdrożyć, jest terapia uzależnień** kobiety w ciąży i zapewnienie ochrony życia nienarodzonego dziecka z chwilą jego narodzenia, jeśli matka pije już w okresie ciąży.

Ponadto według asystentów rodziny ważne jest zaangażowanie większej ilości osób do udzielania wsparcia kobiecie borykającej się z tym problemem. Wspieranie, edukowanie i pedagogizacja kobiety w ciąży byłyby po stronie asystenta i terapeutów. Kurator, policjant i pracownik socjalny pełniliby funkcję kontrolną, nie obarczając tym asystentów rodziny. Przyzwolenie przez władze kierownicze ośrodka na pracę według modelu wspierająco-pedagogizującego, zmniejszenie liczby dokumentów i rodzin przypadających na jednego asystenta. Fundusze na etaty dla terapeutów uzależnień w gminie i prowadzenie grup wsparcia dla kobiet w ciąży i ich rodzin, a także opieka nad pozostałymi dziećmi, gdy rodzice są na zajęciach.

## PODSUMOWANIE

Z analizy zaprezentowanych powyżej danych wynika, że rekomendowanymi przez badanych asystentów rodziny działaniami skierowanymi do kobiety w ciąży używającej środków psychoaktywnych i jej rodziny są:

- 1) prowadzenie indywidualnych i grupowych działań profilaktycznych i edukacyjnych w zakresie wpływu alkoholu i innych środków psychoaktywnych na płód skierowanych do młodzieży, kobiet w wieku rozrodczym, kobiet w ciąży i ich partnerów (przez szkoły, poradnie psychologiczno-pedagogiczne, poradnie zdrowia, poradnie „K”, punkty konsultacyjno-informacyjne, ośrodki pomocy społecznej, organizacje pozarządowe); informowanie kobiet w ciąży przez lekarzy ginekologów i położne o wpływie alkoholu, narkotyków, dopalaczy i leków na płód przy okazji kontrolnych wizyt lekarskich;
- 2) praca w zespołach multiprofesjonalnych, złożonych z przedstawicieli ochrony zdrowia, wsparcia rodziny, pomocy społecznej, sądu i policji w celu podziału ról i zadań oraz ich uspołnienienia i koordynacji, zapraszanie na spotkania kobiet w ciąży i innych członków jej rodziny;
- 3) objęcie oddziaływaniem nie tylko kobiety w ciąży, lecz także jej całej rodziny, odnowienie więzi z dalszymi krewnymi mogącymi udzielić pomocy, uruchomienie grup wsparcia i innych form samopomocy;
- 4) lepszy dostęp do specjalistów leczenia uzależnień i psychoterapeutów, umożliwienie wykonywania przez nich czynności w miejscu zamieszkania rodziny;
- 5) terapia zaburzeń posttraumatycznych – obejmująca również pracę z ciałem i emocjami, poznawanie alternatywnych sposobów na regulację emocji niż odurzanie się;
- 6) udzielanie wsparcia emocjonalnego kobiecie w ciąży (asystent rodziny, terapeuci),
- 7) udzielenie wsparcia instrumentalnego i materialnego (asystent rodziny, pracownik socjalny oraz fundacje działające na rzecz rodzin z dziećmi) w celu poprawy warunków socjalno-bytowych;
- 8) częstsze wizyty w środowisku, pomoc w prowadzeniu gospodarstwa domowego, wspólne rozmowy, zachęcanie do rozwijania zainteresowań oraz poszukiwanie alternatywnych do używania substancji sposobów na regulację emocji (asystent rodziny);
- 9) wsparcie w rozwiązywaniu problemów w relacji partnerskiej, motywowanie do udziału w terapii par, mediacji (asystent rodziny) lub jeśli to nie jest możliwe, do rozpoczęcia procedury „Niebieskie Karty” (pracownik socjalny);



