

**Tytuł książki: „Antykoncepcja. Planowanie rodziny u progu XXI w”**

**Autor: Eugeniusz Siwik**

## **1. OGÓLNE PROBLEMY ANTYKONCEPCJI**

### **I.1. Regulacja urodzeń**

Celem regulacji urodzeń jest pozytywny lub negatywny wpływ na stopień reprodukcji. Wpływ pozytywny wyraża się w utrzymywaniu zagrożonej ciąży, leczeniu niepłodności, sztucznym zapłodnieniu, zachęcaniu do większej liczby potomstwa. Wpływ negatywny zmierza do ograniczenia urodzeń przez antykoncepcję, przerywanie ciąży, sterylizację i okresową wstrzemięźliwość.

Regulacja urodzeń jest praktykowana od zarania dziejów. Najczęściej dyktowała ją polityka społeczna: jeżeli potrzebna była większa liczba wojowników, żołnierzy, ludzi do pracy czy wyznawców danej religii, stosowano politykę sprzyjającą zwiększaniu urodzeń, natomiast działania ograniczające przyrost podejmowano wtedy, gdy liczba ludności niekontrolowanie rosła.

Jednak w potocznym rozumieniu przez regulację urodzeń rozumienie się najczęściej ograniczanie przyrostu naturalnego, przy czym pojmuje się go dwojako: jako szeroko rozumianą antykoncepcję, czyli zapobieganie zapłodnieniu, oraz jako przerywanie już istniejącej ciąży we wczesnym okresie jej rozwoju.

Konsekwencje przerywania ciąży, zwłaszcza pierwszej, są wielorakie i wszystkie szkodliwe, toteż uznaje się za jedynie słuszne regulowanie urodzeń zgodnie z pierwszym rozumieniem tego terminu, tj. przez stosowanie antykoncepcji.

-----  
rys. 1  
-----

Regułą jest, że większa edukacja w zakresie antykoncepcji powoduje zmniejszenie liczby sztucznych poronień. Przykładem mogą być kraje o wysokim stopniu cywilizacji, w których 70-80% kobiet w wieku rozrodczym zna metody antykoncepcji, przyrost ludności jest tam zatem regulowany. W krajach „trzeciego świata” metody antykoncepcji zna zaledwie kilka procent kobiet w wieku rozrodczym, w związku z czym obserwuje się tu przyrost żywiołowy, będący hamulcem rozwoju i poprawy bytu społeczeństwa. Szerzenie wiedzy o właściwych, bezpiecznych i możliwie najskuteczniejszych metodach i środkach antykoncepcji jest w dzisiejszym świecie koniecznością. Zapewnienie antykoncepcji na odpowiednim poziomie leży w interesie wszystkich społeczeństw i urasta do problemu rangi światowej.

Antykoncepcja ma pewne aspekty etyczne. Jeden z nich wiąże się ze znaczną liczbą poronień sztucznych, często kryminalnych, z dużym współczynnikiem zachorowalności w wyniku aborcji i negatywnymi skutkami psychicznymi tego zjawiska. Niechciane i nie planowane ciąży mają niekorzystny wpływ na jednostkę i na całe społeczeństwo. Dlatego słuszniej jest

zapobiegać ciąży, niż pozwolić wpadać kobietom w pułapkę trudnego problemu ciąży przedmałżeńskiej czy nawet małżeńskiej, ale z różnych względów niechcianej, np. w zbyt wczesnym wieku. Pociąga to za sobą możliwość poważnych zakłóceń rozwoju emocjonalnego oraz stosunków rodzinnych. Zalegalizowana aborcja terapeutyczna też nie jest dobrym rozwiązaniem. Udostępnienie odpowiednio nadzorowanej antykoncepcji młodym kobietom wydaje się jedynym, logicznym, praktycznym sposobem rozwiązania tego problemu.

Obecnie regulacja urodzeń wiąże się z założeniami demograficznymi poszczególnych państw. Oprócz skrajnych przypadków, np. Chin, w których państwo bardzo silnie ingeruje w liczbę posiadanych dzieci, w większości społeczeństw kobieta (czy też małżeństwo) ma prawo decydowania o liczbie własnego potomstwa. Według ocen ośrodka socjologicznego Światowego Departamentu Płodności (World Fertility Survey) obecnie kobiety na całym świecie planują mniej dzieci, niezależnie od czynników rodzinnych czy ekonomicznych.

Odpowiednie planowanie urodzeń jest też skutecznym sposobem zapobiegania śmiertelności matek i noworodków, ponieważ planowanie rodziny może pomóc parom małżeńskim uniknąć ciąży wysokiego ryzyka.

Dane z całego świata [1]<sup>\*)</sup> pokazują, że największe ryzyko zachorowań i śmierci matek i noworodków występuje wśród kobiet ciężarnych:

- przed 18 rokiem życia (za szybko)
- powyżej 35 roku życia (za późno)
- mających za sobą więcej niż 4 porody (za dużo)
- zachodzących w ciążę częściej niż co dwa lata (za często).

W części Europy i Ameryki Północnej śmiertelność noworodków obniżyła się w ostatnich 15 latach o 25% ponieważ znacznie zmniejszyła się liczba porodów wśród kobiet starszych, z dużą liczbą dzieci. W krajach Afryki i Azji umiera rocznie przy porodzie około 5,6 mln noworodków i 200 tys. matek. Można byłoby chociażby w części, tego uniknąć, gdyby kobiety rodziły tylko w najbezpieczniejszych latach, tj. między 21 a 30 rokiem życia, planowały porody w odpowiednich odstępach czasu, a rodzinę – w umiarkowanym rozmiarze.

## **I.2. Planowanie rodziny jako skuteczna i bezpieczna profilaktyka.**

Medycyna rozrodu (reproductive medicine) lub zdrowie reprodukcyjne stały się niezwykle ważną dziedziną .

Końcowy dokument IV Światowej Konferencji w sprawie Kobiet (Pekin 1995) w art.94 określa zdrowie reprodukcyjne jako stan dobrego samopoczucia w aspekcie fizycznym, psychicznym i społecznym, a nie brak choroby lub niedomagań we wszystkich sprawach związanych z układem rozrodczym, jego

---

\*) Liczby w nawiasach kwadratowych wskazują na pozycję bibliografii zamieszczonej na końcu książki.

funkcjami i procesami. Zdrowie reprodukcyjne oznacza zatem, że ludzie mogą prowadzić satysfakcjonujące i bezpieczne życie seksualne oraz że mają zdolność do reprodukcji, jak również swobodę decydowania, czy, kiedy i ile chcą mieć dzieci. Z tego ostatniego warunku wynika prawo mężczyzn i kobiet do odpowiedniej informacji oraz możliwości korzystania z bezpiecznych, skutecznych, przystępnych finansowo oraz akceptowanych metod planowania rodziny i do dokonywania wyboru spośród innych, nie kolidujących z prawem metod regulacji płodności, a także prawo dostępu do odpowiednich usług służby zdrowia, zapewniających kobietom bezpieczną ciążę i poród, a parom najlepszą szansę posiadania zdrowego potomstwa. Zgodnie z powyższą definicją zdrowia reprodukcyjnego, opieka, której jest ono przedmiotem, to zespół metod i usług służących zapewnieniu zdrowia i dobrostanu reprodukcyjnego przez zapobieganie problemom w tej dziedzinie i ich rozwiązywanie. [90]. Według raportu przygotowanego przez Federację na Rzecz Kobiet i Planowania Rodziny, sfinansowanego przez program Phare „Zdrowie reprodukcyjne kobiet w Polsce 1997” „do zagadnień zdrowia reprodukcyjnego kobiet należą m.in.:

- poradnictwo na temat seksualności, ciąży, planowania rodziny, aborcji, bezpłodności, infekcji i chorób
- profilaktyka, badanie i leczenie w zakresie zakażeń dróg rodnych, chorób przenoszonych drogą płciową ( w tym HIV/AIDS) oraz innych schorzeń
- pełna informacja na temat szerokiego asortymentu środków antykoncepcyjnych i kryteriów dokonywania wyboru spośród nich
- zapobieganie i leczenie niepłodności
- bezpieczne zabiegi aborcji w uzasadnionych przypadkach
- opieka przed porodem, w trakcie porodu i poporodowa
- problemy zdrowotne kobiet z związane z menopauzą.

Według tego samego raportu można stwierdzić, że społeczność międzynarodowa zaliczyła prawa reprodukcyjne do podstawowych praw człowieka.

Obejmują one prawo wszystkich par i jednostek do:

- swobodnego decydowania o liczbie dzieci, odstępach między ich narodzinami, czasie, w jakim się mają narodzić, a także informacji, w jaki sposób to zrealizować
- osiągnięcia najwyższego standardu zdrowia seksualnego i reprodukcyjnego oraz prawo do informacji i usług w tym zakresie
- podejmowania decyzji związanych z prokreacją w sposób wolny od dyskryminacji, przymusu i przemocy.

Jak wynika z analiz WHO, każdego dnia na kuli ziemskiej ma miejsce ok. 150 000 poronień i każdego dnia z tego powodu umiera 500 kobiet. Czy te kobiety

muszą umierać.?

Na III Kongresie Endokrynologii Ginekologicznej mówiono o niekontrolowanym przyroście ludności, który prowadzi do polaryzacji na dwa bieguny: bogactwa i nędzy. Taka polaryzacja w sposób nieuchronny zaowocuje konfliktami zbrojnymi.

A zatem istnieje konieczność stosowania metod zapobiegania niechcianej ciąży zgodnie z kryteriami według których te metody powinny być oceniane. Do podstawowych kryteriów oceny metod antykoncepcyjnych należy zaliczyć:

- Skuteczność
- Odwracalność
- Bezpieczeństwo
- Akceptację
- Dostępność
- Przystępną cenę.

Obecnie mamy szeroki wybór łatwo dostępnych sposobów planowania rodziny oraz metod zapobiegania ciąży. I tak np. antykoncepcja doustna, prezerwatywy czy środki plemnikobójcze są odpowiednie, jeśli chodzi o opóźnienie pierwszej ciąży, podczas gdy dobrowolna sterylizacja jest najskuteczniejsza dla starszych małżeństw, które nie chcą mieć więcej dzieci.

Nowoczesne metody planowania rodziny są bezpieczne. Preparaty antykoncepcyjne nie są toksyczne, nawet jeśli zostaną niewłaściwie zastosowane, co ma istotne znaczenie dla zdrowia społeczeństwa, jak też pozamedycznego ich rozprawiania. Podczas stosowania niektórych metod antykoncepcyjnych, takich jak: prezerwatywa, substancje plemnikobójcze i naturalne planowanie rodziny, jedynie ważne czynniki mogą być przyczyną przypadkowej ciąży. Inne metody wiążą się z pewnym ryzykiem, które można zmniejszyć dzięki prostym ćwiczeniom i zastosowaniu się do wskazówek lekarza.

Niektóre metody antykoncepcji mają dodatkowo pewne walory zdrowotne. Na przykład prezerwatywa zapobiega rozprzestrzenianiu się AIDS i chorób wenerycznych, antykoncepcja doustna rozwiązuje niektóre problemy miesiączkowania, zapobiega chorobom zapalnym miednicy, nowotworom błony śluzowej macicy, nowotworom jajników, anemii i reumatoidalnemu zapaleniu stawów.

Zadaniem całej służby zdrowia, a szczególnie lekarzy ginekologów, jest udzielenie informacji na temat płodności i metod zapobiegania niepożądaney ciąży. Lekarz, niezależnie od swoich poglądów osobistych czy religijnych, powinien jak najrzetelniej udzielić porady dotyczącej planowania rodziny, a tym samym antykoncepcji.

Ograniczenie liczby potomstwa do rozsądnych granic wpływa na poprawę jakości życia, zdrowie potomstwa oraz utrzymanie zdrowia i dobrobytu rodziny. Wykazano [2], że istnieje znaczący związek między czasem występowania pierwszej miesiączki u dziewcząt a liczebnością rodziny. Im liczniejsza rodzina,

tym u dziewcząt później występuje miesiączka, a dziewczęta i chłopcy mają niższy wzrost i mniejszy ciężar ciała. Jedyńcy rozwijają się jednakowo dobrze we wszystkich grupach społecznych. W rozległych badaniach przeprowadzonych m.in. w Niemczech, Czechosłowacji i Polsce stwierdzono, że testy określające współczynnik inteligencji wypadają gorzej u dzieci z rodzin liczebniejszych. Na przykład w Szkocji wskaźnik ten u jedynaków wynosił 113, a u dzieci mających czworo rodzeństwa – 81 [3].

Według Światowej Organizacji Zdrowia (WHO)<sup>\*)</sup> w rodzinach wielodzietnych występuje większa zachorowalność dzieci, szczególnie na schorzenia górnych dróg oddechowych. Najczęstszymi schorzeniami w tych rodzinach są niedożywienie i związane z nim choroby oraz zarobaczenie [4]. Zbyt liczne potomstwo obciąża materialnie rodziców, a częste i liczne porody odbijają się na zdrowiu matki, a pośrednio także na zdrowiu jej dzieci.

Do regulacji urodzeń powinno się zmierzać głównie przez działania wychowawcze w tej dziedzinie, i to poczynając od przedszkola. Bardzo ważne jest dostatecznie wczesne zapoznanie młodzieży z metodami i środkami antykoncepcyjnymi, gdyż właśnie młodzi ludzie najboleśniej odczuwają skutki „analfabetyzmu antykoncepcyjnego” [5].

Z badań nad zachowaniami seksualnymi młodzieży w Polsce wynika, że tylko około 7% dziewcząt i około 17% chłopców stosuje skuteczne środki antykoncepcyjne. Również wśród ludzi dorosłych wiedza na temat zapobiegania ciąży była i jest niedostateczna. Skutkiem tego stanu była duża liczba aborcji, zarówno w praktyce prywatnej, jak i w szpitalach i klinikach.

Upowszechnienie i udostępnienie antykoncepcji wymaga wprowadzenia zasady, że poradnictwo antykoncepcyjne powinno być obowiązkowe we wszystkich poradniach „K”, spółdzielniach lekarskich, gabinetach prywatnych, szpitalach i klinikach, a nie tylko w specjalistycznych poradniach Towarzystwa Rozwoju Rodziny [6].

Dla ochrony zdrowia kobiet, a tym samym ich rodzin, i ich potencjalnej płodności, konieczne jest zarówno nasilenie informacji, jak też zasadnicza poprawa zaopatrzenia rynku we wszelkiego rodzaju środki antykoncepcyjne.

Do chwili obecnej nie ma w naszym kraju całościowego programu obejmującego zagadnienia regulacji urodzeń i zapobiegania niepożądaney ciąży<sup>\*\*)</sup>.

W literaturze popularnonaukowej, jak też w niniejszym opracowaniu można spotkać takie określenia, jak: metody regulacji płodności, planowanie rodziny, NPR – naturalne planowanie rodziny, metody regulacji poczęć,

---

<sup>\*)</sup> Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) jest jedną z wyspecjalizowanych organizacji działających w ramach ONZ. Zrzesza 131 krajów i zajmuje się sprawami zdrowia w skali międzynarodowej.

<sup>\*\*)</sup> Programy dotyczące wychowania seksualnego przygotowane przez Ministerstwo Zdrowia i Opieki Społecznej w 1993 roku nie zostały zaakceptowane przez Ministerstwo Edukacji Narodowej.

zapobieganie ciąży, antykoncepcja, świadome macierzyństwo. Są to różne określenia tego samego zagadnienia, stosowane w zależności od kontekstu czy też autora.

### **Antykoncepcja naturalna i medyczna – historia zapobiegania ciąży i kontroli urodzeń**

Antykoncepcja jest coraz bardziej rozpowszechniona na świecie. Metody naturalne zapobiegania ciąży propagowane są przez kościół katolicki na prelekcjach przedślubnych w każdej parafii, natomiast medyczne metody antykoncepcji są często przedstawiane jako sposoby prowadzące do wczesnego przerywania już zaistniałej ciąży.

Nowoczesne pigułki hormonalne nie hamują jajczkowania, a tylko zmieniają śluz szyjkowy i wytwarzają okresową blokadę dla plemników. W przypadku wkładek wewnątrzmacicznych trzeciej generacji, np. z progesteronem<sup>\*)</sup>, zmieniony śluz w szyjce macicy nie przepuszcza plemników.

Całkowicie pewną metodą antykoncepcji naturalnej jest abstynencja seksualna, co jest sprawą oczywistą. Drugą, równie skuteczną metodą naturalną jest sterylizacja przez podwiązanie jajowodów. W Polsce zabieg ten jest wykonywany bardzo rzadko, niekiedy podczas trzeciego cięcia cesarskiego, kiedy wiadomo, że następna ciąża grozi życiu kobiety.

Abstynencję seksualną stosowano od lat. Jej formą było opóźnione zawieranie małżeństw, długotrwałe karmienie piersią, okresowy celibat, okresowa izolacja mężczyzn od kobiet czy tworzenie tabu wokół pewnych procesów fizjologicznych, takich jak: miesiączka, ciąża, poród czy seks. Metody naturalne (metoda rytmu, okresowa abstynencja, naturalne planowanie rodziny) pozwalają na „bezpieczne” stosunki płciowe tylko w ostatnich 8 dniach przed i w 3 pierwszych po miesiączce [7].

Jak wynika z badań, komórka jajowa jest gotowa do zapłodnienia tylko w ciągu 6-8 godzin, a plemnik znajdujący się w drogach rodnych kobiety jest zdolny do zapłodnienia jaja w okresie 72-82 godzin. Jajczkowanie występuje zwykle w połowie cyklu, wydaje się więc, że okres płodności jest krótki i łatwo go obliczyć. Niestety, cykle miesięczne u kobiet są często nieregularne i tzw. szczyt owulacyjny<sup>\*\*)</sup> może występować w różnych dniach cyklu, zwłaszcza u kobiet młodych i u starszych, przed menopauzą. Na jego wystąpienie wpływa

---

<sup>\*)</sup> Progesteron jest to hormon produkowany przez ciało żółte jajnika, a w czasie ciąży przez łożysko. Jest konieczny do przygotowania ścian macicy do przyjęcia zapłodnionego jaja.

\*\*\*) Szczyt owulacyjny to trwający 6-8 godzin okres, w którym dojrzała komórka jajowa uwolniona z jajnika przechodzi jajowodem do macicy. Tylko w tym czasie może ona zostać zapłodniona.

wiele różnych czynników, np. zmęczenie, zmiana klimatu, intensywne przeżycie itp. Z tego powodu obliczanie dni płodnych na podstawie uprzednich cykli menstruacyjnych nie stanowi pewnej wskazówki do zapobiegania ciąży.

Metody naturalne zapobiegania ciąży są również szeroko zalecane przez WHO. Naturalnym planowaniem rodziny (NPR) nazywamy takie metody planowania lub zapobiegania ciąży, które polegają na obserwacji objawów i oznak świadczących o fazie płodności i niepłodności w cyklu miesięczkowym, bez podejmowania współżycia w okresie płodnym, jeśli chce się uniknąć ciąży (WHO, 1982).

NPR obejmuje kilka metod rozpoznawania płodności i niepłodności w cyklu miesięczkowym. Metody te opierają się głównie na wiedzy naukowej dotyczącej mechanizmów funkcjonowania męskiego i żeńskiego układu płciowego oraz na zrozumieniu objawów i oznak, które w sposób naturalny pojawiają się w cyklu miesięczkowym. Objawy te wskazują na płodność lub niepłodność kobiety w cyklu miesięczkowym.

Początek ewolucji dotyczącej ograniczania liczby urodzeń sięga czasów starożytnych, poczynając od dzieciobójstwa, poprzez sztuczne poronienia, aż do współczesnych metod planowania rodziny. Źródła sanskryckie starożytnych Indii podają interesujące sposoby zapobiegania ciąży, np. bierne zachowanie kobiety w czasie spółkowania czy też zatrzymanie oddechu przez kobietę w czasie wytrysku nasienia. Inna receptura pochodząca z tego samego kraju to jedzenie przez dwa tygodnie dużych ilości trzyletniej melesy. Sądono, że jeżeli kobieta dokona takiego poświęcenia, to do końca życia pozostanie bezdzietna. Podobne efekty miało wywoływać wypicie mieszanki sporządzonej z rośliny kallambha, zmieszanej z odnóżami much pochodzących z najbliższej dżungli.

Prostytutki w starożytnej Japonii i Chinach nakładały na szyjkę macicy kawałki naoliwionej tkanki bambusa.

„Puchar korzeni” opisany w Talmudzie zawierał gumę arabską, alun w płynie i krokus ogrodowy, które utarte podawano z piwem.

W starożytnym Egipcie metody „bariery” należą do najstarszych udokumentowanych sposobów antykoncepcji. W Egipcie proponowano i stosowano barwne osłony płócienne-prezerwatywy, ale także dopochwowe kążki sporządzone z mieszaniny miodu i krokodylego łajna. Inna metoda zalecała przed spółkowaniem wprowadzenie do pochwy specjalnego przedmiotu, mógł to być szlachetny kamień, który miał na celu przeszkadzanie we wniknięciu nasienia do dróg rodnych. Jeszcze w VI wieku stosowano w

Egipcie kraszki dopochwowe wykonane z miąższu granatów lub fig. Północnoafrykańscy Arabowie umieszczali kamień w macicy albo pochwie wielbłądów, próbując w ten sposób zapobiec ich zapłodnieniu podczas długotrwałych pustynnych podróży. Hipokrates rozważał zastosowanie tej metody antykoncepcji również u kobiet. W starożytności wkładki wewnątrzmaciczne wykonywano z drewna, szkła, kości słoniowej, złota, a nawet wysadzanej diamentami platyny. Niektóre z nich prawdopodobnie były używane w celu nielegalnego wywołania poronienia, nie zaś z powodu ich właściwości antykoncepcyjnych [91]. Już około 1500 lat p.n.e, kobiety w Egipcie stosowały tampony nasycane płynem plemnikobójczym (nie znano jeszcze wówczas plemników). W średniowieczu mężczyźni pili napój ze spalonego jądra bezpłodnego muła. Indianki w Ameryce Południowej stosowały napary z ziół

W kulturze judajskiej odrzucano kontrolę urodzeń. Mogła być ona stosowana jedynie w wyjątkowych przypadkach realnego fizycznego niebezpieczeństwa związanego z ciążą lub w ciężkich sytuacjach życiowych. Powody te nie były akceptowane, gdyż byłyby sprzeczne z boskim naturalnym prawem płodzenia potomstwa. W greckiej kulturze antycznej istniały wśród lekarzy rozbieżne zdania na temat antykoncepcji i przerywania ciąży. Hipokrates wypowiadał się przeciwko wywoływaniu poronień. Twierdził, że zadaniem lekarza jest chronienie tego, co stworzyła natura. Przysięga Hipokratesa zawiera zdanie.: „Na niczyją prośbę nie podam trucizny ani niewieście nie podam środka poronnego”. Sprzeciwiając się sztucznym poronieniom, Hipokrates opracował inne metody zapobiegające ciąży.

Platon był zwolennikiem zmniejszenia rozrodności ludności, a przerywanie ciąży uważał za dogodny środek prowadzący do tego celu. Jednak pod koniec życia zmienił zdanie, doszedł bowiem do wniosku, że zbytne przestrzeganie jego zaleceń mogłoby spowodować wyludnienie kraju. Zmodyfikował więc swoje poglądy i zalecał wstrzeźliwość płciową jako metodę NPR. Podobne poglądy na temat antykoncepcji i przerywania ciąży reprezentował Arystoteles.

W kulturze rzymskiej kobiety stosowały płukanie pochwy po stosunku, zalecany był też kondom. Starożytne Rzymianki „zapobiegawczo” piły wywar z liści drzewa, które nie dawało owoców. Afrykańscy Masajowie stosowali i stosują stosunek przerywany.

Jednolity pogląd, zakazujący przerywania ciąży i stosowania antykoncepcji, stosowany jest przez hierarchię kościelną. Przerywanie ciąży oznacza bowiem nie tylko „zabicie” nienarodzonego dziecka, tj. jego ciała, lecz – co gorsze – „zabicie duszy”, które jest obciążona grzechem pierworodnym.

Medycyna średniowieczna oparta głównie na magii i zabobonach, nie znała fizjologii rozrodu, gdyż badań nad antykoncepcją i rozrodem zakazywały surowe zasady moralne. Chociaż i tutaj były wyjątki. Otóż w trzynastowiecznej Europie św. Albert proponował jako metodę antykoncepcji jedzenie żywych pszczoł, co było raczej karą, a często kończyło się fatalnie. W takich warunkach



propagowane przez medycynę starożytnej Grecji i Rzymu metody antykoncepcji poszły w zapomnienie.

W renesansie Gabriel Fallopio, lekarz, zleca stosowanie prezerwatywy, sporządzonej z lnianego woreczka, jako środka ochronnego przeciwko kile. Aby zwiększyć skuteczność ochronną prezerwatywy, nasycano ją różnymi roztworami. Stosowano również prezerwatywy wykonane z jelit zwierzęcych. Dopiero w XIX w. zaczęto wykonywać je z lateksu.

Firma Grünenthal przedstawiła niezwykle ciekawe opracowanie, dotyczące badań nad tzw. antykoncepcją hormonalną roślinną. Przystudiowano kulturę i antropologię od czasów starożytnych do współczesnych. Zbadano i opisano 214 ziół, których przeznaczeniem była antykoncepcja.

Współczesna antykoncepcja hormonalna sięga czasów nowożytnych, jednak dopiero możliwość produkcji na skalę przemysłową doprowadziło do odkryć naukowych i ich zastosowań w praktyce. Rozwój doustnych środków antykoncepcyjnych zawdzięczamy odkryciu meksykańskiej rośliny o nazwie *jams (pochrzym)*, w której korzeniach odkryto diosgeninę, z której mógł być wytwarzany progesteron. Początkowo wyłącznym źródłem hormonów były zwierzęta. W celu wyprodukowania pojedynczej dawki potrzebnej dla jednego pacjenta, potrzebowano tysięcy zwierząt.

W XIX w. Thomas Robert Malthus, angielski socjolog i ekonomista, twórca teorii ludnościowej, podkreślił konieczność regulacji urodzeń i ograniczenie przyrostu naturalnego z uwagi na widmo głodu zagrażającego ludności. W tym też wieku antykoncepcja odrodziła się jako ruch społeczny, zmierzając powoli w kierunku naturalnego planowania rodziny. Kolebką ruchu na rzecz regulacji urodzeń była Anglia, skąd idee te przeniosły się na kontynent europejski i do Ameryki. Z ruchem społecznym propagującym konieczność regulacji urodzeń związane jest nazwisko Małgorzaty Sander, pielęgniarce amerykańskiej.

W roku 1948 powstało Międzynarodowe Towarzystwo Planowania Rodziny. W Polsce międzywojennej gorącym propagatorem idei regulacji urodzeń był Tadeusz Boy-Żeleński, współtwórca pierwszej w Polsce Poradni Świadomego Macierzyństwa. Powstała ona w 1930 roku, ale działała bardzo krótko ze względu na ostre prześladowania. W 1957 roku powstała niezwykle placówka – Towarzystwo Świadomego Macierzyństwa, przemianowane w roku 1970 na Towarzystwo Planowania Rodziny, działające na terenie całego kraju.

## **Współczesna antykoncepcja**

Nowoczesna antykoncepcja pozwala człowiekowi zdecydować się na potomstwo wtedy, gdy warunki życia jego rodziny staną się najlepsze. Sprawia,

że nie przychodzą na świat dzieci niechciane, zwiększa odpowiedzialność rodziców za wychowanie dzieci do przyszłego życia, ma korzystny wpływ na współżycie w małżeństwie.

Antykoncepcja umożliwia człowiekowi podejmowanie decyzji posiadania potomstwa w warunkach optymalnych dla dziecka i dla rodziny, umożliwia również ograniczenie liczby dzieci niechcianych i niepożądanych, zwiększa odpowiedzialność za wychowanie i przygotowanie dzieci do życia, ma pozytywny wpływ na współżycie uczuciowe w rodzinie, na zdrowie kobiety i na współżycie płciowe w małżeństwie. Antykoncepcja pozwala również planować zalecane przez lekarzy odpowiednie odstępy między porodami, oraz rodzić bezpieczną dla zdrowia kobiety liczbę dzieci [92].

Nowoczesna antykoncepcja dysponuje różnymi metodami i środkami antykoncepcyjnymi, a to wymaga pewnej wiedzy i umiejętności praktycznych. Nie wystarczy już dziś ogólne pojęcie o jednym sposobie zapobiegania ciąży.

Współczesna antykoncepcja opiera się na czterech rodzajach środków:

- 1) hamujących owulację <sup>\*)</sup> lub spermatogenezę <sup>\*\*)</sup>
- 2) uniemożliwiających połączenie się komórki płciowej żeńskiej i męskiej
- 3) plemnikobójczych
- 4) metodach wykorzystujących biologiczny rytm płodności u kobiety.

Przy planowaniu odpowiedniej metody antykoncepcji powinny być brane pod uwagę liczne czynniki składające się na charakterystykę kobiety, a mianowicie:

- wiek
  - poziom wiedzy ogólnej (wykształcenie)
  - 3) zasób wiedzy na tematy antykoncepcji, edukacja na ten temat otrzymana w szkole i od rodziców w dzieciństwie oraz dostępność literatury na te tematy
  - stan cywilny, liczba przebytych ciąż, sposoby ich ukończenia, ew. okres po porodzie
  - styl zachowań seksualnych (liczba partnerów seksualnych, wiek rozpoczęcia życia seksualnego)
  - osobiste odczucia kobiety związane z daną metodą, stopień zaufania do niej, dostępność środków stosowanych w tej metodzie
  - pochodzenie społeczne, przyjęte normy postępowania w jej rodzinie, w środowisku, aspekty religijne
  - upodobania partnera
  - ogólny stan zdrowia, ew. istniejące choroby
  - charakter pracy, np. czy występują częste podróże, przeciążenia fizyczne i psychiczne
-

\*) Owulacja jest to uwolnienie dojrzałej komórki jajowej z pękniętego pęcherzyka.

\*\*\*) Spermatoogeneza to proces przebiegający w kanalikach nasiennych jąder, a polegający na powstawaniu plemników z pierwotnych komórek rozrodczych męskich.

- o zaufanie do lekarza.

Powyższe czynniki były przedmiotem badań, a szczególnie poddano badaniom wiedzę kobiet o antykoncepcji. Z badań Urszuli Bielak [8] wynika, że najczęściej wiedzę o antykoncepcji czerpią kobiety z publikacji fachowych (52,2%), od lekarzy (7,8%), a młodzi chłopcy i dziewczęta od rówieśników (7,8%). Wydawałoby się, że większy udział w oświacie seksualnej powinni mieć lekarze. Jednak tak nie jest. Edukacja szkoły i kościoła jest również niewielka. Żenujące jest, że stosunkowo duży procent samouświadomienia następuje między rówieśnikami.

Ogólnie rzecz biorąc, można stwierdzić, że rodzina i szkoła w minimalnym stopniu biorą udział w wychowaniu seksualnym, a tym samym w udzielaniu informacji z zakresu antykoncepcji.

Problem dostępności środków antykoncepcyjnych wygląda nieco lepiej: 46,7% badanych powiedziało, że są one łatwo dostępne, 18,9% że są trudno dostępne, a pozostałe 34,4% kobiet nie miało na ten temat żadnego zdania, gdyż nie stosowały żadnych środków antykoncepcyjnych.

Metody mechaniczne i chemiczne stosuje w Polsce około 20% populacji, 11,1% stosunek przerywany, a tylko 2,2% metody hormonalne. Stosunkowo duży procent kobiet nie stosuje żadnej antykoncepcji.

W badaniach przeprowadzonych wśród 768 kobiet ze środowisk wiejskich województwa lubelskiego 50,1% podało, że nie zna żadnych środków antykoncepcyjnych, 58,2% nie stosowało żadnej profilaktyki rozrodowej, a spośród kobiet, które podejmowały próby zapobiegania ciąży, 41,8% ograniczało się jedynie do stosunku przerywanego, w 14% środkiem tym była prezerwatywa, a 4,8% stosowało kalendarzyk małżeński [8].

Oprócz przedstawionych powyżej, publikuje się wiele innych wyników badań na ten temat, a zmieniająca się sytuacja społeczna i ekonomiczna kraju sprawia, że wciąż ulegają one zmianie.

Jak dotychczas największą popularnością we wszystkich środowiskach cieszą się metody naturalne (biologiczne), najmniejszą zaś metody hormonalne. Wraz ze wzrostem wykształcenia rośnie odsetek kobiet korzystających z porad lekarza i publikacji naukowych i popularnonaukowych. Korzysta z nich odpowiednio: 50% kobiet z wykształceniem podstawowym i zasadniczym, 78,9% kobiet z wykształceniem średnim i 97,2% z wykształceniem powyżej średniego.

Zwiększa się też wraz ze wzrostem wykształcenia odsetek kobiet stosujących antykoncepcję. Z wykształceniem podstawowym i zasadniczym

stosuje antykoncepcję 43,8% kobiet, średnim – 57%, a powyżej średniego – 83,3%. Ponadto stosuje antykoncepcję 40% kobiet pochodzenia chłopskiego, 70% pochodzenia robotniczego i 84% inteligenckiego.

Obliczenia statystyczne wykazały, że stosowanie antykoncepcji nie zależy od stosunku do religii. Potwierdza to zestawienie w tabeli 1 [8].

-----  
tab. 1  
-----

( 2-Meszaros A.:Birth control in Hungary. Changing legal conditions. Planned Parenthood in Europe, 2(19), September 1990). 3-Benson R.C.: Obstetric and Gynecologic diagnosis and treatment, Lange, (1982),23 wg.Tatuma H.I).

W badanej populacji [8] średni wiek inicjacji seksualnej wynosił 20,2 lat. 28,9% kobiet rozpoczęło współżycie między 15. a 18. rokiem życia, 51,1% między 19. a 22., 17,8% między 23. a 25., a tylko 2,2% w wieku 26-35 lat. Wiek inicjacji seksualnej nie zależy od miejsca zamieszkania, natomiast ma na niego pewien wpływ stosunek do religii. Inicjację seksualną w wieku 15-18 lat rozpoczęły wszystkie kobiety niewierzące, z kobiet wierzących i nie praktykujących tym wieku podjęło stosunki seksualne 41,7% kobiet, a z kobiet wierzących i praktykujących tylko 20,6%.

W ciągu ostatnich lat, ukazało się kilka prac, które częściowo analizowały sytuację stosowanych metod antykoncepcji, jakie metody są najczęściej stosowane i akceptowane co ma istotne znaczenie na skuteczność a tym samym na ilość sztucznych poronień w Polsce.. W 1995 przeprowadzono badania ankietowe w ramach projektu „Promocja zdrowia matki i dziecka, ze szczególnym uwzględnieniem planowania rodziny” pod kierunkiem prof. B. Chazana z Kliniki Położnictwa i Ginekologii Instytutu Matki i Dziecka. Przedstawione dane pochodzą z trzech byłych województw: łomżyńskiego, radomskiego i wałbrzyskiego. Wyniki badań przedstawiono w tabelach poniżej. W badaniach wzięło udział 1385 kobiet.Okazuje się że lekarze prowadzą rozmowy na temat antykoncepcji w 1/3 przypadków, co zapewne obecnie uległo nieznacznej poprawie.

**Wyniki:**

Odpowiedź „tak” na pytanie: „Czy kiedykolwiek lekarz ginekolog przeprowadził z Panią rozmowę na temat zapobiegania ciąży?”.

-----  
tab. 10  
-----

Odpowiedź „tak” na pytanie: „Czy stosuje Pani obecnie jakąkolwiek metodę planowania rodziny?”.

-----  
 tab. 11  
 -----

Stosowane (w odsetkach) przez tę grupę kobiet metody planowania rodziny.

-----  
 tab. 12  
 -----

Najczęściej stosowane są przez kobiety naturalne planowanie rodziny i prezerwatywy.

(Chazan B. i wsp. Poradnictwo w zakresie planowania rodziny na podstawie opinii reprezentatywnej grupy kobiet. Ginekologia Polska, XXVI Kongres Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego, 1997;68:526).

Z tego samego roku pochodzi poniższe zestawienie poszczególnych metod antykoncepcji stosowanych przez kobiety w USA.

Stosowanie antykoncepcji przez kobiety w USA.

-----  
 tab. 20  
 -----

Amerykanki stosują dwukrotnie częściej doustne środki antykoncepcyjne, my przodujemy w męskiej prezerwatywie, stosunku przerywanym, metodach naturalnych i być może w stosowaniu WWA, chociaż brak szczegółowych danych z piśmiennictwa polskiego.

(Smith JM. Huggins G. Birth Control, in Principles of Ambulatory Medicine, edited by L.Randol Barker, 1999;5:1424)

*Tab..... Odsetek nieudanych prób antykoncepcji w przeliczeniu na 100 kobiet w okresie 1 roku.*

## **I.5. Wybór metody antykoncepcji**

Dobór metody antykoncepcyjnej powinien być zawsze indywidualny, co jest bardzo istotne w przypadku młodych pacjentek. Należy udzielić jej dokładnych i aktualnych informacji na temat danego środka. Ważne jest również uwzględnienie ryzyka odległych następstw wynikających ze stosowania poszczególnych metod, oraz porównania ich z ryzykiem możliwych odległych następstw niepożądanego ciąży.

W badaniach nad poziomem lęku związanym ze stosowaniem różnych metod planowania rodziny stwierdzono istotne statystycznie obniżenie poziomu lęku wśród kobiet stosujących doustne środki antykoncepcyjne. Poziom lęku w grupie kobiet z wewnątrzmacicznymi wkładkami antykoncepcyjnymi oraz w grupie stosującej metodę objawowo-termiczną nie uległ istotnym zmianom w okresie prowadzonych badań [94]. Dla satysfakcjonującej akceptacji danej metody konieczna jest pełna psychologiczna aprobatą kobiety, wyrażająca się

m. in. w poczuciu pewności i niskim poziomie lęku. Od wielu lat obserwuje się zjawisko straszenia społeczeństwa wszelkimi powikłaniami wynikającymi ze stosowania poszczególnych metod antykoncepcji. W literaturze uporczywie powtarza się dane ze starych raportów, z czasów kiedy stosowano wysokie dawki hormonów, więc i możliwość powikłań była większa. Jest to znane zjawisko uwarunkowane socjologiczne, zwane „*pill scared*” – przestraszonych pigułką. Należałoby raz na zawsze zapomnieć o straszeniu, pamiętając o wszelkich wskazaniach i przeciwwskazaniach danej metody antykoncepcyjnej. Praktyka i klinika pokazuje, że mamy 98 pozytywnych doświadczeń w skali roku, ale niech się pojawi tylko jeden negatyw, lepiej czy gorzej udokumentowany, a już wie o tym całe społeczeństwo. Z własnych 20-letnich obserwacji wynika, że największy lęk, zastrzeżenia występują w momencie podejmowania decyzji, kiedy pacjentka po przyjsciu do gabinetu ma w głowie ogromną „*pill scared*”. Ten lęk znika powoli, a po trzech miesiącach nie ma już po nim śladu. I dlatego podstawą akceptacji psychologicznej danej metody planowania rodziny jest jej dobór oparty na indywidualnych preferencjach zainteresowanych kobiet.

Mimo, że żadna z metod zapobiegania poczęciu nie jest całkowicie pozbawiona przeciwwskazań, większość osób jest w stanie, po zasięgnięciu porady lekarza, wybrać odpowiednią dla siebie metodę. Pomimo istnienia wielu rodzajów środków antykoncepcyjnych, zarówno dla mężczyzn, jak i dla kobiet, w większości związków partnerskich to właśnie kobiety przejmują odpowiedzialność za unikanie niepożądanego zapłodnienia. Dzieje się tak dlatego, że obawa przed niechcianą ciążą jest większa u kobiet, toteż pokładają one większe zaufanie w metodzie przez siebie kontrolowanej.

Ostateczna decyzja co do wyboru antykoncepcji powinna zapadać w wyniku dyskusji z partnerem i z lekarzem. Wybór metody i środka antykoncepcji można przeanalizować z partnerem jeszcze przed udaniem się na wizytę lekarską.

A oto przykładowe dane mające wpływ na dobór środka:

- mam 30 lat
- jestem mężatką po dwóch porodach, bez sztucznych poronień
- nie palę papierosów
- rodzina nie jest obciążona chorobami naczyniowo-sercowymi
- nie przechodziłam wirusowego zapalenia wątroby ani chorób nowotworowych
- najmłodsze dziecko ma trzy lata, dzieci karmione były piersią do dziewięciu miesięcy, bez powikłań
- obecnie nie mam dolegliwości ginekologicznych II° rozmazu cytologicznego\*)
- badania krwi, układu krzepnięcia i moczu są bez zastrzeżeń.

-----

\*) Badanie cytologiczne (rozmaz cytologiczny) to mikroskopowe badanie wydzieliny szyjki macicy. Pozwala ono wykryć wczesne stadia raka szyjki macicy oraz obecność mikroflory bakteryjnej w przypadku stanów zapalnych i zakażeń. Wyróżnia się pięć grup cytologicznych. Za prawidłową uważa się grupę I i II. Grupa I wymaga cytologicznego badania raz w roku, a grupa II – co 6 miesięcy.

-----  
 schemat 1  
 -----

Pacjentce o takim przebiegu wywiadu można zaproponować trójfazową pigułkę estrogenowo-progesteronową lub wkładkę wewnątrzmaciczną. Obie metody, po omówieniu z pacjentką wszelkich wskazań i przeciwwskazań, muszą być przez nią zaakceptowane.

Nie oznacza to, że w podanym przykładzie nie można zastosować jednej z metod naturalnych, np. metody Billingsów. Należy zawsze dobrać i doradzić taką metodę antykoncepcji, która najlepiej odpowiada psychice i inteligencji kobiety. Jednakże decyzja musi być podjęta przez samą kobietę, choć udział lekarza w doprowadzeniu do takiej a nie innej decyzji może być znaczący.