- 10) koordynacja poradnictwa dla kobiet w ciąży i rodzin – wykorzystanie możliwości wynikających z ustawy o wsparciu kobiet w ciąży i rodzin „Za życiem” (asystent rodziny);
- 11) w przypadkach zaburzeń w używaniu alkoholu w stopniu zarówno lekkim, umiarkowanym, jak i głębokim oraz używaniu narkotyków, dopalaczy i leków niedozwolonych w ciąży, których nie da się zniewelować, używając modelu wspierająco-pedagogizującego – motywowanie kobiety do udania się na terapię w zamkniętych ośrodkach leczenia uzależnień (asystent rodziny, pracownik socjalny, kurator sądowy) lub nakaz umieszczenia jej tam (wniosek dotyczący leczenia odwykowego – gminna komisja ds. przeciwdziałania alkoholizmowi, decyzja – sąd);
- 12) rozpatrywanie wniosków o przymusowym leczeniu nałogowo pijących kobiet w ciąży w trybie pilnym – wykorzystywanie możliwości, jakie daje ustawa o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi (gminna komisja ds. przeciwdziałania alkoholizmowi, sąd);
- 13) zatrudnienie lekarzy ginekologów i położników w takich ośrodkach oraz terapeutów uzależnień na oddziałach ginekologiczno-położniczych;
- 14) ogólnopolskie i lokalne kampanie społeczne dotyczące przeciwdziałania używaniu alkoholu i innych środków psychoaktywnych przez kobiety, np. Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych (PARPA) uruchomiła nową stronę internetową ([www.dzieckobezfasd.pl](http://www.dzieckobezfasd.pl)) oferującą porady online, informacje naukowe i profesjonalne wsparcie dla kobiet pragnących ograniczyć picie alkoholu.

Praca z kobietą w ciąży pijącą alkohol również u asystentów rodziny rodzi wiele dylematów. Z jednej strony chcieliby stworzyć z klientką relację pomocową i na jej podstawie wypracować motywację do utrzymywania trzeźwego stylu życia. Z drugiej strony mają świadomość, że każda wypita jednostka alkoholu może trwale uszkodzić płód. Stąd postulaty zapewnienia ochrony dziecku przez umieszczenie matki w instytucji stacjonarnej. Działania pośrednie, w postaci kontrolowania środowisk, są zdaniem większości asystentów rodziny mało skuteczne. Powodują zazwyczaj opór klientki i jej rodziny oraz prowadzą do unikania kontaktów z asystentem rodziny i innymi służbami, jak również ukrywania problemu.