Decyzja kobiety, co do sposobu, w jaki ma ona kontrolować swoją płodność, jest jednym z podstawowych praw człowieka, dlatego porada lekarska powinna być udzielana bardzo ostrożnie, delikatnie i profesjonalnie. Osobiste przekonania lekarza, moralne czy religijne, nie mogą w żaden sposób wpływać na wybór metody.

Poniżej przedstawiono tabelaryczne zestawienie dotyczące metod antykoncepcyjnych i możliwości ich stosowania.

Tab. ... Zestawienie metod antykoncepcyjnych i możliwości ich zastosowania

*Objaśnienia: (+) zaznaczono pozytywna możliwość zastosowania danej metody antykoncepcyjnej. (--) nie zaleca się danej metody w rozważanym przypadku. (+,--)—metody wątpliwe, o niskiej skuteczności, lecz jeszcze często stosowane. Rubryka „gwałt” dotyczy środka hormonalnego , np.: PostionorDuo.*

Angielski Urząd ds Żywności i Leków zaleca stosowanie doustnej antykoncepcji hormonalnej bez ograniczeń, nawet u kobiet powyżej 35. roku życia, pod warunkiem, że nie palą więcej niż 7 papierosów dziennie.

Komitet Doradczy ds Płodności i Zdrowia Matek USA podjął w roku 1989 decyzję o zniesieniu górnej granicy wieku przy zalecaniu doustnych środków

antykonceptyjnych (DŚA) .

Przy doborze odpowiedniego środka hormonalnego należy również rozważyć typ konstytucjonalny kobiety [94].

### **Metody niehormonalne**

1. Metody barierowe. Nastolatki niechętnie stosują błonę dopochwową czy kapturki naszyjkowe jako stałą metodę antykoncepcji. Prezerwatywa jest najczęściej stosowana jako „*podwójny Holender*” celem drugiego wspomagającego zabezpieczenia.
2. Wewnątrzmaciczne wkładki antykoncepcyjne są bardzo rzadko stosowane przez kobiety poniżej 18-go roku życia, jednak w tej grupie wiekowej metoda ta może być uzasadniona i stosowana coraz częściej.
3. Środki plemnikobójcze powinny być stosowane przez nastolatki jako „*podwójny Holender*”.
4. Naturalne Planowanie Rodziny (NPR) niezwykle rzadko stosowane.

### **Metody hormonalne**

Jest to metoda najczęściej stosowana w grupie wiekowej 16-19 lat; wybiera ją także 40% pacjentek 15-letnich i młodszych. Po zerwaniu z „chłopakiem” należy dokończyć branie tabletek, ponieważ może się zdarzyć wcześniejsze „zejście”.

Coraz częściej stosowany jest medroksyprogesteron do podawania domięśniowego, co 12 tygodni.

W Anglii stosowane są implanty, które po wszczepieniu działają kilka lat, najnowszy typ składa się tylko z jednego pręcika na okres trzech lat [95].

Sama antykoncepcja nie rozwiąże problemu niepożądanych ciąży wśród nastolatek. Program rządowy, przy współudziale służby zdrowia, Towarzystwa Rozwoju Rodziny i innych organizacji pozarządowych powinien stworzyć wspólny program edukacyjny razem z nauczycielami i innymi osobami mającymi codzienny kontakt z młodzieżą, mający na celu nauczenie nastolatków jak się zabezpieczyć, ciesząc się jednocześnie życiem seksualnym oraz związkiem z partnerem

### **I.6. Środki ostrożności przy częstej zmianie partnerów**

Niektórzy uprawiają aktywny i urozmaicony seks. Współżycie z wieloma partnerami niesie jednak pewne zagrożenia dla zdrowia, a prognozy przewidywane na najbliższe lata nie są pod tym względem zbyt optymistyczne.

Największym ryzykiem jest możliwość zarażenia się jedną z chorób przenoszonych przez kontakty seksualne, w tym stosunek dopochwowy, analny<sup>\*)</sup> i oralizm<sup>\*\*)</sup>.

Z chorób przenoszonych drogą płciową należałoby wymienić: rzesistkowicę pochwy, rzeżączkę, nieswoistą infekcję narządów płciowych spowodowanych przez chlamydię<sup>\*\*\*)</sup>, opryszczkę narządów płciowych, kiłę,

-----



\*) Stosunek analny polega na wprowadzeniu członka do odbytu.

\*\*) Terminem „oralizm” określa się pieszczoty seksualne narządów płciowych za pomocą ust i języka.

\*\*\*) Chłamydia jest to choroba wywoływana przez drobnoustroj z rodzaju drożdżopodobnych grzybów. Może on być przyczyną zapalenia pochwy i szyjki macicy, jak też nierzęzątkowego zapalenia cewki moczowej i jajowodów.

wirusowe zapalenie wątroby typu B oraz AIDS. AIDS jest chorobą najgroźniejszą z wymienionych, bo nieuleczalną.

Istnieją pewne dane epidemiologiczne sugerujące, że kobiety, które życie seksualne rozpoczęły wcześniej i często zmieniają partnerów, są narażone na zwiększone ryzyko zachorowania na raka szyjki macicy. Podejrzewa się bowiem, że raka szyjki macicy wywołują wirusy, które mogą być przenoszone drogą płciową.

Przy częstej zmianie partnerów należałoby podjąć następujące środki ostrożności:

- zachęcić partnera do stosowania prezerwatywy, co zapobiega infekcji wirusowej i ochrania szyjkę macicy
- stosować kapturek naszyjkowy, który również obniża możliwość zakażenia
- dbać o regularne okresowe badania cytologiczne
- częściej stosować dopochwowe środki antykoncepcyjne w postaci tabletek, pianek, żeli
- zwrócić się natychmiast do lekarza, jeśli wystąpią objawy, takie jak: nieprawidłowa wydzielina z pochwy lub owrzodzenia okolic narządów płciowych; porada lekarska dla kobiety jest również niezbędna, jeśli u partnera występują podobne objawy.

### **I.7. Medyczne przeciwwskazania do zajścia w ciążę.**

Wymienione poniżej choroby, które z punktu widzenia medycznego stanowią wskazanie do zapobiegania ciąży lub jej przerwania<sup>\*)</sup> nie są podzielone na bezwzględne i względne, gdyż wysoki poziom praktyki medycznej umożliwia obecnie udzielenie kobiecie ciężarnej wysoko specjalistycznej pomocy w utrzymaniu ciąży, jeśli chce ona urodzić dziecko za wszelką cenę.

Należy zawsze pamiętać, że jeśli kobieta zajdzie w ciążę mimo współistnienia ciężkiej choroby i nie zdecyduje się na jej usunięcie, zadaniem lekarza jest dołożenie wszelkich starań, by przeprowadzić ją przez poszczególne okresy ciąży przy wykorzystaniu najnowszych osiągnięć medycyny, z myślą o zachowaniu jej zdrowia i życia.

A oto skrótowe zestawienie chorób, których występowanie powinno skłaniać do zapobiegania ciąży:

Choroby układu nerwowego:

- stwardnienie rozsiane wielogniskowe
- rozmiękanie mózgu

- guzy mózgu i rdzenia kręgowego
- gruźlicze zapalenie opon mózgowych i stany po nim
- zespół Parkinsona
- zaburzenia pourazowe ośrodkowego układu nerwowego.

-----  
 \*) Obecnie ze względów prawnych przerywanie ciąży może być wykonane tylko w wyjątkowych przypadkach.

Choroby układu krążenia:

- ostre zapalenie mięśnia sercowego
- przewlekłe zapalenie osierdza
- choroba wieńcowa z zawałem
- przewlekły zespół płucno-sercowy.
- blok przedsionkowo-komorowy, jeżeli kobieta nie zgadza się na wszczepienie rozrusznika
- zatory naczyniowe świeżo przebyte i nawracające
- wysoki stopień niewydolności krążenia\*)
- zatory do tętnic mózgu

Choroby oczu:

- zmiany świadczące o złośliwej fazie nadciśnienia tętniczego
- złośliwe zmiany patologiczne w dnie oka (*neuroretinopathia maligna diabetica*) występujące w przebiegu cukrzycy
- czerniak oka (*melanoma oculi*)
- choroby grożące ślepotą, które w czasie ciąży ulegają pogorszeniu i nie poddają się leczeniu.

Choroby laryngologiczne:

- gruźlica krtani
- nowotwory złośliwe górnych dróg oddechowych
- głuchoniemota
- obustronna głuchota.

Choroby skóry:

- liszajec opryszczkowy ciężarnych
- liszajec rumieniowaty ostry i podostry w ciąży
- twardzina skóry postępująca
- zapalenie skóry i mięśni
- rybia łuska
- plamice krwotoczne ciężkie
- nowotwory złośliwe skóry (mięsak, czerniak)
- skóra pergaminowata i barwnikowa.

#### Choroby kobiece:

- zatrucia ciążowe (wymioty niepowściągliwe), poziom bilirubiny powyżej 2 mg/100 ml

-----

\*) Wydolność krążenia określa się w V stopniach. Im wyższy stopień, tym wydolność słabsza.

- EPH-gestoza nie poddająca się leczeniu, zagrożenie rzucawką
- zwężenie miednicy dużego stopnia
- przebyte operacje przetok pęcherzowo-pochwowych i odbytniczopochwowych
- rozległe żylaki pochwy i sromu
- przebyte dwukrotnie ręczne wydobycie łożyska po porodzie z przetaczaniem krwi
- przypadki nie rokujące nadziei na urodzenie żywego i nie obarczonego wadami dziecka (ciężki konflikt serologiczny, toksykoplazmoza)
- nieprawidłowości rozwoju jaja płodowego i znacznego stopnia wielowodzie, zaśniad groniasty
- guzy macicy lub przydatków zaklinowane w zagłębieniu odbytniczomacicznym, jeżeli kobieta nie wyraża zgody na zabieg operacyjny
- trzy przebyte poprzednio porody zakończone cięciem cesarskim.

#### Choroby ortopedyczne:

- ciężkie zmiany zniekształcające i zapalne kości kręgosłupa, miednicy i większych stawów
- czynna gruźlica kostno-stawowa i kręgosłupa
- nowotwory złośliwe i niezłośliwe kości, miednicy i dystrofia kości
- dziedziczne dystrofie kostne.

#### Choroby wymagające leczenia chirurgicznego:

- każda choroba chirurgiczna wymagająca leczenia operacyjnego, jeżeli ciąża poważnie zwiększy niebezpieczeństwo lub uniemożliwi jej wykonanie
- nowotwory złośliwe i niezłośliwe przełyku, jelit, sutka, płuc, wątroby, trzustki wymagające leczenia chirurgicznego
- ciężki zespół porsekcyjny żołądka i jelit
- przepukliny przeponowe, rozległe przepukliny brzuszne lub kroczone
- wole nadczerwone i wole obojętne, duże, z objawami ucisku
- ropnie płuc
- tętniaki dużych naczyń.

#### Choroby przewodu pokarmowego:

- wrzód trawienny lub wrzód przełyku ze skłonnością do krwawień
- choroba wrzodowa żołądka i dwunastnicy w okresie zaostrzenia
- guzy żołądka lub jelit
- wrzodziejący nieżyt okrężnicy (*colitis ulcerosa*).

#### Choroby wątroby:

- marskość wątroby
- ropne stany zapalne dróg żółciowych
- żółtaczkę mechaniczną.

#### Choroby metaboliczne:

- ciężka cukrzyca
- często powtarzające się napady tężyczki
- cisawica
- choroby grasicy z objawami męczliwości mięśni.

#### Choroby układu krwiotwórczego:

- ostre i przewlekłe białaczki
- ziarnica złośliwa
- skazy krwotoczne
- niedokrwistość hemolityczna.

#### Choroby urologiczne:

- progresja procesu chorobowego nerek
- gruźlica nerek
- kamica obustronna nerek
- torbielowatość nerek
- stany po operacji wszczepiającej moczowody
- wady wrodzone nerek
- wodonercze
- wady rozwojowe pęcherza moczowego i cewki
- niedorozwój obustronny nerek.

#### Choroby psychiatryczne:

- choroby psychiczne związane z ciążą i porodem
- schizofrenia i cyklofrenia przebiegające z częstymi zaostrzeniami, głębokie niedorozwoje psychiczne
- ciężkie psychopatie
- padaczka z przewlekłymi objawami psychoorganicznymi

- przypadki możliwości dziedziczenia jednorodnego chorób, takich jak: schizofrenia i cyklofrenia oraz niektóre postacie oligofrenii.

Choroby przenoszone na potomstwo:

- dziedziczne schorzenia umysłowe u rodziców
- nałogowy alkoholizm u rodziców
- choroby dziedziczne dające się stwierdzić w poprzednich ciążach, np. Taya-Sachsa, Fredreicha
- listerioza i cytomegalia u matki
- używanie Talidomidu lub leków jemu podobnych
- leczenie matki środkami cytostatycznymi
- jeżeli dwoje lub więcej dzieci z tych rodziców wykazuje wady rozwojowe
- jeżeli oboje rodzice, jedno z rodziców, jedno lub więcej poprzednio urodzonych dzieci wykazuje chorobę psychiczną
- jeżeli kobieta w poprzednich ciążach przeżyła ciężki konflikt serologiczny związany z różnicą czynnika Rh
- jeżeli w rodzinie jest stwierdzona choroba wrodzona, która występuje u dzieci z poprzednich porodów. [9].

### I.7.1. Substancje i leki teratogenne.

Ludzkie namiętności są silniejsze niż kliniczne przeciwwskazania do zachodzenia w ciążę, wynikające z przedstawionych powyżej ciężkich schorzeń. Teratogenność definiuje się jako wywoływanie wad rozwojowych płodu, głównie przez takie czynniki, jak różnego rodzaju substancje chemiczne czy promieniowanie. Zaistnienie wad trudno stwierdzić na początku ciąży, ponieważ dokonują się głównie w okresie embriogenezy.

- **substancje teratogenne**
  - talidomid
  - hormony androgenne
  - aminopteryna, metotreksat (antagoniści kwasu foliowego)
  - alkohol (nadużywanie alkoholu)
  - witamina A w dużych dawkach (powyżej 25 000 j.m. dziennie)
  - retinoidy (pochodne witaminy A): izitretynoina, etretynat.
- **Leki teratogenne**
  - leki przeciwpadaczkowe
  - doustne leki przeciwzakrzepowe: kumaryna, dikumarol.
  - hormony płciowe żeńskie
  - klomifen
  - lit
  - leki tereostatyczne

- jodki (z wyłączeniem profilaktyki jodowej, substytucji jodowej, środków cieniujących zawierających jod; podawanie tych substancji, lub wcześniejsze planowanie zabiegów powinno być prowadzone w pierwszej fazie cyklu albo przy ciągle stosowanej antykoncepcji)
- streptomycyna, dihydrostreptomycyna
- leki przeciwwzimmnicze (poza stosowanymi w celach profilaktycznych): chinina, chlorochina, meflochina
- cytostatyki
- rtęć (organiczne związki rtęci).
- **Substancje powodujące efekty teratogenne i/albo wywołujące zaburzenia rozwojowe w doświadczeniu na zwierzętach (lista skrócona)**
- salicylany, meproamat
- benzodiazepina, chlorodiazepoksyd
- leki przeciwhistaminowe, przeciwgrzybicze, przeciwcukrzycowe (doustne)
- gestageny/estrogeny
- amfetamina, kofeina, kodeina
- tetracykliny, sulfonamidy, penicylamina
- chloramfenikol/tiamfenikol
- izoniazyd, rifampicyna
- pyrymetamina
- ołów (działanie teratogenne na układ nerwowy [96].
- **Leki wykazujące u człowieka działanie teratogenne albo o możliwym działaniu teratogennym.** (Uwaga: w tym zestawieniu nie uwzględniono leków i substancji wymienionych w części ogólnej).
- antybiotyki (aminoglikozydy, tetracykliny, chlofamfenikol)
- chemioterapeutyki przeciwbakteryjne: zestawienie trymetoprymu i sulfonamidu (np. ko-trymoksazol), nitrofurany, jodopowidon (Polseptol)
- fluorek sodu
- glikokortykosteroidy
- hormony płciowe i ich inhibitory: leki anaboliczne/androgeny, antyandrogeny, antyestrogeny, estrogeny, gestageny, zestawienia estrogenów i gestagenów
- immunostymulatory: echinaceae, filgrastyn, interferon, interleukina, substancje i preparaty zawierające składniki narządowe i drobnustroje, preparaty organiczne zawierające wyciągi z grasicy lub śledziony
- inhibitory ACE
- leki adrenergiczne: leki alfa-adrenergiczne, leki beta-adrenergiczne
- leki przeciwarytmiczne: lidokaina, amiofaron, glikozydy naparstnicy
- leki blokujące kanał wapniowy
- leki blokujące receptory beta- adrenergiczne

- leki cuczące (kofeina)
- leki hamujące łaknienie, immunosupresyjne, moczopędne
- leki nasenne/uspokajające (doksylamina).
- leki neuroleptyczne
- leki przeciwbólowe: morfina i jej pochodne, petydyna, bardzo silne leki przeciwbólowe (dekstropropoksyfen), słabe leki przeciwbólowe i niesteroidowe leki przeciwzapalne, kwas acetylosalicylowy i jego pochodne
- leki przeciwcukrzycowe (glibenklamid, tolbutamid)
- leki przeciwdepresyjne
- leki przeciwnadciśnieniowe (dihydralazyna, metyldopa, nitrosprusydek sodu).
- leki przeciwpadaczkowe: barbeksaklon, karbamazepina, klonazepam, etosuksymid, fenbarbital, fenytoina, prymidon, kwas walproinowy, wigabatyna
- leki przeciwzakrzepowe (doustne)
- leki psychotropowe: benzodiazepina, klometiazol, rezerpina, inhibitory AMO
- leki tuberkulostatyczne: INH, etambutol, pirazynamid, rifampicyna, streptomycyna
- leki tyreostatyczne, leki wywołujące owulację
- lit, meproamat
- witamina D.

### **I.7.2 Opieka ginekologiczna nad kobietami chorymi na padaczkę – antykoncepcja.**

Eksperti z poszczególnych dziedzin medycyny ustalili listę chorób, w których należy wykazać szczególną ostrożność przy planowaniu ciąży, a w wielu jednostkach chorobowych ciąża jest przeciwwskazana.

Optymalna opieka ginekologiczno-położnicza nad kobietami z epilepsją wymaga wielodyscyplinarnego podejścia w różnych okresach ich życia. Mimo realnego ryzyka dla rozwijającego się płodu i matki, większość kobiet z epilepsją przy właściwym planowaniu ciąży może osiągnąć dobre rezultaty [97]. Opieka ginekologiczno-położnicza nad kobietą z epilepsją wymaga współpracy z neurologiem, genetykiem, pediatrą, pielęgniarką [98].

Stosowanie leków przeciwpadaczkowych w ciąży, ich złożona farmakokinetyka ma poważny wpływ na wady wrodzone u płodów.

Poniżej przedstawiono leki przeciwpadaczkowe obniżające działanie leków antykoncepcyjnych.

Wpływ na DŚA leków przeciwpadaczkowych

-----  
 tab. 13  
 -----

Niektórzy autorzy proponują zastosowanie większych dawek EE nawet powyżej 50 µg w tabletkach antykoncepcyjnej [99]. Enzymy indukujące leki przeciwpadaczkowe także redukują efekt antykoncepcyjny levonorgestrelu, składnika Norplantu [100]. Również skuteczność Depo-Provera w iniekcjach domięśniowych wśród tej populacji przy cyklicznym stosowaniu co trzy miesiące nie jest jasna [101]. Lekceważenie problemów dotyczących poważnych schorzeń z zakresu całej interny stwarza wiele zagrożeń zarówno wobec kobiet jak i ich dzieci, u których często wykrywane są wady wrodzone. Przykład epilepsji jest jednym z wielu.

### **I.8. Antykoncepcja u nastolatków**

Z badań (8) wynika, że wiedzę o antykoncepcji młodzież czerpie najczęściej od rówieśników (7,8%). Większość nastolatków prowadzących życie płciowe nie stosuje żadnej antykoncepcji, zwłaszcza przy pierwszym stosunku. Młoda pacjentka, w gabinecie ginekologicznym nie pytana najprawdopodobniej nie poruszy sama problemu antykoncepcji, chyba że wizyta dotyczy tylko tej sprawy. Dlatego na temat stosowania środków antykoncepcyjnych i zapobiegania chorobom przenoszonym drogą płciową należy z nią porozmawiać po zakończeniu badania ginekologicznego, niezależnie od tego, czy pacjentka jest już aktywna seksualnie, czy też nie [102].

Bardzo interesujące spostrzeżenia przedstawił Rutkowski z Warszawy, analizując niezwykle wręcz liczbę ankiet jak na jednego badającego, mianowicie 31 267. Ankiety zostały przeprowadzone w trakcie prelekcji wśród uczniów szkół warszawskich. Na pytanie czy młodzież szkoły średniej współżyje, uzyskano następujące dane: współżyje 28,3%, nie współżyje 69,4%, brak danych 2,3%.

Współżycie młodzieży wg. grup wiekowych wygląda jak na przedstawionej rycinie

-----  
 Ryc...  
 -----

Współżycie warszawskiej młodzieży wg. grup wiekowych.

-----  
 tab. 14  
 -----

Z badań tych wynikają inne ciekawe dane, mianowicie: 53,4% młodzieży nie rozmawia z rodzicami na temat antykoncepcji, natomiast 98,2% twierdzi, że pogadanki w szkole są bardzo potrzebne.

Młodzież praskich szkół średnich jest bardzo zainteresowana tego typu



spotkaniami, chociaż dostęp do wielu szkół jest czasami utrudniony, gdyż wielu dyrektorów sądzi iż, „ jeżeli w ich szkołach nie będzie się na te tematy rozmawiać, to młodzież nie będzie tego robić, natomiast jak im się już powie, to zaraz pójdą do łóżka”.”

Dr Kultys w wielu pracach bada i omawia stan wiedzy o antykoncepcji wśród młodzieży cywilnej i wojskowej. Autor mówi, że proces dorastania nie jest jednolity i obejmuje zmiany biologiczne, psychiczne i społeczne, przysparzając młodzieży wiele problemów, stresów i niepokojów. Młodzież często ma trudności z uzyskaniem odpowiedzi na dręczące ją pytania, nie wie do kogo się zwrócić i w jaki sposób rozmawiać, nierzadko barierą jest wstyd. Coraz więcej pytań młodzież zadaje i uzyskuje odpowiedź poprzez internet. Wielu dorosłych, podobnie i młodzież, wstydzi się rozmawiać na tematy związane z seksem, dorastaniem, gotowością do współżycia, inicjacją, wybraniem odpowiedniej metody antykoncepcyjnej, skutkami współżycia płciowego [103]. Zainteresowanych odsyłam do podanej, niezwykle interesującej literatury. Jedną z wielu tabel przedstawia wyniki badań, nad którymi warto się zastanowić. Mianowicie autor badał pochodzenie źródeł wiedzy na temat znajomości tematów dotyczących antykoncepcji.

Źródła wiedzy na temat antykoncepcji (młodzież 18-19-letnia).

-----  
Tab. 15  
-----

Podsumowanie w % nie jest liczbą 100, ponieważ badani mogli podać więcej niż jedną odpowiedź.

Podobne dane uzyskano wśród badanej młodzieży będącej w wieku 15-16 lat.

Z przedstawionych danych wynika, że podstawowym źródłem wiedzy na temat antykoncepcji są książki i ulotki – 89,9%, a następnie rówieśnicy, szkoła, rodzina, lekarz, TV, codzienna prasa. Zestawienie to powinno prowokować pytania skierowane do lekarzy, rodziny, szkoły TV i prasy. Najlepiej w tym zestawieniu wypadły książki (których brak na rynku), ulotki (wiedza z ulotek?) i rówieśnicy. Lekarze są na piątym miejscu, nieco wcześniej rodzina i szkoła. Najczęstszymi nauczycielami są rówieśnicy. Brawo. Powstaje pytanie, skąd oni czerpią wiedzę, skoro ani szkoła, ani rodzice i lekarze nie spełniają tej roli. Jaka wiedza jest przekazywana przez rówieśników, skoro nie uczą się ze źródeł, z których ta wiedza powinna pochodzić. Przekazywane informacje, jak twierdzi sam autor, są niedokładne, wprowadzające często w błąd osobę zainteresowaną. Uogólniając można wysunąć wniosek, iż wraz z wiekiem wzrasta prawie dla każdego z wymienionych źródeł wartość procentowa. Jedynie w przypadku telewizji i rodziny zainteresowanie nimi jako źródłami wiedzy na temat antykoncepcji spada.

Według prof. Poręby w naszym kraju rodzice wnieśli tylko 8% wkładu w edukację seksualną swoich dzieci. 26% dziewcząt i 30% chłopców jako główne

źródło informacji o życiu płciowym człowieka podaje środowisko rówieśnicze [104]. „Środowisko to nie jest kompetentne często nie ułatwia, lecz zakłóca dojrzewanie psychospołeczne. Przyczynia się do rozpowszechniania erotyzmu w zwulgaryzowanej formie. Nastolatki otrzymują z filmów, telewizji, czasopism informacje o seksie jako aktywności błażej i pospolitej. Seksualność podkreślają reklamy, zachowania bohaterów seriali telewizyjnych, idole muzyki pop. Środki masowego przekazu niechętnie przekazują młodzieży pożyteczną społecznie wiedzę, nie promują pożądaných zdrowotnych zachowań”. To wypowiedź mgr M. Sawickiej, z zawodu położnej, która w artykule dyskusyjnym omawia skalę zjawiska poprzez przyczyny, wzory zachowań i konsekwencje [105]. Współczesna młodzież odziedziczyła przeciwstawne przesłania rewolucji seksualnych lat 60. i 80. W obliczu wcześniejszego dojrzewania, dostępności środków antykoncepcyjnych (tylko w niektórych krajach) i antybiotyków zwalczających infekcje przenoszone drogą płciową, jak również w obliczu zagrożenia AIDS edukacja seksualna jest dostarczana sporadycznie i niespójnie, jest postrzegana przez różne frakcje jako zachęta do wczesnych ciąż albo sposób na ich uniknięcie [106]. Zwraca się uwagę na bardzo negatywny wpływ straszenia ciążą nieletnich dziewcząt, co może prowadzić do późniejszego rozwoju zaburzeń odczuwania, związanych ze współżyciem płciowym, jak również do zmian neurohormonalnych [107]. Komplikacje medyczne związane z ciążą nieletnich to głównie: niedokrwistość, infekcje dróg moczowych, nadciśnienie wywołane przez ciążę, poród przedwczesny, niska waga urodzeniowa dziecka, częstsze zapotrzebowanie na znieczulenie okołoporodowe, większa liczba porodów zabiegowych, krótki odstęp między kolejnymi ciążami oraz zespół nagłej śmierci dziecka [108]. Telewizja publiczna nie spełnia w dziedzinie propagowania antykoncepcji prawie żadnej roli. Raz na dwa tygodnie emitowany jest program, w którym poruszane są „jakieś” problemy dotyczące antykoncepcji, w najlepszej godzinie oglądalności, tj. ok. 15.00.

W ten sposób telewizja spełnia swój obowiązek TV publicznej. W rozumieniu autorów i dziennikarzy misja TV publicznej to przede wszystkim programy kulturalne, popularnonaukowe oraz edukacyjne. Ogromna szkoda, ponieważ ten koncern informacyjny mógłby w tej dziedzinie odegrać znaczną rolę, korzystając ze współpracy nauki, lekarzy, rodziców, nauczycieli i samej młodzieży. Programy edukacyjne w omawianej dziedzinie po wejściu do Unii Europejskiej, odegrają decydującą rolę w edukacji młodzieży, tak jak wielką rolę odegrała TV w propagowaniu porodów naturalnych.

### **Programy rządowe**

W roku 1999 opublikowano w W. Brytanii raport rządowy na temat ciąż wśród nastolatków. Jak stwierdzono zainteresowanie antykoncepcją w tej grupie wiekowej znacznie wzrosło [109] [110]. W W. Brytanii występuje najwyższy

wśród krajów UE współczynnik niepożądanych ciąż wśród kobiet poniżej 20. roku życia i dlatego władze rządowe uświadomiły sobie potrzebę analizy czynników wpływających na taki stan rzeczy. (Programy takie istnieją w większości krajów rozwiniętych).

Analiza dotyczyła populacji docelowej, aspektów prawnych, nie informowania rodziców, tzw. zrozumienie Gillick (nazwa pochodzi od precedensu sądowego, w którym sąd uznał, że niepełnoletnia pacjentka, panna Gillick, dobrze zrozumiała poradę lekarską, w związku z czym lekarz na jej prośbę miał prawo nie informować rodziców o zaordynowanych ich dziecku środkach antykoncepcyjnych), czy ochrony praw dziecka (molestowanie seksualne). Przedstawiono również implikacje wynikające ze stałości i dojrzałości związku emocjonalnego nastoletniej pacjentki z partnerem seksualnym, z czego wynika możliwość zaplanowania i regularnego stosowania wybranej metody antykoncepcyjnej.

Rządowy raport wyróżnia trzy główne czynniki, które wpływają na wysokość współczynnika niepożądanych ciąż:

- niskie aspiracje („co mnie lepszego w życiu czeka?”)
- ignorancja- zaledwie ok. 50% brytyjskich dziewcząt poniżej 16. roku życia i około 75% poniżej 18. r.ż. stosuje antykoncepcję w momencie rozpoczęcia współżycia (w Holandii jest to ponad 80%)
- sprzeczne poglądy („popęd płciowy jest trudny do pohamowania, a antykoncepcja nielegalna”).

Inne pomniejsze, choć bardzo ważne wnioski raportu: Zmniejszenie niechcianych ciąż nie zależy wyłącznie od poprawy dostępności właściwego poradnictwa na temat antykoncepcji. Wymaga to współpracy wydziałów zdrowia, opieki społecznej, instytucji zajmujących się edukacją, wolontariuszy, a także mediów. Celem współpracy powinno być stworzenie kultury otwartej na sprawy seksu, a także uczenie dzieci od najmłodszych lat, czym jest związek dwojga ludzi i jakie zobowiązania z niego wynikają. Należy wprowadzić do programu wzorem Holandii (Meyrick J, Swann C. Reducing the rate of teenage conceptions. In: An overview of the Effectiveness of Interventions and Programmes Aimed at Reducing Unintended Conceptions in Young People. London: Health Education Auth) we wczesnych klasach zajęć dla dziewcząt, polegających na kilkudniowym, ciągłym, („jak prawdziwa mama”), opiekowaniu się lalką. Pokazuje to, jak wiele wysiłku wymaga opieka nad dzieckiem, że jest to ciężka praca, od której nie ma ucieczki

Najniższy wskaźnik ciąż u nieletnich występuje w Holandii (14/1000 nieletnich, dla wieku 15-19 lat), natomiast w Szwecji wynosi ok. 35/1000, w Anglii z Walią 44/1000 [111]. W USA notuje się największy wskaźnik ciąż u nastolatków w wieku 15-19, który wynosi 96/1000, czyli jedna na 10 dziewcząt zachodzi w ciążę [112]. Podane statystyki nie obejmują często ciąż zaistniałych przed 15. rokiem życia, ciąż zaistniałych z młodocianym partnerem i ciąż powstałych w wyniku współżycia rodzeństwa [113]. Ocenia się, że w Kanadzie

40 tysięcy nieletnich mieszkanek tego kraju zaszło w ciążę w roku 1995 [114]. Z badań wynika, że około 5% dziewcząt w Polsce pomiędzy 15.-18. r. ż. zostaje matkami, a liczba dziewcząt przerywających ciążę w tym samym okresie życia kształtuje się na tym samym poziomie [115]. Stwierdzono, że stały wskaźnik ciąż dziewcząt poniżej 19. roku życia (1980-1985) zwiększył się w USA o 9% i w roku 1990 wynosił 95,9 ciąż na 1000 dziewcząt pomiędzy 15.-19. rokiem życia [116].

Często ciężarne dziewczęta są dziećmi podobnie młodych rodziców. Większość tych ciąż jest nie planowanych lub niechcianych. Stąd w krajach zachodnich częstość indukowanych poronień ocenia się na 30-60% zarejestrowanych ciąż u nieletnich [117]. Jeden z autorów przedstawił ciekawe rozważania nad zagadnieniem ciąż u nieletnich w świetle wzrostu częstości występowania raka piersi. Jako czynniki ochronne przed zachorowaniem wymienia: późny wiek menarche, wczesne ciążę, wielodzietność i długi okres laktacji [118]. W Polsce tylko około 6% młodocianych ciężarnych objętych było odpowiednią opieką przedporodową. Największy odsetek (36,4%) urodzeń noworodków z niską masą urodzeniową stwierdzono w grupie nieletnich ciężarnych, które w przebiegu ciąży nie korzystały z opieki przedporodowej [119].

Stwierdzono, że konsumpcja alkoholu, palenie papierosów lub stosowanie narkotyków bywają częstsze w grupie młodocianych ciężarnych [120]. Wydaje się, że ciąża młodocianych może być przejawem adaptacji do miejskiego ubóstwa. Młodociane matki uzyskują zazwyczaj niższe wykształcenie i w efekcie otrzymują gorzej płatną pracę [121].

Reasumując, należałoby podkreślić istnienie wielu problemów związanych z aktywnością seksualną nieletnich, które oprócz zainteresowania społecznego mogą również stanowić obszar aktywności medycyny, zwłaszcza w profilaktyce.

Motywacje wyniesione z atmosfery domowej, szkolnej, mass mediów lub religijne mogą być tutaj istotnymi czynnikami. Przeciwdziałanie skutkom stresu i depresji w przypadku zaistnienia ciąży u nieletnich wydaje się ważnym obszarem działań socjalnych, medycznych i dydaktycznych.

Zachowania seksualne, bogaty świat uczuć człowieka, planowanie rodziny to jedność która powinna być nauczana od wczesnych lat.

Jakie są dziś źródła wiedzy o życiu seksualnym? Młodzież, która uczestniczyła w badaniach, wskazała na literaturę popularnonaukową jako główne źródło uświadczenia (99% odpowiedzi wśród dziewcząt i 100% wśród chłopców). Na drugim miejscu znaleźli się rówieśnicy. Rodzina częściej jest źródłem wiedzy o seksie dla dziewcząt (40%) niż dla chłopców (24%). Mniejszą rolę w edukacji seksualnej odgrywiają nauczyciele, a jeszcze mniejszą lekarze!

Ubóstwo oraz niskie aspiracje są główną przyczyną wczesnego rozpoczynania aktywności seksualnej. Stosujące antykoncepcję nastolatki częściej niż starsze

od nich o 10 lat koleżanki przyznają, że czynią to sporadycznie. Jakże to może mieć skutki odległe?

Badania prowadzone nad rozprzestrzenianiem się chorób przenoszonych drogą płciową wśród młodocianych wskazują jednoznacznie, że czas dojrzewania nie jest czasem właściwym dla współżycia seksualnego. Okazuje się, że układ immunologiczny w tym okresie nie jest przystosowany do kontaktów genitalnych. Długofalowe obserwacje przeprowadzone w Baltimore u 3202 dziewcząt pomiędzy 12. a 19. rokiem życia, współżyjących seksualnie z różnymi partnerami, pozwoliły ustalić, że 29,1% z nich uległo zakażeniu zarazkiem *Chlamydia*. Co dziesiąta z tych dziewcząt pozostanie niepłodna [122]. Są to fakty, które należałoby rozpatrzyć przy podejmowaniu inicjacji seksualnej w młodym wieku.

Kolejni autorzy sygnalizują inne dane z terenu USA. 70% dorastających dziewcząt w USA rozpoczyna aktywne życie seksualne do 19. roku życia [123], z tego 8-10% każdego roku zachodzi w ciążę [124].

Antykoncepcja hormonalna doustna jest metodą uprzywilejowaną u młodzieży, lecz jej kontynuacja w skali roku jest raczej mierna: 43% przestaje ją stosować w ciągu 6 miesięcy od początku stosowania [125]. Zbadano grupę 122 młodych kobiet poniżej 18. roku życia, które urodziły w 1997 roku. Po porodzie 76 wybrało depot medroksyprogesterone acetate, a DŚA – 46. W grupie badanej nie było istotnych różnic co do wieku porodu, liczby porodów i liczby ciąż [126].

Grupa ta była obserwowana pod kątem stosowanej metody antykoncepcji w ciągu roku po porodzie, okresu jej stosowania i czasu ponownej ciąży. W okresie 12 miesięcy po porodzie 27,4% stosowało nadal DŚA i 55,3% medroksyprogesteron. Zanotowano 10,6% ciąż w okresie 12 miesięcy od ostatniego porodu. Te młode matki, które stosowały po porodzie medroksyprogesteron w postaci iniekcji domięśniowych bardzo rzadko były ponownie w ciąży (2,6%) w porównaniu z grupą stosującą DŚA (24%). Ponowne zajście w ciążę nie zależało zatem od skuteczności danej metody antykoncepcji, lecz od czasu jej kontynuowania w ciągu 12 miesięcy. Co wydaje się ciekawe, grupa, w której zastosowano medroksyprogesteron, otrzymała go w iniekcji domięśniowej w dawce 150 mg, jeszcze przed opuszczeniem szpitala.

Poniżej zestawienie tabelaryczne czynników miesięczkowych w czasie stosowania DŚA i DMPA.

Czynniki miesięczkowe u pacjentek stosujących DŚA w porównaniu z grupą stosującą DMPA.

-----  
Tab. 16  
-----

Prof. Fijałkowski wypowiedział się następująco na temat prokreacji w świetle współczesnego, szybkiego życia (fragment):

„Jeśli działania zmierzające do ochrony środowiska przyrodniczego zdają się trzymać z dala od „terenu” płciowości, to można tłumaczyć jedynie tym, że cała uwaga ekologów skupia się na środowisku otaczającym człowieka – na biosferze. Ale czy można przejść do porządku dziennego nad tym, że człowiek niszczy siebie w sferze istotnej dla BYĆ ALBO NIE BYĆ gatunku – w dziedzinie prokreacji. Ekologia ma wyraźne odniesienie do wartości: życie traktuje jako podstawową wartość, a środowisko społeczno-przyrodnicze jako dobro wspólne(..). Utrzymanie ekologicznej czystości w przeżywaniu płci wymaga wyprowadzenia odniesień i działań z nią związanych ze sfery rozrywki do sfery pracy nad sobą. Chodzi tu o uruchomienie aktywności w poznawaniu się dziewcząt i chłopców oraz wzajemne wzbogacenie się odmiennymi charakterystycznymi dla jednej i drugiej płci. Dialog ten wymaga twórczego przemienienia i przetwarzania elementarnych pobudzeń, napięć, podnieceń czy pożądań, jakie pojawiają się spontanicznie. Wszystkie te przejawy wymagają nazywania ich i akceptacji, a zaraz potem nadania im odpowiedniego kształtu, aby dialog toczył się z zachowaniem fizycznego dystansu. Postawa aktywna, wsparta oddziaływaniem osłony w postaci wstydlivosti, sprzyja zachowaniu czystego charakteru odniesień między dziewczętami i chłopcami, wolnego od niszczących uzależnień od stosowania środków zabezpieczających przed zakażeniami. Akt płciowy otwarty na życie, ma swe ekologiczne czyste miejsce w małżeństwie, stanowiącym związek stały i wyłączny. Tak więc przeżycia związane ze sferą płciową trzeba umieścić w dziale PRACY NAD SOBĄ”. Niezależnie od charakteru wypowiedzi profesora, można się w niej zawsze doczytać dużej dozy humanizmu i troski o drugiego człowieka.

Niestosowanie antykoncepcji wiąże się nie tylko z nieplanowaną ciążą. Niesie ze sobą także ryzyko chorób przenoszonych drogą płciową, często również stwarza dla matki i dziecka trudności życiowe w postaci ubóstwa, problemów zdrowotnych, niepełnego wykształcenia, braku pracy czy wyobcowania ze społeczeństwa [127].

### **I.8.2. Problemy ogólne nastolatek**

W angielskich badaniach dotyczących rządowego raportu, ze względów statystycznych dziewczęta podzielono na różne grupy. Niektóre dziewczęta poniżej 16. roku życia są tak dojrzałe jak osiemnastoletnie, inne zaś zachowują się jak 12-letnie dziewczynki. Ma to znaczenie dla lekarza, który musi ocenić stopień dojrzałości pacjentki oraz jej zdolność rozumienia problemu.

#### ***Molestowanie seksualne oraz poufność***

Według ostatnich raportów, również polskich w przypadku niepełnoletniej pacjentki należy brać pod uwagę, że może być ona ofiarą nadużyć seksualnych. Pacjentka mimo młodego wieku musi mieć pewność że zasada dyskrecji i poufności nie zostanie złamana bez jej wiedzy, i że jedynie w niektórych okolicznościach personel medyczny musi przekazać sprawę innym.

Krajowy Wydział Zdrowia w Anglii wydał szczegółowe wytyczne w sprawie poradnictwa oraz stosowania antykoncepcji u pacjentek poniżej 16 r. ż. Zaleca w nich udzielanie porady pacjentce poniżej 16 r. ż., bez informowania rodziców, o ile:

- młoda pacjentka rozumie poradę oraz moralne, społeczne, emocjonalne i zdrowotne skutki swojego postępowania, a także leczenia
- młodociana pacjentka bez względu na poradę i tak będzie lub jest prawdopodobne, że będzie uprawiać seks bez żadnych zabezpieczeń
- jeżeli nie uzyska porady, może ucierpieć na tym jej stan fizyczny lub emocjonalny
- w najlepiej rozumianym interesie pacjentki leży aby otrzymała poradę lub leczenie antykoncepcyjne bez zgody rodziców

### ***Kto się zwraca po antykoncepcję?***

Według danych, od lat trzydziestych notuje się stały wzrost aktywności seksualnej nastolatek, jednak do 1960 roku antykoncepcja nie była szeroko dostępna dla niezamężnych kobiet. Młodzi ludzie niechętnie zgłaszają się po antykoncepcję do lekarzy rodzinnych. Wolą skorzystać z porad specjalisty w zakresie planowania rodziny. Okazuje się że *powodzenie antykoncepcji* w przypadku nastolatków warunkują dwa najważniejsze czynniki: bezpłatny dostęp do środków antykoncepcyjnych oraz dyskrecja.