## BIBLIOGRAFIA

- Banach, M., Konieczna, Z. (2010). Świadomość kobiet dotycząca zagrożeń związanych z pićciem w czasie ciąży. W: M. Banach, T.W. Gierat (red.), *Z zagadnień profilaktyki zagrożeń społecznych* (s. 22–47). <https://docplayer.pl/13286222-Z-zagadnien-profilaktyki-zagrozen-spoecznych.html>, dostęp: 16.07.2022.
- Brenfeld, B., Mazurkiewicz, J. (2016). *Za młody, by pić. Naruszenie prawa do życia lub zdrowia dziecka przez pijące alkohol kobiety ciężarne*. [https://www.bibliotekacyfrowa.pl/Content/77815/PDF/Brenfeld\\_B\\_Mazurkiewicz\\_J\\_Za\\_mloidy\\_by\\_pic\\_Naruszenie\\_prawa\\_do\\_zycia\\_lub\\_zdrowia\\_dziecka\\_przez\\_pijace\\_alkohol\\_kobiety\\_ciezarne.pdf](https://www.bibliotekacyfrowa.pl/Content/77815/PDF/Brenfeld_B_Mazurkiewicz_J_Za_mloidy_by_pic_Naruszenie_prawa_do_zycia_lub_zdrowia_dziecka_przez_pijace_alkohol_kobiety_ciezarne.pdf), dostęp: 16.07.2022.
- Ciechanowski, J., Chmielewska, B., Czyż, E. (2010). *Monitoring przestrzegania praw pacjentów i dostępu do stacjonarnego leczenia uzależnień od narkotyków*. Warszawa: Helsińska Fundacja Praw Człowieka.
- Kamińska-Jatczak, I. (2021). *Aktywność asystentów rodziny*. Łódź: Wydawnictwo UŁ.
- Kmieciak, B. (2018). Socjo-prawne uwagi dotyczące propozycji przymusowego leczenia odwykowego kobiet w ciąży. *Kwartalnik Naukowy*, 1(33), 172–289.
- Kolk, B. van der (2019). *Strach ucieleśniony. Mózg, umysł, ciało w terapii traumy*. Warszawa: Wydawnictwo Czarna Owca.
- Krasiejko, I. (2016). *Asystentura rodziny. Rekomendacje metodyczne i organizacyjne*. Warszawa: Wydawnictwo MRiPS.
- Krasiejko, I. (red.). (2017). *Asystentura rodziny w zakresie wsparcia kobiet w ciąży i rodzin „Za życiem” – rekomendacje metodyczne i organizacyjne*. Warszawa: Wydawnictwo MRiPS.
- Krasiejko, I. (2022). *The profession of a family assistant in Poland*. Warszawa: Wydawnictwo Difin.
- Michalak, M. (2017). *List Rzecznika Praw Dziecka Marka Michalaka do prezydenta RP Andrzeja Dudy*. Warszawa: Biuro Rzecznika Praw Dziecka. Za: B. Kmieciak (2018), Socjo-prawne uwagi dotyczące propozycji przymusowego leczenia odwykowego kobiet w ciąży. *Kwartalnik Naukowy*, 1(33), 172–289.
- Pużyński, S. (2015). *Dylematy współczesnej psychiatrii. Problemy kliniczne, etyczne i prawne*. Warszawa: Wydawnictwo Eneteia.
- Żukiewicz-Sobczak, W., Paprzycki, P. (2013). *Zachowania zdrowotne kobiet w ciąży*. Cz. 1. Lublin.[file:///C:/Users/ikras/Downloads/Zachowania\\_zdrowotne\\_kobiet\\_w\\_ci%C4%85%C5%BCy\\_-\\_raport\\_IMW\\_w\\_Lublinie.PDF](file:///C:/Users/ikras/Downloads/Zachowania_zdrowotne_kobiet_w_ci%C4%85%C5%BCy_-_raport_IMW_w_Lublinie.PDF), dostęp: 16.07.2022.
- Żuralska, R., Kuzepska, M., Mziray, M., Postrożny, D., Muczyn, A., Studzińska, B., Książek, J. (2011). Alkohol i ciąża. Wstępne badanie opinii kobiet na temat spożywania alkoholu w okresie ciąży. *Problemy Pielęgniarstwa*, 19(4), 533–537.
- Ustawa z dnia 9 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej, (Dz.U. z 2011 r. nr 149, poz. 887 z późn. zm.).
- Ustawa z dnia 4 listopada 2016 r. o wsparciu kobiet w ciąży i rodzin „Za życiem” (Dz.U. z 2016 r., poz. 1860).

## RECOMMENDATIONS FOR WORKING WITH A PREGNANT WOMAN CONSUMING ALCOHOL – PERSPECTIVE OF FAMILY ASSISTANTS

### ABSTRACT

Working with families with children in the form of family assistantship has been carried out in Poland for over 10 years. The family assistant works with families to strengthen their care and educational skills and to assist with home and family matters. It also coordinates counselling for pregnant women. Families deal with life's difficulties in different ways. Alcohol is seen as one of the means of self-regulation of emotions. Drinking alcohol by pregnant women can lead to FASD (Fetal Alcohol Syndrome Disorder). Thus, the profession of a family assistant is one of the helping professions that can counteract this phenomenon. This article presents the experiences of family assistants in working with pregnant women who consume alcohol and their opinions on the methods of preventing and treating addictions in expectant mothers.

**KEYWORDS:** working with a pregnant woman consuming alcohol, family assistantships, multi-professional cooperation of helping professions