W 1975 roku bardzo niewiele dziewcząt poniżej 16. roku życia zgłaszało się do poradni planowania rodziny. W latach 1998-1999 w Anglii korzystało z nich 7% dziewcząt w przedziale wiekowym 13-15 lat. Przy dokładniejszej analizie tej grupy okazało się, że z usług tych korzysta co 25. dziewczynka w wieku 13-15 lat oraz co 7. piętnastolatka.

Amerykańskie badanie wykazało, że osoby nieregularnie stosujące antykoncepcję doświadczają bliskości emocjonalnej, społecznej oraz intelektualnej na znamienne niższym poziomie niż pary stosujące te środki regularnie. Słowem działania edukacyjne stanowią decydujące znaczenie w celu zdolności komunikowania się młodych ludzi ze swoimi partnerami.

### ***Zapalenia narządów miednicy mniejszej przenoszone drogą płciową, jako powikłania przyszłej rozrodczości.***

Młody wiek jest znacznym czynnikiem ryzyka zapalenia narządów miednicy mniejszej po części dlatego, że młode kobiety rzadziej niż starsze utrzymują stabilne związki i dlatego są częściej narażone na zakażenia przenoszone drogą płciową. Kobiety, które miały więcej niż 10 partnerów seksualnych, trzy razy częściej podają w wywiadzie zapalenie narządów miednicy mniejszej niż te, które miały jednego.

Innym wytłumaczeniem większej częstości występowania PID (pelvic inflammatory disease) u młodych kobiet jest to, że mają one mniejszą odporność na czynniki przenoszone drogą płciową niż kobiety dojrzałe, ponieważ nabłonek

walcowaty kanału szyjki macicy jest u nich bardziej narażony. Wielu autorów podkreśla duże znaczenie DŚA i metod barierowych jako antykoncepcji w zmniejszaniu ryzyka zachorowania.

Ostatnie badania wykazały, że płukanie pochwy jest jednym z niewielu możliwych do wyeliminowania czynników ryzyka. Jest to praktyka higieniczna [128] często stosowana przez gorzej wykształcone kobiety w południowo-wschodniej części USA. Zależność między płukaniem pochwy a PID jest większa u białych kobiet (wzrost ryzyka o 50%) niż u Afroamerykanek.

Dodatkowo palenie papierosów jest związane z wykazaniem statystycznie podwyższonego ryzyka zapalenia narządów miednicy mniejszej [129]. Ocenia się, że rocznie w USA występuje ponad milion przypadków PID, a 250 000 do 300 000 z nich wymaga hospitalizacji. Koszty związane z leczeniem szacuje się na ponad 7 mld dolarów [130].

Objawy kliniczne:

- charakter bólu w dole brzucha (kłujący, palący, kurczowy lub jednostajny)
- lokalizacja bólu (jednostronny, dwustronny lub rozlany)
- powikłania przewodu pokarmowego: wymioty, biegunka, zaparcie, bolesne parcie na stolec
- układ moczowy: dysuria (zatrzymanie oddawania moczu), nagłaże oddawanie moczu
- układ płciowy: zwiększone upławy, nieprzyjemny zapach z pochwy, nieprawidłowe krwawienia.

**UWAGA:** W przypadku stwierdzenia jednego z tych objawów należy natychmiast zgłosić się do lekarza. Jeśli dołączą się kolejne objawy, należy natychmiast udać się do najbliższego szpitala.

Czynniki etiologiczne PID:

- *Neisseria gonorrhoeae*
- *Chlamydia trichomatis*
- *Gardnerella vaginalis* (beztlenowiec)
- *Escherichia coli*
- *Haemophilus influenzae*.

Powikłania po przebytym PID są następujące: niepłodność z powodu zamknięcia światła jajowodów (występuje u 20% chorych z PID, to jest 7 razy częściej niż w ogólnej populacji), ciąża ektopowa (występuje 6 razy częściej), zespół bólowy miednicy mniejszej, dyspareunia (bolesne stosunki), zrosty w miednicy mniejszej wymagające interwencji chirurgicznej (występują w 15-20% przypadków) [131].

Zmiany pozapalne w obrębie jajowodów odpowiadają za około 20% przypadków niepłodności i dotyczą około 1-2% wszystkich kobiet [132]. Jak wynika z badań szwedzkich mimo agresywnego leczenia około 6%



gonokokowych i 17% niegonokokowych zapaleń przydatków prowadzi do niepłodności.

Prawdopodobieństwo wystąpienia niepłodności na skutek pozapalnego uszkodzenia jajowodów zwiększa się, jeśli oprócz zakażenia w wywiadzie stwierdza się stosowanie WWA, przerwanie ciąży lub gdy zakażenie ma charakter nawrotowy.

Ciąża pozamaciczna występuje najczęściej u kobiet, które przebyły zapalenie przydatków. Jest to częste powikłanie chirurgicznej korekty pozapalnego uszkodzenia jajowodów i występuje w 1/3 ciąży, do których dochodzi po zastosowaniu tej metody leczniczej

Częstość występowania zespołu bólowego miednicy mniejszej wiąże się z przebyciem PID. Dolegliwości bólowe ciągnące się czasami przez lata mogą być spowodowane nawrotem lub zaostrzeniem przewlekłego zakażenia lub być wywołane przez przyczyny nie związane z zakażeniem w obrębie miednicy [133].

## **I.9. Prawo i etyka w antykoncepcji.**

### **Dekalog praw kobiet**

Międzynarodowa Federacja Planowania Rodziny (IPPF) przygotowała Kartę praw seksualnych i ogłosiła ją drukiem w 1995 roku. Jest to odpowiedź na wezwanie do określania praw seksualnych i reprodukcyjnych w kategoriach praw człowieka, określając prawo do decydowania czy i kiedy mieć dzieci. IPPF uznaje, że wynika ono z przysługującego każdemu człowiekowi prawa do „swobodnej i odpowiedzialnej decyzji o liczbie i odstępach czasowych między urodzeniami dzieci oraz prawa do dostępu do informacji, edukacji i środków umożliwiających korzystanie z tego prawa, a ponadto uznaje, że specjalną ochroną należy objąć kobiety w uznanym za uzasadniony okresie przed i po urodzeniu dziecka; w związku z tym zobowiązuje się gwarantować co następuje:

- Każda kobieta ma prawo do informacji, edukacji oraz usług niezbędnych dla ochrony zdrowia reprodukcyjnego i bezpieczeństwa macierzyństwa i bezpiecznych metod planowania rodziny, które są dostępne fizycznie i finansowo, możliwe do zaakceptowania oraz dogodne dla wszystkich korzystających z nich osób.
- Każdy człowiek ma prawo do dostępu do możliwie najszerszego zakresu bezpiecznych, skutecznych i możliwych do zaakceptowania metod regulacji płodności
- Każdy człowiek ma prawo do swobodnego wyboru oraz stosowania metody ochrony przed nieplanowaną ciążą, która jest bezpieczna i możliwa do zaakceptowania przez niego”.

W dokumencie końcowym z Międzynarodowej Konferencji ONZ na rzecz Ludności i Rozwoju, podpisanej również przez przedstawicieli polskiego rządu, która odbyła się w Kairze w 1994 roku czytamy: „Wszystkie kraje w ramach

systemu podstawowej opieki zdrowotnej powinny jak najszybciej, ale nie później niż do roku 2015, dążyć do zapewnienia opieki w zakresie życia reprodukcyjnego wszystkim jednostkom w odpowiednich grupach wiekowych. Opieka w zakresie reprodukcji w kontekście podstawowej opieki zdrowotnej powinna obejmować m.in.: poradnictwo, informację, edukację, przekazywanie wiedzy oraz świadczenie usług w zakresie planowania rodziny; edukację i usługi w zakresie opieki prenatalnej, bezpiecznego porodu i opieki postnatalnej, w szczególności karmienia piersią oraz opieki zdrowotnej nad matką i dzieckiem, zapobieganie i odpowiednie leczenie niepłodności” [134].

Sformułowany przez zespół Towarzystwa Rozwoju Rodziny Dekalog praw skierowany jest w stronę kobiet, ale i również w kierunku tych, którzy oferują współczesną wiedzę, doświadczenie, formułują zasady prawa, etyki i polityki. Od tego dekalogu powinno się rozpocząć rozważania na temat planowania współczesnej rodziny u progu XXI wieku.

Zgodnie z kartą praw kobiety mają prawo do:

- I. Informacji, poznania zalet i wad oraz dostępności metod planowania rodziny.
- II. Dostępu do możliwie najszerszego zakresu usług oraz korzystania z nich niezależnie od płci, wyznania, koloru skóry, stanu cywilnego oraz miejsca zamieszkania.
- III. Wyboru podejmowania dobrych decyzji, czy korzystać z planowania rodziny i jakie stosować metody.
- IV. Bezpieczeństwa w zakresie stosowania bezpiecznych i skutecznych metod planowania rodziny.
- V. Prywatności związanej ze świadczeniem informacji, poradnictwa i usług z zachowaniem prywatności
- VI. Zachowania tajemnicy, pewności, że wszystkie informacje osobiste zostaną zachowane w tajemnicy.
- VII. Poszanowania godności, życzliwego, uważnego traktowania klienta.
- VIII. Wygody w sensie jakości oferowanej opieki i usług oraz poczucia komfortu podczas korzystania z nich.
- IX. Ciągłości gwarantującej dostępność usług w przyszłości, np.: korzystania z usług, metod i środków antykoncepcyjnych dopóki istnieje taka potrzeba.
- X. Wyrażania opinii i formułowania własnych sądów o świadczonych usługach.

Nowa świadomość, jaka towarzyszy młodszej kadrze Instytutu Matki i Dziecka, Towarzystwa Rozwoju Rodziny i innych ośrodków przyczyni się zapewne do stworzenia odpowiedniego programu rządowego. W realizacji zasad nowoczesnego planowania rodziny nie pozostaniemy w tyle. Jestem przekonany, że stworzony zostanie jeden z najlepszych programów rządowych lub pozarządowych, który będzie przykładem dla całej Unii Europejskiej.

### **Karta lekarza - dekalog**

Współcześni lekarze przeżywają frustracje, ponieważ zmiany w systemach opieki zdrowotnej, zachodzące niemal we wszystkich krajach uprzemysłowionych, zagrażają zasadom wykonywania zawodu i związanym z nimi wartościami. Odpowiadając na to wyzwanie, pod koniec 1999 roku European Federation of Internal Medicine, ACP-ASIM Foundation oraz ABIM Foundation wspólnie rozpoczęły przedsięwzięcie pt. „Zasady wykonywania zawodu lekarza”. W Polsce Karta Lekarza została przyjęta przez większość towarzystw naukowych.

Zbiór zobowiązań zawodowych:

- I. Zobowiązanie do kompetencji zawodowej. (...) Całe środowisko lekarskie musi dbać o to, aby wszyscy lekarze byli kompetentni, oraz wprowadzić odpowiednie mechanizmy umożliwiające lekarzom osiągnięcie tego celu.
- II. Zobowiązanie do szczerości wobec pacjenta. (...) Lekarze muszą dbać o to, aby pacjenci otrzymywali wyczerpującą i prawdziwą informację o leczeniu, zanim wyrażą na nie zgodę, a także w trakcie leczenia.
- III. Zobowiązanie do przestrzegania tajemnicy lekarskiej
- IV. Zobowiązanie do właściwych relacji z pacjentami.
- V. Zobowiązanie do doskonalenia jakości opieki.
- VI. Zobowiązanie do zapewnienia dostępności opieki medycznej.
- VII. Zobowiązanie do sprawiedliwego rozdziału ograniczonych zasobów ochrony zdrowia.
- VIII. Zobowiązanie do zdobywania wiedzy naukowej.
- IX. Zobowiązanie do podtrzymywania zaufania przez odpowiednie postępowanie w przypadku konfliktu interesów.
- X. Zobowiązanie do wypełniania obowiązków zawodowych. [135]

Zastosowanie Karty praw kobiet, oraz Karty lekarza przyczyni się zapewne do lepszego rozwoju i zrozumienia tak wszechstronnej dziedziny medycyny, jaką jest współczesne planowanie rodziny.

### **I.9.1. Zdrowie reprodukcyjne kobiet w monoteistycznych religiach świata** [136]

Dla osób praktykujących rozmaite rodzaje reprodukcji ważne jest zapoznanie się z różnymi postawami religijnymi związanymi z problematyką zdrowotnych aspektów reprodukcji człowieka. Religia wywiera nacisk na władze cywilne na polu zagadnień dotyczących rozmnażania, takich jak zapobieganie czy prokreacja, oraz w tematach takich jak aborcja czy leczenie bezpłodności. Postawę Żydów względem prokreacji wyjaśnia fakt, że pierwszym przykazaniem Boga danym Adamowi było być płodnym i rozmnażać się. Judaizm zezwala na praktykowanie wszystkich technik rozmnażania wspomaganego, gdzie komórka jajowa i sperma pochodzą od męża i żony. Wszystkie reguły rabinów zezwalają na stosowanie antykoncepcji w przypadku wskazań medycznych. Trudności ekonomiczne i kłopoty związane z wychowywaniem dzieci nie są wskazaniem wystarczającym dla kontroli urodzeń. Zgodnie z regułami judaizmu aborcja na życzenie jest zabroniona, ale może być wykonana w przypadku zagrożenia życia matki. Postawa względem praktyk reprodukcyjnych jest różna w poszczególnych wyznaniach chrześcijańskich. Praktykowanie antykoncepcji nie jest akceptowane przez Watykan, ale może być uprawiane przez protestantów, anglikanów i inne wyznania (prócz rzymsko-katolickiego). Zgodnie z doktryną Kościoła rzymsko-katolickiego głównym celem małżeństwa jest prokreacja. Stosowanie antykoncepcji niweczy potencjalną możliwość stworzenia nowego życia podczas stosunku płciowego oraz kłóci się z celem małżeństwa, stąd jest grzechem przeciwko naturze. Tradycyjne chrześcijańskie poglądy traktują embrión jako istotę ludzką od momentu poczęcia, dlatego też aborcja jest surowo zakazana. Islam zezwala na stosowanie antykoncepcji tylko w przypadku niektórych sytuacji życiowych. Religia jako dotycząca spraw uważanych za niezwykle ważne jest elementem kultury wszystkich społeczeństw, jednak nadal wywiera wpływ na władze cywilne w sprawach rozmnażania, tj. antykoncepcji, prokreacji czy leczenia bezpłodności. Przedstawiciele różnych ugrupowań religijnych aktywnie walczą o swą bioetyczną pozycję w pluralistycznych społeczeństwach. Rozwój nauki i techniki w dziedzinie rozmnażania rodzi nowe pytania religijne, które nie zawsze dają jasną odpowiedź. Rolą teologii w bioetyce jest przede wszystkim wyjaśnienie różnym społecznościom religijnym, jakie istnieją postawy wobec tych osiągnięć medycyny. Dlatego też dla osób praktykujących różne techniki reprodukcji ważne jest zapoznanie się z różnymi postawami religijnymi związanymi z problematyką zdrowia kobiety w dziedzinie reprodukcji.

### ***Zachowania seksualne.***

**Judaizm.** W judaizmie seks jest częścią ludzkiego życia. Judaistyczne podejście do spraw seksu zawsze było swobodne, zdrowe, a prawo żydowskie uwzględniało pragnienia seksualne człowieka. Stąd też kompletna abstynencja

par małżeńskich była niewybaczalna. Każda osoba zamężna ma małżeńskie obowiązki względem współmałżonka. Prawa małżeńskie żony opierały się na Mitzvah Onah, który jest jednym z trzech podstawowych obowiązków męża: dostarczenie żonie żywności, ubrania i zaspokożenia cielesnego. Częstotliwość stosunków płciowych zależy od ilości zajęć mężczyzny i jego stylu życia.

**Chrześcijaństwo.** W okresie wczesnochrześcijańskim ojcowie Kościoła w Rzymie określili reguły objaśniające ich poglądy na temat stosunków płciowych. Ich główną troską było uwolnienie ducha od więzów cielesnych oraz zaprzestanie reprodukcji czy zakładania rodzin. Celem stosunków płciowych w małżeństwie była prawie wyłącznie reprodukcja. Przyjemność traktowano i odrzucano jako grzeszną i niegodną chrześcijanina. Przyjemność seksualna była nie do zaakceptowania. Z uwagi na powiązania grzechu pierwotnego ze stosunkiem płciowym oraz z powodu doznawanej przyjemności popełnienie grzechu podczas stosunku płciowego było nieuniknione.

**Islam.** Islam uwzględniał i uwzględnia popęd seksualny mężczyzn i kobiet; nie uznaje celibatu. Prawo islamskie reguluje relacje seksualne. Praktyki seksualne są dozwolone tylko w małżeństwie. Wszelkie inne rodzaje seksu, czy to przed- czy pozamałżeńskiego są zabronione. Para musi unikać stosunków płciowych podczas miesiączki, okresu połogowego lub w razie kalectwa. Homoseksualne relacje są zakazane, zarówno między mężczyznami jak i kobietami.

Koran ustala system kar dla mężczyzn i kobiet, którzy dopuszczają się cudzołóstwa. Islam łączy seks małżeński z prokreacją i tworzeniem rodziny. Koran nakazuje odbywanie stosunków płciowych przez wprowadzenie penisa do pochwy, ponieważ jest to jedyna droga prokreacji i kontynuacji rodzaju ludzkiego. Mąż ma prawo napawać się ciałem żony, na każdy sposób oprócz stosunku analnego. W pierwotnych źródłach szarijatu nie ma wzmianki o seksie oralnym. Jednakże źródła wtórne Szarijatu wskazują, że nie jest on zabroniony, lecz niewskazany.

Praktyki seksualne z innymi niż człowiek gatunkami są przez islam zakazane, jak podają niektóre strofy Koranu, podobnie jak przedstawiono to w Biblii.

#### *IV Prokreacja*

**Postawa Żydów.** O postawie Żydów względem bezpłodności świadczy fakt, że pierwszym nakazem Boga dla Adama było przykazanie: „Bądź płodny i rozmnażaj się”. Kwestia sporna między rabinami każe rozważać kwestię liczby dzieci wymaganą do spełnienia bożego przykazania do prokreacji. Szkoła Shammai głosi, że posiadanie dwóch synów jest wystarczające i wskazuje na Mojżesza i jego dwóch synów jako model właściwy. Natomiast Szkoła Hillel twierdzi, że niezbędne jest posiadanie jednego syna i jednej córki. Ich poglądy opierają się na motywie stworzenia przez Boga Adama i Ewy z jego żebra.

Chociaż mężczyzna przestrzegający głównych nakazów dotyczących prokreacji nie jest zobowiązany przez Torę do kontynuacji rozmnażania, musi być żonaty i nie praktykować celibatu. Zgodnie z prawem żydowskim niepłodna para musi poddać się diagnozie i dalszemu leczeniu. Jednakże leczenie medyczne jest różne dla mężczyzn i kobiet. Ze ściśle religijnego punktu widzenia najpierw trzeba zbadać kobietę i w przypadku niewykrycia patologii, trzeba przebadać mężczyznę. Badanie spermy w kierunku stwierdzenia bezpłodności nie jest włączane w zakaz „marnowania” nasienia.

W Biblii, oraz w literaturze talmudycznej miesiączkująca kobieta jest nazywana Niddah. W czasie stanu Niddah kontakty seksualne są wzbronione.

**Chrześcijaństwo.** Chrześcijaństwo, podobnie jak inne wielonarodowe religie, charakteryzujące się wielką różnorodnością sekt i wyznań. Istnieje jednak zbiór głównych reguł, które obowiązywały we wczesnym ruchu chrześcijańskim, średniowiecznym Kościele zachodnim oraz obowiązują w nowoczesnym Kościele rzymsko-katolickim i w kościołach protestanckich. Jednakże pomimo istnienia „rdzenia zasad chrześcijaństwa europejskiego”, ich stosunek do bezpłodności jest bardzo pośredni i nie może być łatwo sformułowany.

Zgodnie z nauką katolicką, cierpienie małżonków nie mogących mieć dziecka lub obawiających się przyjscia na świat upośledzonego potomka jest cierpieniem, które każdy powinien zrozumieć i właściwie ocenić. Pragnienie dziecka jest naturalne i wyraża powołanie do ojcostwa i macierzyństwa wpisane w fizyczną miłość. To pragnienie może być nawet silniejsze u par dotkniętych bezpłodnością. Mimo to małżeństwo nie dyskutuje o prawie małżonków do posiadania dziecka, lecz o prawie wykonywania naturalnych aktów, które same przez się służą prokreacji.

**Islam.** Islam kładzie jednoznaczny nacisk na wysoką płodność, a muzułmańska struktura społeczna powszechnie ją podtrzymuje. Jest to niezbędny element zapachu nakierowanego na przedłużenie islamu i ekspansji społeczeństw muzułmańskich. Podkreślenie roli płodności wiąże się z tolerancyjną postawą wobec poligamii, naśladującej postępowanie Mahometa i zasady Koranu, mimo że Mahomet nie popierał nieograniczonej poligamii, lecz raczej ograniczył już obecną poligamię w społeczności arabskiej.

Poligamia w dzisiejszych, bardziej stabilnych społeczeństwach muzułmańskich praktykowana jest w o wiele mniejszym stopniu, niż miało to miejsce we wczesnych okresach ekspansji etnicznej ludności arabskiej.

### ***Religijne aspekty antykoncepcji***

Próby kontroli liczebności urodzeń są tak dawne, że ich prawdziwe pochodzenie jest zakryte mgłą czasu. Ograniczenie liczby ludności jest szeroko rozpowszechnione wśród ludzi wykształconych. Dzieciobójstwo i aborcja były

powszechnymi praktykami w społeczeństwach prymitywnych, ale praktyki ograniczania urodzeń były rzadko stosowane.

Jest podstawa do przypuszczeń, że kobiety już dawno doceniły korzyści płynące z antykoncepcji i gdy tylko było to możliwe, stosowały znane w danej kulturze metody antykoncepcyjne. Dostępna wiedza wskazuje, że powodowały nimi przyczyny ekonomiczne i medyczne. Ten fakt sugeruje, że pragnienie kontroli zapłodnienia jest uniwersalną cechą ludzką, niezależną od czasu, miejsca czy kultury.

**Kontrola urodzeń w prawie żydowskim.** W judaizmie stosunki seksualne są rzeczą właściwą w obrębie małżeństwa. Zalecane są w ramach dwóch przykazań boskich. Jednym z nich był nakaz „Bądź płodny i rozmnażaj się”, drugi podkreśla, że „Mąż powinien dostarczać żonie jedzenie, ubranie i zaspokajać jej potrzeby małżeńskie. Antykoncepcja była dozwolona tylko w szczególnych okolicznościach. Tradycyjnie rozumiano nakaz rozmnażania się jako obowiązkowy dla mężczyzn, ale nie dla kobiet. Tak więc dodatkiem do zakazu masturbacji było zabranianie stosowania przez kobiety środków antykoncepcyjnych, podczas gdy metody męskiej antykoncepcji były dozwolone. Abstynencja seksualna jest zabroniona, gdyż przeczy nakazowi „Bądź płodny i rozmnażaj się” oraz nie pozwala na spełnianie obowiązków małżeńskich względem żony.

Stosunek przerywany jest także zakazany, co ma swoje uzasadnienie w zakazie niewłaściwego użycia spermy, pierwszy raz sformułowanym w Biblii w Księdze Rodzaju przez Er i Onana. Talmud i literatura rabińska sprzeciwia się używaniu prezerwatyw, bazując na zakazie niszczenia spermy i niewłaściwej emisji nasienia. Męskie środki hormonalne także są niedozwolone.

Wszystkie orzeczenia rabińskie zabraniają użycia środków antykoncepcyjnych w celu zapobiegania zapłodnieniu ze względów medycznych. Trudności ekonomiczne i niemożność wychowania dzieci nie mogą być powodem do kontrolowania urodzeń.

Użycie moch, absorbującego materiału założonego do pochwy podczas stosunku płciowego, było dozwolone w przypadku nieletnich, ciężarnych i kobiet karmiących. Jeśli istnieją współcześnie wskazania dla kontroli urodzeń, to kolejność preferowanych metod antykoncepcyjnych jest następująca: doustne środki antykoncepcyjne, wewnątrzmaciczne wkładki antykoncepcyjne, tampony dopochwowe, środki plemnikobójcze, błona dopochwowa. Kastracja i sterylizacja są niedozwolone, gdyż zgodnie z prawem żydowskim nie wolno osłabiać ludzkich organów rozmnażania .

**Kościół Rzymsko-Katolicki.** Jak stwierdzono powyżej, według doktryny katolickiej głównym celem małżeństwa jest prokreacja. Owocem kopulacji pożądanym przez naturę jest potomstwo.

Stosowanie antykoncepcji niweczy potencjalną możliwość stworzenia potomstwa i przeczy głównemu celowi małżeństwa, stąd też jest grzechem przeciwko naturze. W zamian dozwolone jest wykorzystywanie metod naturalnych opierających się na abstynencji. Mogą one być stosowane z powodów medycznych, ekonomicznych czy socjalnych.

**Kościół Protestancki.** Doktryna protestancka zezwoliła ostatnio na kontrolowanie urodzeń – The Lambert Confence – a biskupi anglikańscy zatwierdzili ją w roku 1958. Konferencja metodystów w roku 1939 zezwoliła na stosowanie antykoncepcji. Światowa Rada Kościołów zobowiązała się w roku 1961 do współpracy z ONZ w sprawie demografii.

W roku 1979 Synod Biskupów wydał raport deklarujący, że celem seksualności ludzkiej jest przyczynianie się do pomnażania ludzkiego dobra, przyjemności, prokreacji rodzinnej, porządku społecznego i lepszej jakości życia dla wszystkich. Raport ten wyraźnie sygnalizuje zmianę dotychczasowej postawy.

**Islamskie prawo a antykoncepcja.** Zgodnie z naukami Koranu, muzułmanie wierzą, że dzieci są darem Allaha. Wielu muzułmanów uważa za swój religijny obowiązek pomnażanie się i zaludnienie Ziemi. Z drugiej strony istnieje długa lista praw dziecka danych przez Allaha i proroków, która ma za zadanie skłonić do dostosowania swoich schematów prokreacyjnych do „religijnych” zobowiązań wobec dzieci. W obecnym kształcie społeczności muzułmańskich rodzicom nie jest łatwo spełniać obowiązki względem dużych rodzin. Z tego powodu obecni prawnicy Hanafi uważają zapobieganie ciąży za wskazane (nawet bez zgody małżonka) w sytuacjach i okolicznościach nie pozwalających na godne wychowanie dziecka w sposób, który przyniósłby zaszczyt Prorokowi.

#### **I.9.4. Rozważania ogólne**

Zdrowie, wybór i prawo to trzy główne hasła Międzynarodowej Federacji Planowanego Rodzicielstwa z siedzibą w Brukseli. Polskie Towarzystwo Rozwoju Rodziny należy również do Europejskiej Sieci Współpracy Międzynarodowej Federacji Planowanego Rodzicielstwa (IPPF EN). A oto wybrane kardynalne zasady Planowania Rodziny obowiązujące w Europie.

#### **MISJA IPPF**

Misją IPPF jest:

- Wspierać i bronić podstawowe prawo każdego człowieka do podejmowania wolnych i świadomych decyzji dotyczących własnego życia seksualnego, emocjonalnego i reprodukcyjnego; dążyć do rozwoju i



zapewnienia w Europie szerokiej informacji, edukacji i wysokiej jakości usług związanych z seksualnością człowieka, antykoncepcją i bezpieczną aborcją w uzasadnionych przypadkach.

- Promować i bronić praw kobiet i mężczyzn, w tym młodzieży, do swobodnego decydowania o liczbie i czasie urodzin ich dzieci oraz do jak najlepszego stanu zdrowia seksualnego i reprodukcyjnego.
- Promować ruch planowania rodziny wśród osób, których potrzeby w zakresie zdrowia seksualnego i reprodukcyjnego nie zostały zaspokojone przez informację, rzecznictwo interesów oraz poradnictwo.
- Podkreślać znaczenie profilaktyki zdrowotnej, a szczególnie znaczenie zdrowia kobiet w wieku reprodukcyjnym oraz znaczenie zdrowia matki i dziecka.
- Podejmować walkę o równe prawa kobiet i mężczyzn, wspierać kobiety w ich dążeniu do pełnego uczestnictwa w życiu społecznym, politycznym i ekonomicznym oraz pełnym korzystaniu z jego przywilejów.

Prawa: „Każda kobieta, mężczyzna i młody człowiek ma prawo (traktowane w kategorii podstawowych praw człowieka) do swobodnych, podejmowanych na podstawie pełnej informacji decyzji dotyczących zdrowia seksualnego i reprodukcyjnego.

Każda kobieta, mężczyzna i młody człowiek powinien korzystać ze swojego prawa do opieki w zakresie zdrowia seksualnego i reprodukcyjnego oraz cieszyć się swoją seksualnością w sposób odpowiedzialny i wolny od przymusu, dyskryminacji i przemocy.

Promocja odpowiedzialnego korzystania z tych praw powinna być podstawową przesłanką dla polityki rządów oraz programów w zakresie zdrowia reprodukcyjnego, łącznie z planowaniem rodziny.

Wybór: „Każdy człowiek powinien mieć dostęp do informacji i usług w zakresie zdrowia seksualnego i reprodukcyjnego, w tym posiadać możliwość stosowania – zgodnie z własnym wyborem – bezpiecznych, skutecznych, dostępnych finansowo i możliwych do zaakceptowania metod planowania rodziny, odpowiadających jego potrzebom.

Zdrowie:

- Zdrowie seksualne i reprodukcyjne jest integralną częścią dobrostanu fizycznego, umysłowego oraz społecznego jednostki. Każdy człowiek może chronić swoje zdrowie, m.in. przed skutkami niechcianej ciąży, infekcji przenoszonych drogą płciową, w tym HIV/AIDS, przez dostęp do antykoncepcji, informacji i poradnictwa.
- Zdrowie reprodukcyjne jest stanem pełnej fizycznej, psychicznej i społecznej pomyślności, nie tylko brakiem choroby czy ułomności we

wszystkich sprawach związanych z systemem reprodukcyjnym, jego funkcjami i procesami.

- Zdrowie seksualne jest częścią zdrowia reprodukcyjnego. Jego celem jest promowanie wartości życia i związków międzyludzkich, a nie tylko poradnictwo i opieka związane z reprodukcją i infekcjami przenoszonymi drogą płciową.

### Sytuacja w Europie IPPF

Dostęp do antykoncepcji, bezpiecznej aborcji i innych usług w zakresie zdrowia reprodukcyjnego różni się znacznie w zależności od kraju. Pomimo ogólnej poprawy dotyczącej wzrostu stosowania nowoczesnej antykoncepcji, oraz podejmowania świadomych decyzji dotyczących zdrowia reprodukcyjnego nadal istnieje wiele problemów do rozwiązania.

Wskaźniki aborcji wahają się w zależności od kraju od 6 na 1000 kobiet do 78 na 1000 w wieku reprodukcyjnym. Oznacza to, że prawdopodobieństwo aborcji u kobiety mieszkającej w Europie Środkowo-Wschodniej jest 13 razy większe niż u kobiety z Europy Zachodniej. W niektórych krajach byłego Związku Radzieckiego liczba osób zakażonych HIV wzrosła w ostatnich latach trzykrotnie. Obszar ten charakteryzuje się najszybszym wzrostem liczby zakażeń na świecie.

Wdrażane w wielu krajach programy rządowe dążą do zredukowania wysokich wskaźników ciąży u nastolatek (najbardziej dramatyczna sytuacja jest w Anglii), a młodym ludziom zapewnić odpowiednią edukację seksualną, oraz usługi w zakresie zdrowia seksualnego i reprodukcyjnego

### **Rola lekarza**

„Funkcja pełniona przez lekarza jako nauczyciela i doradcy sprawia, że wydając receptę jest on odpowiedzialny za rozpowszechnianie dokładnych i właściwych informacji o zaletach i ryzyku leczenia. Nieprawdziwe lub nieprzychylnie opinie, rozpowszechniane zwłaszcza przez środki masowego przekazu, a czasami przez samych lekarzy, utrudniają pacjentkom podjęcie świadomej decyzji stosowania doustnych środków antykoncepcyjnych. Tymczasem mają one prawo wiedzieć o działaniu zapobiegawczym, o poprawie jakości życia związanej z antykoncepcją doustną” [137].

Niektórzy autorzy zajmujący się antykoncepcją proponują zastosowanie formularza, który po przestudiowaniu zmusza do zastanowienia, jak też formułuje zasady stosowania DŚA. Dla lekarza stanowi on pewne zabezpieczenie przed pretensjami pacjentki w przypadku wystąpienia powikłań po zastosowaniu konkretnej metody. Można zaproponować podpisanie takiego formularza w czasie wizyty lekarskiej.

### **Poświadczenie świadomej decyzji**

Oświadczam, że z własnej woli rozpoczynam przyjmowanie doustnych środków antykoncepcyjnych („pigulek antykoncepcyjnych”). Pigułki są metodą kontroli urodzeń, którą wybrałam spośród wielu innych mi przedstawionych metod i środków antykoncepcyjnych. Zalety i wady tej metody zostały mi wyjaśnione.

Korzyści:

Rozumiem, że doustna hormonalna antykoncepcja nie gwarantuje 100% skuteczności. Może ona być skuteczna w 99%, jeśli będę przyjmowała pigułki konsekwentnie i właściwie. Rozumiem, że pigułki progesteronowe (minipigułki) są nieco mniej skuteczne, nawet przyjmowane konsekwentnie. Zostałam poinformowana, że oprócz zapobiegania ciąży pigułki mają u większości kobiet dobroczynne działanie:

- zmniejszają skurcze i bóle menstruacyjne
- zmniejszają krwawienie menstruacyjne
- regulują cykle
- zmniejszają bóle przy owulacji
- zmniejszają ryzyko gonokokowych chorób zapalnych przenoszonych drogą płciową
- zmniejszają trądzik
- obniżają ryzyko raka jajnika i trzonu macicy.

Ryzyko:

Zostałam powiadomiona, że w razie wystąpienia następujących objawów, muszę skontaktować się z lekarzem:

- ostry ból brzucha
- ostry ból w klatce piersiowej, kaszel, duszność
- silne bóle głowy, zawroty głowy, zasłabnięcia, drętwienie rąk
- problemy z oczami (częściowa utrata widzenia, zamglony wzrok, mroczki przed oczami)
- problemy z mową
- silny ból kończyn dolnych (łydki lub uda).

Powiadomię mojego lekarza, jeśli pojawi się któryś z wymienionych objawów lub też depresja, żółtaczka, wyczuwalny guzek piersi czy inne zaburzenia.

Jestem świadoma, że podczas stosowania doustnej antykoncepcji mogą wystąpić działania niepożądane, szczególnie w pierwszych trzech miesiącach stosowania:

- nudności z pobołowaniem głowy
- plamienie międzymiesiączkowe
- nadwrażliwość piersi
- przyrost masy ciała

- depresja, wzrost ciśnienia krwi
- nieznaczne ściemnienie skóry twarzy
- pogorszenie trądziku, wypadanie włosów.

Poważne problemy:

- udary lub ataki serca
- mikrozakrzepy krwi w płucach i nogach
- choroba pęcherzyka żółciowego, guzki wątroby.

Poinformowano mnie, że doustne środki antykoncepcyjne nie stanowią ochrony przed chorobami wenerycznymi i AIDS.

Wiem, że większość poważnych komplikacji pojawia się u kobiet po 35 roku życia palących 15 papierosów dziennie lub mających inne problemy zdrowotne czy też nieprawidłowe wyniki badań krwi.

Poproszono mnie również o zmniejszenie spożywania produktów pochodzących od krowy oraz zmniejszenie ilości pokarmów mięsnych, co ma istotne znaczenie dla ogólnego stanu zdrowia.

Odstawianie pigułki:

Zostałam powiadomiona, że mogę przestać przyjmować pigułki kiedy tylko zechcę. Wiem, że powinnam używać innych metod antykoncepcyjnych aż do wystąpienia normalnej miesiączki zanim spróbuję zajść w ciążę.

Wiem także, że jeśli moje cykle były nieregularne, miesiączki obfite i bolesne przed braniem pigułki, dolegliwości te mogą powrócić po jej odstawieniu.

Udzielono mi dokładnie pouczeń, jak brać pigułki i otrzymałam pisemną instrukcję. Wiem, że muszę brać pigułki codziennie, najlepiej o stałej porze.

Miałam okazję zadać pytania o wszystkie metody kontroli urodzeń, a o doustne środki antykoncepcyjne w szczególności. Na moje pytania udzielono mi satysfakcjonujących odpowiedzi.

.....  
data, podpis pacjentki

.....  
podpis lekarza

Jest to dość dobitny formularz i może się zdarzyć, że pacjentka po przeczytaniu go w ogóle zrezygnuje z antykoncepcji, jednak niezależnie od naszych prywatnych poglądów powinniśmy traktować pacjentki z poszanowaniem ich własnego zdania. Aspekt zabezpieczenia prawnego należy mieć na uwadze dla dobra każdej ze stron. Zakładamy, że lekarz i pacjentka są świadomi sposobów stosowania danej metody antykoncepcji, a w przypadku wystąpienia powikłań pozostaje roszczenie pretensji do producenta danego preparatu, środka czy urządzenia. Podobne formularze w skróconej formie można zastosować do innych metod antykoncepcji.

**Domniemane środki poronne w aspekcie prawnym**

Na temat prawnych uregulowań stosowania środków poskoitalnych wypowiedziała się w Medycynie Praktycznej prof. Eleonora Zielińska z Katedry Prawa Karnego Wydziału Prawa Uniwersytetu Warszawskiego. Omówiła stosowanie niektórych metod antykoncepcji i ich domniemanego efektu poronnego.

„ Ustawa o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży nie używa wyrazu <zapłodnienie>. Używa natomiast wielokrotnie terminu <poczęcie>, <chwila poczęcia>.

Niewątpliwie intencją autorów pierwotnej wersji bardzo restryktywnego projektu ustawy o ochronie dziecka poczętego było przyjęcie, że poczęcie następuje w momencie zapłodnienia.

W obecnym stanie prawnym, w którym obowiązuje jednak bardziej liberalny tekst ustawy, powstały z połączenia dwóch projektów opartych na różnorodnych założeniach aksjologicznych (czego wyrazem jest choćby jej tytuł), uprawniona jest wykładnia, w myśl której poczęcie może być określone na wybranym etapie procesu zapłodnienia lub nawet w innym, późniejszym momencie rozwoju zarodka.

Za taką interpretacją przemawia fakt, że zapłodnienie jest procesem, a nie <chwilą>, <momentem>.

W Polsce prawo nie zezwala na interwencję lekarza po stwierdzeniu, że dziecko zostało poczęte, z wyjątkiem sytuacji określonych w art. 194a par. 3k.k. w brzmieniu ustawy z 07.01.1993. Określenie momentu, w którym następuje poczęcie, jest przedmiotem licznych kontrowersji.

Stosowanie środków antykoncepcyjnych, w tym również wkładek wewnątrzmacicznych lub pigułek postkoitalnych, nie może być uznane za przestępstwo spowodowania śmierci dziecka poczętego w rozumieniu art.194a k.k. Artykuł 2 ustawy z 07.01.1993 o planowaniu rodziny dopuszcza bowiem bez żadnych ograniczeń stosowanie środków antykoncepcyjnych, a nawet zobowiązuje organy państwowe do zapewnienia obywatelom swobodnego dostępu do metod i środków służących świadomej prokreacji.

Stosowanie środków postkoitalnych w przypadku, gdy nie wiadomo, czy doszło do poczęcia dziecka, nie powinno być kwalifikowane nawet jako usiłowanie spowodowania śmierci dziecka poczętego, usiłowanie bowiem nie może odnosić się do abstrakcyjnie pojmowanego spowodowania skutku, a z taką sytuacją mielibyśmy właśnie do czynienia”.

### **Czy kobiety w Polsce mają prawo do sterylizacji?**

Kobiety w Polsce nie mają prawa do sterylizacji na życzenie. Sterylizacja może być przeprowadzona jedynie ze wskazań lekarskich [138]. Przeprowadzenie sterylizacji bez wskazań, nawet za zgodą pacjentki, stanowi przestępstwo umyślne i pociąga za sobą poważną odpowiedzialność cywilną. Artykuł 155 Kodeksu karnego tak stanowi: kto pozbawia człowieka wzroku, słuchu, mowy,

zdolności płodzenia (...) podlega karze pozbawienia wolności od roku do 10 lat. [139] Wspomniany art. 155 Kodeksu karnego obowiązuje od lat przedwojennych i mimo najnowszej kodyfikacji nie został zmieniony. Lobby z nadzoru ginekologicznego nigdy nie podjęło zdecydowanych działań dotyczących zabiegów okresowej odwracalnej sterylizacji. Dlaczego art. 155 jest martwym ograniczeniem czy przepisem? Nikt z piszących ten fragment Kodeksu karnego w roku 1936 nie wiedział – bo i skąd – że okresowe zamknięcie światła jajowodu może być odwracalne dzięki metodom *in vitro* i mikrochirurgii. Kodeks nie uwzględnia, że można wykonać podwiązanie jajowodu np. w trakcie trzeciego cięcia cesarskiego, co wykonuje się od 50 lat, także na żądanie pacjentki, i nikt do tej pory nikogo nie oskarżył. Rozważmy stan obecnej antykoncepcji. Po rozważeniu wskazań i przeciwwskazań decydujemy się na założenie wkładki wewnątrzmacicznej na 5 lat. Wkładka stoi na drodze wejścia plemnika do jajowodu, w metodzie tej nie stwierdza się plemników w jajowodzie, gdzie dochodzi do zapłodnienia. Zastosowaliśmy odwracalną metodę antykoncepcji na 5 lat, a więc w myśl tego artykułu zgodziliśmy się wspólnie na 5-letni okres odwracalnej metody antykoncepcji i powinniśmy być natychmiast oskarżeni. A co z hormonalną odwracalną metodą antykoncepcji? Jeżeli pacjentka stosuje ją przez 20 lat, kogo aresztować: tego co wypisywał receptę, czy tego, co wyprodukował lek? Tych pytań jest o wiele więcej. Małżeństwo w wieku 35 lat posiadające trójkę zdrowych dzieci decyduje się np. na laparoskopową blokadę jajowodu jako na odwracalną metodę. Za zgodą partnerów byłaby to metoda z wyboru. Takie i inne przypadki generują zabiegi przerywania ciąży. Słynne stwierdzenie, że gram profilaktyki jest więcej wart niż kilogram leczenia (czytaj przerywania ciąży), jest zawsze aktualne, tym bardziej w obecnych czasach. W żadnej z metod zapobiegania ciąży nie pozbawia się człowieka-kobiety (w innej części mowa o odwracalnej sterylizacji mężczyzn) zdolności płodzenia. Wszystkie metody są odwracalne. Skuteczność mikrochirurgii udrożnienia podwiązanych jajowodów dochodzi do 85%. Co dzieje się, gdy podajemy hormon zapobiegający ciąży w danym cyklu miesięcznym lub po założeniu wewnątrzmacicznej wkładki antykoncepcyjnej na 7 lat? W każdym z tych przypadków zastosowaliśmy za zgodą pacjentki odwracalną antykoncepcję. Po wyjęciu wkładki można zaplanować ciążę, po podwiązaniu jajowodów można przywrócić ich drożność, a stosując nowoczesne metody *in vitro*, uzyskać zapłodnienie nawet przy podwiązaniu nasieniowodów za pomocą mikropunkcji.

Należałoby przedyskutować również art. 38 pkt. 2 Kodeksu etyki lekarskiej, który mówi, że prawo nie zabrania stosowania środków antykoncepcyjnych (metod). Lekarz ma prawo udzielania pacjentkom informacji dotyczących wszelkich metod prokreacji.

### **I.9.1.C.Podwiązanie jajowodów: studium przypadku**

Czy kobieta zamężna, będąca już matką, może domagać się podwiązania jajowodów? [140].

Zagadnienia do rozważenia w płaszczyźnie prawa międzynarodowego.

1. W obecnym stanie wiedzy prawo międzynarodowe nie zawiera ani norm, ani zasad specjalnie dotyczących dobrowolnej sterylizacji. Fundamentalne teksty dotyczące praw człowieka zakazują jedynie państwom, grupom i jednostkom „prowadzenia działalności albo popełnienia aktu zmierzającego do zniweczenia uznanych praw lub wolności” (praw, pośród których figuruje prawo do prokreacji), pozostaje jednak otwartą kwestia, czy prawo do prokreacji swobodnie i nieświadomie obejmuje również prawo do powstrzymania się od (lub zaprzestania) prokreacji.

Postawiona kwestia przedstawiałaby się, oczywiście, całkiem odmiennie, gdyby dobrowolna sterylizacja stanowiła niebezpieczeństwo dla zdrowia jednostki, zwłaszcza z powodu wieku pacjentki, albo gdyby – przeciwnie – chodziło o pacjentkę, u której każda następna ciąża stanowiłaby z powodu wieku zagrożenie dla jej zdrowia, a nie mogłaby ona ze względów zdrowotnych stosować innych środków antykoncepcyjnych. Wchodziłby w grę imperatyw ochrony zdrowia, służący jedynie ochronie dzieci już narodzonych.

2. Skoro nie podlega dyskusji wymóg uprzedniej świadomej zgody pacjentki, trzeba podkreślić, że art. 23(4) Paktu praw obywatelskich i politycznych przewiduje równość praw i odpowiedzialności małżonków w kwestiach dotyczących małżeństwa. Zgoda męża na sterylizację przez operację chirurgiczną winna być wymagana, zwłaszcza jeśli sterylizacja polegałaby na definitywnej resekcji jajowodów.

3. Nie ma możliwej odpowiedzi *in abstracto*: wybór między podwiązaniem a definitywną resekcją jajowodów zależy zatem od stanu zdrowia pacjentki, spodziewanego ryzyka i niedogodności oraz niepożądanych skutków fizycznych i psychologicznych. W każdym przypadku obowiązek zachowania zdrowia pacjentki ciąży na lekarzu.

4. Odpowiedź zależy od odpowiedzi na pkt 1 i 2.

W płaszczyźnie etycznej:

Nie ma specjalnego tekstu deontologii międzynarodowej. Europejski przewodnik etyczny (1986) powiada jedynie, że lekarz udzieli pacjentce na jej żądanie wszelkich pożytecznych wskazówek z dziedziny reprodukcji oraz antykoncepcji. Deklaracja z Rancho Mirage z 1986 r. w sprawie wolności zawodowej lekarza odsyła do profesjonalnego osądu i do jego dyskrecjonalnej kompetencji podejmowanie przezeń decyzji klinicznych oraz etycznych związanych z leczeniem. Jednakże, jak dodaje Rezolucja wiedeńska z 1988 r., dla większego pożytku pacjentów i zawsze po uzyskaniu świadomej ich zgody (Deklaracja lizbońska z 1981 r. oraz Europejski przewodnik etyczny z 1986 r., art.4). Lekarz nie może zastępować koncepcji pacjenta swą własną koncepcją jakości życia.

W płaszczyźnie moralności religijnej:

- Katolickiej: zgodnie z doktryną Kościoła katolickiego, sterylizacja mająca za cel antykoncepcję jest zakazana, pomimo prawidłowej motywacji subiektywnego zamiaru [141]
- Protestantkiej: kwestia ta należy do wyłącznej odpowiedzialności małżeństwa, nawet męża; odpowiedzialności, która być może powinna stać się przedmiotem specjalnych uzupełnień.
- Żydowskiej: judaizm dopuszcza podwiązanie jajowodów, ponieważ nie ciąży na kobiecie, podobnie jak na mężczyźnie, obowiązek prokreacji.
- Muzułmańskiej: w zakresie , w jakim wchodzi w grę wzajemna zgoda obojga współmałżonków, podwiązanie jajowodów jest dozwolone, pod warunkiem, że taka decyzja nie powoduje nieodwracalnej bezpłodności, a jest dobroczynna w płaszczyźnie psychologicznej i z punktu widzenia dobra małżeństwa.
- Buddyjskiej: opinia pozytywna co do zasady, ale pozostaje problem odwracalności operacji. Mąż winien być o tym poinformowany. [142]

### **I.9.3. Błąd lekarski**

Błąd lekarski polega na nieprawidłowym postępowaniu podczas wykonywania zawodu; zdarza się, kiedy lekarz z powodu braku umiejętności lub niedostatecznej wiedzy odchodzi od ogólnie uznanych norm racjonalnego postępowania podczas wykonywania swoich obowiązków zawodowych.

Kryteria błędu lekarskiego:

- 1 Obowiązki lekarza. na lekarzu spoczywają szczególne obowiązki wobec pacjentki. Zależność lekarz-pacjentka rozpoczyna się w chwili, gdy pacjentka zgłasza się do lekarza i ten podejmuje się opieki nad nią, stając się przy tym jej powiernikiem. Zostaje w ten sposób zawarty rodzaj umowy prawnej, z której wynikają określone zobowiązania. W związku z tym w stosunku do pacjentki lekarz musi postępować:
  - zgodnie z normami ustalonymi i akceptowanymi przez znaczną część specjalistów z danej dziedziny,
  - kierując się rozsądkiem i roztaczając nad pacjentką opiekę w potrzebnym zakresie, bez podejmowania uzasadnionego ryzyka.
- 2 Naruszenie obowiązków: kiedy lekarz w danej chwili postępuje niezgodnie z obowiązującymi w jego zawodzie normami (prawidłami sztuki), oznacza to, że odchodzi od oficjalnie ustalonego standardu opieki medycznej; dopuszcza się tym samym naruszenia obowiązków wobec pacjentki. Stwierdzenie takiego stanu rzeczy wymaga potwierdzenia przez biegłego.
- 3 Związek przyczynowo-skutkowy: aby można było uznać, że popełniony został błąd lekarski, naruszenie obowiązków przez lekarza musi stanowić bezpośrednią przyczynę rozstroju zdrowia pacjentki.
- 4 Szkoda: pacjentka musi doznać rzeczywistej szkody, urazu, uszczerbku na



zdrowiu lub innego rodzaju straty. Brak szkody uniemożliwia wysuwanie roszczeń, nawet jeżeli lekarz popełnił błąd.

- 5 Rekompensata za szkodę: aby uzyskać uznanie rekompensaty za doznaną szkodę, powódka (w tym wypadku pacjentka) musi udowodnić, że to, iż zostały spełnione kryteria błędu lekarskiego, jest bardziej prawdopodobne niż to, że nie zostały one spełnione (tzw. przewaga dowodów w prawie amerykańskim).

### **Zagadnienia związane z zapłodnieniem**

Zagwarantowane w amerykańskiej konstytucji prawo do unikania rozgłosu i decydowania o swoich sprawach osobistych (right of privacy) zapewnia każdej osobie ochronę jej wyboru dotyczącego prokreacji przed ingerencją państwa. Najwcześniejszym z praw dotyczących wolności obywatelskich związanych ze sprawami prokreacji było prawo do antykoncepcji (sprawa Griswold przeciw stanowi Connecticut. 1965).

#### **I.9.4. Doustne środki antykoncepcyjne – problemy prawne.**

W USA większość procesów związanych z doustnymi środkami antykoncepcyjnymi dotyczy odpowiedzialności za jakość produktu i jest wytaczana ich producentom. Przyjęto zasadę, że producent leku musi dołączyć do niego pisemną informację ostrzegającą pacjentów przed jego wszelkimi niekorzystnymi działaniami ubocznymi. Lekarz jest obowiązany uprzedzić pacjentkę o możliwych działaniach niepożądanych przepisywanego środka i poinformować ją o innych metodach antykoncepcji. Wszelkie takie rozmowy powinny być odnotowane w dokumentacji.

Lekarz ma obowiązek:

- przeprowadzić dokładne ogólne badanie fizykalne pacjentki
- wykonać istotne badania laboratoryjne
- przestrzec pacjentkę przed możliwymi niekorzystnymi działaniami ubocznymi
- uważnie obserwować pacjentkę, u której wystąpiły jakiegokolwiek działania niepożądane
- poradzić zmianę na inną metodę antykoncepcji na dwa miesiące przed planowaną próbą zajścia w ciążę; istnieją bowiem dowody na występowanie aneuploidii u poronionych płodów, poczętych przez kobiety, które bezpośrednio przed ciążą przestały stosować doustne środki antykoncepcyjne [143].

#### **I.9.5. Wewnątrzmaciczne wkładki antykoncepcyjne**

Są one przedmiotem kontrowersji medycznych i prawnych od czasu, gdy w 1974 r. wycofano z użycia spiralę Dalkon Shield i za spowodowane przez nią szkody wypłacono 9500 kobietom odszkodowania na łączną sumę 500 milionów dolarów.

Z wyjątkiem spiralek Progestasert i ParaGard wszystkie spirale wewnątrzmaciczne zostały przez producentów wycofane z powodu kosztów

związanych z odszkodowaniami za spowodowane przez nie szkody. Większość procesów dotyczyła jakości produktów. W oskarżeniach utrzymywano, że wkładki stwarzały zagrożenie w związku z wadliwą konstrukcją i powodowały:

- infekcje jamy macicy i miednicy mniejszej
- niepłodność
- perforacje macicy
- ciąży ektopowe (pozamaciczne).

Lekarz ma obowiązek:

- poinformować pacjentkę o ryzyku związanym z zakładaniem i stosowaniem WWA
- omówić inne metody antykoncepcji i ryzyko z nimi związane
- przeprowadzić badanie fizykalne
- zbadać pacjentkę w trzy miesiące po założeniu wkładki, a następnie powtarzać badanie raz na rok.

W Polsce od wielu lat zalecenia co do okresowej kontroli są bardziej wnikliwe: po założeniu wkładki wizyta kontrolna po 7 dniach, po pierwszej miesiączce i następnie co 6 miesięcy, niezależnie od stopnia cytologicznego. Jeżeli stwierdzono cytologię II.° rozmaz pobierany jest co 6 miesięcy, jeżeli I.° – co 12 miesięcy. Badania wielu autorów nie wiążą zmian cytologicznych z noszoną wkładką, a podkreślają, że kobiety stosujące WWA stanowią najzdrowszą grupę pod względem profilaktyki szyjki macicy, sutków i ogólnego stanu zdrowia [57].

### **I.9.6. Sterylizacja w USA.**

Steryliczacja jest zabiegiem operacyjnym wykonywanym w celu pozbawienia zdolności do prokreacji.

#### **Steryliczacja na życzenie**

Szpitalc publiczne w USA nie mogą odmówić wykonania zabiegu sterylizacji na życzenie pacjentki, gdyż naruszyłoby to jej konstytucyjne prawo od unikania rozgłosu i decydowania o swoich sprawach osobistych.

Prywatnie praktykujący lekarze i prywatne szpitale mogą jednakże nie zgodzić się na wykonanie takiego zabiegu z pobudek etyczno-moralnych.

Prawo federalne wymaga, aby na 30-180 dni przed planowaną sterylizacją pacjentka potwierdziła swoją wolę podpisem na specjalnym formularzu Departamentu Zdrowia i Opieki Społecznej. Nie może tego zrobić, jeżeli:

- nie ukończyła 21 lat
- jest w ciąży
- pozostaje pod wpływem alkoholu lub środków odurzających
- nie jest w pełni władz umysłowych
- ma zamiar poddać się jednocześnie aborcji (prawo federalne nie dopuszcza możliwości wykonania w tym samym czasie zabiegu przerwania ciąży i

podwiązania jajowodów, władze federalne bowiem nie pokrywają kosztów aborcji).

Lekarz ma obowiązek poinformować pacjentkę, że :

- skutkiem operacji będzie bezpłodność, (traktujemy tę metodę jako odwracalną, tak jak po założeniu WWA uzyskujemy bezpłodność na 5 lat, a po wyjęciu wkładki wraca płodność, tylko łatwiej niż przy podwiązaniu jajowodów)
- skutek ten będzie trwały (co nie jest prawdą, ponieważ nie usuwa się jajowodów, jajników, macicy, a mikrochirurgia przywraca w 80% płodność, natomiast metoda *in vitro* nie jest już żadnym problemem)
- istnieją inne metody zapobiegania ciąży
- nie ma 100% gwarancji bezpłodności, w związku z czym może się mimo wszystko zdarzyć (pacjentka zajdzie w ciążę wewnątrzmaciczną lub ektopową).

### **Sterylizacja bez zgody pacjentki.**

W 20 stanach USA prawo zezwala na sterylizację pacjentki bez jej zgody. Dotyczy po pacjentek niedorozwiniętych umysłowo z powodu chorób genetycznych, przybywających na specjalnych oddziałach w szpitalach stanowych. Wymagane jest jednak, by:

- choroba miała charakter trwały
- pacjentka była zdolna do zajścia w ciążę
- istniało wysokie prawdopodobieństwo przekazania choroby genetycznej dzieciom
- pacjentka była niezdolna do podjęcia opieki nad swoim dzieckiem
- niemożliwe było zastosowanie innych metod antykoncepcji.

### **I.9.7. Świadoma zgoda pacjentki na leczenie**

Definicja ogólna: „Każdy człowiek, będąc pełnoletni i w pełni władz umysłowych, ma prawo decydować o wszystkim, co dzieje się z jego ciałem” (sprawa Schoendorff przeciw Szpitalowi stanu Nowy Jork, 1914).

Zgoda w wyniku niedoinformowania: aby z powodzeniem wysuwać roszczenia związane z niedoinformowaniem, pacjentka musi udowodnić, że:

- lekarz miał obowiązek przedstawić jej istotne informacje w odpowiednim zakresie
- lekarz zataił wobec niej część istotnych informacji
- pacjentka wyraziła zgodę na leczenie na podstawie niekompletnych informacji na ten temat
- pacjentka poniosła szkodę

- gdyby pacjentce przekazano wszystkie potrzebne informacje, nie zgodziłaby się na proponowane leczenie.

Sposób postępowania personelu medycznego związany z uzyskiwaniem świadomej zgody pacjentki określają odpowiednie zasady ujawniania informacji. W różnych stanach obowiązują w tym względzie dwie odmienne normy. W zasadzie większościowej lekarz obowiązany jest ujawnić pacjentce jedynie te informacje, które zwykle ujawniłby każdy inny lekarz, natomiast nie musi ujawniać informacji, które zazwyczaj pozostałyby nie ujawnione. Zasada ta ujmuje problem z punktu widzenia lekarza. Natomiast w zasadzie mniejszościowej lekarz obowiązany jest ujawnić pacjentce jedynie te informacje, które zwykle chciałaby poznać w celu podjęcia rozsądnej decyzji każda inna pacjentka.

Ogólne wskazówki co do uzyskiwania świadomej zgody pacjentki są następujące: Lekarz musi uzyskać świadomą zgodę pacjentki przed rozpoczęciem jej leczenia. Musi przedstawić informacje dotyczące charakteru proponowanych zabiegów diagnostycznych i leczniczych, a także jej korzyści i ryzyka z nimi związanego. Jest obowiązany przedstawić możliwości innego postępowania oraz następstwa zaniechania jakiegokolwiek interwencji. Przedstawiona informacja musi zawierać: wszystko, co przeciętny lekarz praktyk zwykle ujawniłby w podobnych okolicznościach oraz wszystko, co przeciętna pacjentka uznałaby za ważne w podobnej sytuacji.

Wyjątki od konieczności uzyskania świadomej zgody pacjentki obejmują następujące sytuacje:

- Jeżeli nie ma racjonalnych przesłanek do przewidywania ryzyka, można o nim nie wspominać.
- Informacja może być tylko częściowa, jeżeli całkowite jej ujawnienie zaszkodziłoby dobrze pojętemu interesowi pacjentki.
- Jeżeli niebezpieczeństwo jest powszechnie znane, można zakładać, że pacjentka jest go świadoma.
- D/ Pacjentka może nie życzyć sobie przedstawiania jej informacji o ryzyku zabiegu.
- Jeżeli ryzyko wiąże się z wykonaniem niewłaściwego zabiegu lub z jego nieprawidłowym wykonaniem, można je pominąć.
- W nagłych przypadkach, kiedy zwłoka mogłaby prowadzić do śmierci lub poważnego zagrożenia zdrowia pacjentki, a także wtedy, gdy pacjentka nie jest zdolna do przemyślenia i podjęcia świadomej decyzji.
- Jeżeli wiadomo, że pacjentka trwale bądź chwilowo nie jest w pełni władz umysłowych.

## II. NATURALNE METODY REGULACJI URODZEŃ

## **II.1. Naturalne planowanie rodziny**

Zanim omówione zostaną poszczególne metody naturalnego planowania rodziny, należałoby przedstawić ogólne założenia naturalnego planowania rodziny – NPR. Promotorami NPR są Krajowy Zespół Promocji Naturalnego Planowania Rodziny przy Instytucie Matki i Dziecka oraz Towarzystwo Rozwoju Rodziny

### **Czym jest naturalne planowanie rodziny?**

Naturalnym planowaniem rodziny (NPR) nazywamy takie metody planowania lub zapobiegania ciąży, które polegają na obserwacji objawów i oznak świadczących o fazie płodności i niepłodności w cyklu miesięczkowym, bez podejmowania współżycia w okresie płodnym, jeśli chce się uniknąć ciąży (WHO 1982).

Termin „naturalne planowanie rodziny” (wg WHO) powinien być zastąpiony wyrażeniem „metody rozpoznawania płodności” (fertility awareness methods). Nazwa NPR naturalne planowanie rodziny jest używana od wielu lat. Termin „metody rozpoznawania płodności”, zaproponowany przez WHO nie oddaje w całości zagadnień, jakich dotyczy ten problem. [144].

Metody NPR powinny być przedstawione równolegle z innymi metodami planowania rodziny.

Obserwacja śluzu szyjki macicy i palpacyjne badanie szyjki macicy są bardziej przydatne dla kobiet w szczególnych okolicznościach życia, np.: po porodzie lub w okresie przekwitania, kiedy pomiar podstawowej temperatury ciała jest mniej korzystną metodą, ze względu na nieregularność cykli.

W celu uzyskania informacji dotyczących zapotrzebowania i stosowania tych metod w Unii Europejskiej oraz przyczyn, dla których nie są powszechnie wybierane, niezbędne są badania nad korzyściami płynącymi z NPR.

Istniejące programy NPR powinny być także proponowane wtedy, gdy inne metody planowania rodziny nie mogą być stosowane, a przede wszystkim jako pomoc małżeństwom niepłodnym.

Osoby zajmujące się ogólnie planowaniem rodziny, a w szczególności NPR, powinny być świadome zmiany stylu życia współczesnych użytkowników, wynikającej z ich przejścia na stosowanie innych metod

Zaleca się organizowanie w Unii Europejskiej konferencji na szczeblu państwowym dotyczących NPR, z udziałem ekspertów w tej dziedzinie.

Dla Unii Europejskiej powinny być przygotowane materiały informacyjne zawierające spis stosowanych metod NPR, sposoby ich nauczania oraz wykaz osób pracujących w tej dziedzinie.

### **Nauczanie i poradnictwo**

Autor poniższy fragment kieruje z prośbą o przeczytanie i rozważenie dalszych zaleceń do władz Ministerstwa Zdrowia. Z danych literatury wynika bowiem, że w 1993 powstał przy Ministerstwie Zdrowia Zespół ds. Promocji

Naturalnego Planowania Rodziny, lecz w chwili obecnej brak danych dotyczących składu i działalności tego zespołu.

Dla osób nie kierujących się względami religijnymi istnieje możliwość stosowania środków barierowych w okresie płodności, jeśli nie planują dziecka.

Nauczyciele NPR powinni znać możliwości miejscowego poradnictwa, np. w zakresie diagnozy prenatalnej, poradnictwa dla kobiet w ciąży, zwłaszcza gdy nauczają starsze panie. Potrzebne są informacje i badania na temat kosztów związanych z nauczaniem NPR.

Materiały i literatura z zakresu nauczania NPR (np. zestaw materiałów WHO na temat NPR) powinny być przetłumaczone w Unii Europejskiej na miejscowe języki.

Istniejące programy NPR powinny korzystać z pomocy finansowej i technicznej w celu doskonalenia i rozpowszechniania poradnictwa w tym zakresie

Nauczanie NPR należy włączyć do wszystkich programów związanych ze zdrowiem i wychowaniem, przeznaczonych dla młodzieży i dorosłych, profesjonalistów i nieprofesjonalistów służby zdrowia. Eksperti NPR powinni być włączeni w opracowanie tych programów i wdrażanie metod.

Ponieważ NPR wymaga współpracy między mężczyzną i kobietą, trzeba opracować specjalne programy dla mężczyzn, szczególnie dla tych, którzy uczestniczą w spotkaniach instruktażowych. Także ogólne materiały informacyjne, dotyczące rozpoznawania płodności, powinny być przeznaczone dla mężczyzn.

Należy wprowadzić praktyczne informacje o sposobach wdrażania i włączania NPR w zakres opieki nad zdrowiem matki i dziecka oraz poradnictwo planowania rodziny (Polska ma w tej dziedzinie ogromne osiągnięcia).

Potrzebna jest informacja i kształcenie pracowników podstawowej opieki zdrowotnej w zakresie najistotniejszych metod rozpoznawania płodności.

Każdy kraj w Unii Europejskiej, w którym NPR nie są rozpowszechnione, powinien powołać wielodyscyplinarny zespół w celu promowania i szkolenia w tym zakresie.

## HISTORIA NPR

dowodem „Posiadanie potomstwa niechcianego jest dramatem i na anyhumanizm. Potomstwo oczekiwane – to szczęście”.

M. Szamatowicz

Planowane poczęcie dziecka oparte na respektowaniu cyklicznego rytmu płodności i niepłodności kobiety znane było już w starożytności, jednak naukową wiedzę o cyklu menstruacyjnym przyniósł dopiero XX wiek. Przeszło dwa tysiące lat temu Egipcjanie, Hindusi i Izraelici przyjmowali, że płodne są pierwsze 12 do 14 dni cyklu przy czym największa płodność określana była na okres od 12 do 15 dnia cyklu! Stąd nasz obecny podziw dla przenikliwości i intuicji starożytnych mędrców.

W nowożytnej erze, do końca XIX wieku, nie istniała wyraźna potrzeba

ograniczania liczebności potomstwa. Częste epidemie, wojny oraz wysoka umieralność niemowląt rozwiązywały problemy demograficzne. Pozytywnym czynnikiem regulacji kolejnych urodzeń było długotrwałe karmienie piersią. Otto Schaeffer, badając kanadyjskie Eskimoski ustalił, że poczęcie następowało między 20 a 30 miesiącem po porodzie. Sytuację tę zmieniły burzliwe przemiany cywilizacyjne, jakie przyniósł przełom XIX i XX wieku, a wśród nich praca zawodowa kobiet pociągająca za sobą ograniczenie karmienia naturalnego. Gdy matki zaczęły karmić butelką, poczęcia dzieci miały miejsce w 2-3 miesiące po porodzie. Postęp opieki perinatalnej powodował systematyczne zmniejszanie się umieralności dzieci. Powstawały coraz to nowsze metody planowania rodziny.

Śluz szyjkowy opisany został po raz pierwszy w 1955 roku przez dr. Tylera Smitha, który zanotował również, że śluz zapewnia płynne środowisko do przejścia plemników przez szyjkę macicy. Ponownie badania nad śluzem szyjkowym prowadził dr Edward Keefe, ginekolog położnik.

Natomiast fakt, że podstawowa temperatura ciała kobiety wzrasta po owulacji, został po raz pierwszy odnotowany w roku 1876 przez Mary Jacobi. Dowody, jakie przedstawiła, wyjaśniały, że kobieta może pracować na „męskich” stanowiskach pracy i przekonywała, że miesiączka nie jest chorobą. Poleciała grupie kobiet zapisywać każdego dnia temperaturę i zauważyła, że temperatura rośnie w drugiej połowie cyklu, chociaż wytłumaczenie tego stanu nie było znane. Kolejne obserwacje podwyższonej temperatury w drugiej fazie cyklu miesięczkowego prowadził w latach dwudziestych ubiegłego stulecia holenderski ginekolog dr Theodor Van de Velde. Powiązał pomiary podwyższonej temperatury ciała z jajczkowaniem i oddziaływaniem ciała żółtego w jajniku.

Jego doniesienia przeczytał w roku 1929 ówczesny proboszcz w niemieckiej diecezji w Aachen, ksiądz Wilhelm Hillebrand, i chcąc pomóc małżeństwom, których kłopoty znał z konfesjonału, polecił kobietom mierzenie podstawowej temperatury ciała w celu określenia płodności i niepłodności. Po zebraniu kilkudziesięciu wykresów temperatur, potwierdził wcześniejsze spostrzeżenia. Jest to nadzwyczaj zdumiewająca historia, ponieważ proboszcz Hillebrand otrzymał doktorat honoris causa Uniwersytetu Albertus Magnus w Kolonii.

Rozpoczęcie obserwacji cyklicznych zmian zachodzących w szyjce macicy miało miejsce nieco później. Wspomniany Keefe polecił swoim pacjentkom obserwować śluz szyjkowy w miejscu jego pojawienia się, to znaczy w miejscu ujścia zewnętrznego szyjki macicy. Pacjentki te, oprócz oceny śluzu dostarczyły innej cennej informacji, mianowicie stwierdziły, że w czasie, kiedy śluz był najbardziej obfity, miały kłopoty ze znalezieniem szyjki. Keefe rozpoczął systematyczne badania i w 1962 roku opublikował doniesienie o trzech fizycznych zmianach szyjki macicy, które ściśle powiązał z cykliczną płodnością kobiety.

Na przełomie lat 20. i 30. XX wieku, niezależnie od siebie dwaj ginekolodzy:

japoński Kyusaki Ogino i austriacki Hermann Knaus badając cykl kobiety, odkryli związek pomiędzy jajczkowaniem a następującą po nim miesiączką. Ogino, gdy operował pacjentki, zwracał uwagę na dzień cyklu, w którym operacja miała miejsce. W każdym przypadku obserwował pęcherzyk Graffa lub ciałko żółte. Zestawił te obserwacje i doszedł do wniosku, że owulacja występuje między 16. i 12. dniem przed końcem cyklu i że faza ciałka żółtego jest względnie stała. Spostrzeżenia te zostały ogłoszone w 1923 po japońsku.

W tym samym czasie wspomniany austriacki ginekolog Herman Knaus na podstawie badań patofizjologicznych doszedł do wniosku, że owulacja występuje na około 15 dni przez miesiączką.

Pierwsza planowa naukowa metoda planowania rodziny była oparta na obliczeniach związanych z obserwacją długości kolejnych cykli miesięczkowych. Autorem tego opracowania był niemiecki neurolog Jan Nikolaus Smulders i jako metodę okresowej wstrzemięźliwości nazwał ją metodą Ogino-Knausa. W 1945 roku M. Barton ustaliła, że współzycie w 3 lub 4 dniu powyższej temperatury nie prowadzi do poczęcia, a praktyczne zastosowanie tej obserwacji dla planowania rodziny opracował w 1947 r. J. Ferin. Holenderski lekarz Hendrick Holt opracował zasadę metody termicznej: trzy temperatury wyższe po sześciu niższych.

Niemiecki profesor ginekologii Gerhard Doring opublikował w 1954 r. książkę p.t. „Oznaczanie płodnych i niepłodnych dni przy pomocy temperatury ciała”. Metoda ta oparta na pomiarze samej temperatury ciała nazwana została metodą termiczną. J. Marshal opisał metodę obliczeniowo-termiczną na podstawie połączenia metody termicznej z kalendarzową.

W latach 50. małżeństwo Billingsów z Australii opisało przemiany śluzu szyjkowego, wydzielanego przez gruczoły szyjki macicy. Na tej podstawie opracowana została reguła wyznaczania faz płodności i niepłodności w cyklu kobiety. W 1971 roku zostaje wydany atlas dotyczący metody owulacyjnej Billingsów. W 1955 roku powstaje pierwszy ośrodek badawczy w Kanadzie pod nazwą SERENA. W 1971 roku w Stanach Zjednoczonych państwo Kippleyowie założyli Ligę „Małżeństwo Małżeństwu”.

W ośrodku naukowo-badawczym mieszczącym się w Birmingham w Anglii prof. John Kelley i Anna Flyn bardzo rozsądnie połączyli 4 metody: kalendarzową, objawowo-termiczną oraz obserwacji śluzu i położenia szyjki macicy.

W 1974 roku została utworzona Międzynarodowa Federacja ds. Promocji Życia Rodzinnego (International Federation for Family Life Promotion – IFFLP). IFFLP stało się międzynarodową organizacją pozarządową, skupiającą obecnie około 140 członków z 80 krajów, która programowo prowadzi badania w zakresie NPR.

Po IFFLP powstała Światowa Organizacja Owulacyjnej Metody Billings’a (WOOMB), która nauczanie metody łączy z etyką katolicką.

W 1977 r. w Anglii, w Birmingham powołano Towarzystwo Nauczycieli



Naturalnego Planowania Rodziny (ALFPT). Jako pierwsze w Europie opracowało wymogi kwalifikacji nauczycieli naturalnego planowania rodziny. Rozpoczęło się więc naukowe nauczanie metody wieloobjawowej, zaakceptowanej przez Komisję Ekspertów Naturalnego Planowania Rodziny przy WHO [145].

### **Na czym polega NPR**

NPR opiera się na wiedzy naukowej dotyczącej mechanizmów funkcjonowania męskiego i żeńskiego układu płciowego oraz na zrozumieniu objawów i oznak, które w sposób naturalny pojawiają się w cyklu miesięczkowym.

Poniżej przedstawiono ogólny schemat poszczególnych faz cyklu miesięczkowego wraz z definicją cyklu miesięczkowego.

-----  
rys.  
-----

Cykl miesięczkowy jest to cykl zmian fizjologicznych trwający od pierwszego dnia miesiączki do początku następnej. Podczas tego cyklu jajniki wytwarzają hormony, naturalne bioaktywne substancje chemiczne które poprzez układ krwionośny dostają się do poszczególnych narządów organizmu. Obecność hormonów powoduje różnorodne objawy i oznaki podlegające zmianom w ciągu cyklu miesięczkowego. Mogą one stanowić dla kobiety między innymi informację, czy jest ona płodna czy nie.

Płodność jest to zdolność organizmu do rozmnażania. Organizm płodnego mężczyzny wytwarza męskie komórki rozrodcze – plemniki. Organizm płodnej kobiety wytwarza dojrzałe żeńskie komórki rozrodcze – jajeczka; kobieta płodna może zająć w ciążę, donosić i urodzić dziecko.

Owulacja to uwolnienie z jajnika komórki jajowej. Na początku każdego cyklu miesięczkowego w jajnikach zaczyna dojrzewać kilka komórek jajowych. Wytwarzane hormony powodują dojrzewanie jajeczek. Na 12-16 dni przed następnym cyklem miesięczkowym z jajnika uwalnia się jedno z dojrzewających jajeczek. Jest ono pochwycone przez strzępki trąbki jajowodu, w którym może dojść do zaplemnienia.

Skuteczność NPR: WHO przeprowadziła badania efektywności metody śluzu szyjkowego w pięciu krajach: Salwadorze, Indiach, Irlandii, Nowej Zelandii i na Filipinach. 94% kobiet objętych badaniem było w stanie prawidłowo zaobserwować i zapisać objawy śluzu oraz określić fazę płodności już w pierwszym cyklu stosowania tej metody. Dla par stosujących metodę prawidłowo okazała się ona skuteczna w 97%. W praktyce oznacza to, że na każde 100 par stosujących metodę prawidłowo przez 12 cykli w ciągu jednego roku tylko trzy zaszły w ciążę. Współczynnik skuteczności dla grup stosujących metodę w sposób prawidłowy i nieprawidłowy wynosił 78%.

Metody NPR nadają się szczególnie dla par, które:

- chcą wziąć odpowiedzialność za swoją płodność
  - chcą uniknąć ciąży, a nie mogą lub nie chcą zażywać żadnych środków hormonalnych doustnych, stosować zabezpieczeń mechanicznych czy chemicznych lub nie chcą poddać się zabiegowi odwracalnej sterylizacji
  - preferują metody naturalne ze względów religijnych lub osobistych.
- Co rzutuje na satysfakcję stosowania NPR? Są to takie czynniki, jak:
- umiejętność porozumiewania się ze sobą w sprawach dotyczących zachowań seksualnych
  - względnie trwałe związki; napięcia, jakie może powodować związek nietrwały, wpływają ujemnie na zdolność stosowania NPR, zwłaszcza gdy chodzi o zachowanie wstrzemięźliwości płciowej w fazie płodności
  - regularne cykle miesięczne; w cyklach nieregularnych spada znacznie skuteczność tych metod
  - skrupulatność prowadzenia obserwacji, zapisywania i interpretacji objawów płodności; konieczne jest dokładne zapisywanie objawów i oznak w czasie przebiegu cyklu miesięcznego oraz umiejętność właściwego ich interpretowania
  - celibat podczas fazy płodności zgodnie z zasadami wybranej metody.

-----  
 rys.  
 -----

## **Zalety i niedogodności stosowania NPR**

### ***Zalety***

NPR może być stosowane zarówno w celu uniknięcia ciąży, jak i do jej planowania

Stosowanie nie powoduje żadnych fizycznych skutków ubocznych.

Stosowanie NPR może wpłynąć na wzrost samoświadomości i wiedzy o sobie i swoim partnerze.

U osób stosujących NPR wzrasta wzajemne zaufanie do siebie, jeśli nauczyli się stosować metodę prawidłowo i stają się niezależni od jakiegokolwiek programu planowania rodziny lub innych źródeł proponujących antykoncepcję.

Stosowanie NPR nie wymaga żadnych nakładów finansowych, jeśli para nauczyła się danej metody. NPR może wpłynąć na większe zaangażowanie się mężczyzny w planowanie rodziny

Ponieważ nauczanie NPR musi być prowadzone przez wykwalifikowanych nauczycieli NPR, nie jest konieczne, aby osoby przekazujące wiedzę na ten temat posiadały wysokie kwalifikacje medyczne

Panie stosujące laktacyjną niepłodność poporodową), długo karmią piersią, co jest także bardzo ważne dla zdrowia niemowlęcia.

### ***Niedogodności***

Większość par, aby móc stosować NPR prawidłowo, wymaga nauki przynajmniej przez trzy cykle.

Ważne jest zaangażowanie obojga partnerów, ich motywacja, współdziałanie i

współodpowiedzialność.

Należy prowadzić codzienne notatki dotyczące swoich objawów płodności przynajmniej przez pierwszych kilka cykli.

Jeśli NPR jest stosowane w celu uniknięcia ciąży, to dla niektórych par zakazy prowadzenia współżycia między 8. a 16. dniem cyklu miesięczkowego wywołuje napięcie emocjonalne.

NPR nie jest tak skuteczne w praktyce, jak inne metody planowania rodziny.

Stosowanie laktacyjnej niepłodności poporodowej (LNP) wymaga pełnego karmienia piersią, tj. przynajmniej jednokrotnego podania piersi również w nocy.

## **II.2. Metoda termiczna z zastosowaniem aparatu Bioself**

Badania naukowe dotyczące skuteczności testu bioself, przeprowadzone w Sekcji Naukowej przy Natural Family Planning Centre w Birmingham, wykazały dużą skuteczność tego urządzenia.

Istnieją już zaawansowane prace nad domowymi komputerami pozwalającymi planować zarówno koncepcje, jak i antykoncepcję.

Metoda termiczna oparta jest na systematycznym, codziennym mierzeniu temperatury ciała i określaniu na jej podstawie dni płodnych i niepłodnych. Wykorzystuje się w niej prawidłowość fizjologiczną polegającą na tym, że u zdrowej kobiety występująca w środku cyklu owulacja objawia się podwyższeniem o około 0,5°C temperatury ciała. Dzieje się tak dlatego, że po uwolnieniu dojrzałego jaja z jajnika komórki zaczynają produkować hormon - progesteron, który sprzyja utrzymaniu ciąży i jednocześnie podwyższa temperaturę ciała. Podwyższona temperatura utrzymuje się w całym drugim okresie cyklu miesięczkowego. Od 4 dnia podwyższonej temperatury rozpoczyna się okres niepłodny, trwający do następnej miesiączki.

Aby na podstawie krzywej pomiarów temperatury określić dni płodne i niepłodne trzeba codziennie rano, przed wstaniem z łóżka, zmierzyć temperaturę i odnotować ją np. na milimetrowym papierze, rysując wykres, na którym skok temperatury w dniu jajczkowania ujawni się linią gwałtownie wznoszącą się do poziomu ponad 37°C.

Stosowanie tej metody dla wielu kobiet jest dość uciążliwe, a szczególnie systematyczne, skrupulatne wykreślanie linii łamanej, a następnie wyliczanie dni płodnych i niepłodnych. Stosowanie metody termicznej ułatwia i upraszcza urządzenie elektroniczne o nazwie Bioself, które mierzy temperaturę ciała w ciągu 2 minut, samo dostosowuje się do zmian cyklu i pozostaje dokładne nawet wtedy, gdy cykle są nieregularne.

Aparat ten składa się z elektronicznego termometru oraz mikroprocesora działającego według pewnego modelu matematycznego. Bateria zasilająca Bioself wystarcza na 6 lat, a okres jego użytkowania wynosi 20 lat.

Bioself zapamiętuje temperaturę ciała w poszczególnych dniach, pierwszy dzień miesiączki oraz długość cykli i poddaje je analizie. Po naciśnięciu

odpowiedniego przycisku można codziennie uzyskać informację o płodności w danym dniu.

-----  
rys. 32  
-----

Na rys. 33 przedstawiono różne miejsca pod językiem, w których powinna być umieszczona końcówka termometru, a w objaśnieniu podaje się temperaturę, jaką w tym miejscu wykazuje termometr. Jak widać, zależnie od miejsca przyłożenia, temperatura może być różna, dlatego elektroniczną końcówkę termometru należy umieszczać zawsze dokładnie w tym samym miejscu. Temperaturę trzeba mierzyć zawsze o tej samej porze dnia, najlepiej tuż po przebudzeniu, po co najmniej 5-godzinnym śnie. Codzienny pomiar staje się szczególnie ważny, gdy zbliża się okres owulacji.

-----  
rys. 33  
-----

Pierwszego dnia miesiączki należy nacisnąć guzik w celu rejestracji początku cyklu. Przyjęta informacja potwierdzona zostaje sygnałem dźwiękowym, charakterystycznym „biip”. Dotknięcie palcem czujnika temperatury spowoduje pokazanie się światełka wskazującego stan płodności. Światełko to może być:

- czerwone migające, co oznacza wysoką płodność w danym dniu
- czerwone palące się stale, co informuje, że zapłodnienie jest możliwe
- zielone, co oznacza, że jest to dzień niepłodny.

A oto odpowiedzi na pytania, jakie najczęściej zadają kobiety korzystające z aparatu Bioself.

○ Jakie kolejne czynności należy wykonać po kupieniu aparatu?

1. Poczekać do pierwszego dnia miesiączki.
2. Po zmierzeniu temperatury po raz pierwszy nacisnąć czerwony guzik.
3. Następnie co dzień rano mierzyć temperaturę w omówiony wyżej sposób.

○ Gdzie i jak mierzyć temperaturę?

Można mierzyć ją w ustach pod językiem, w pochwie lub odbycie. Najwygodniej mierzyć ją w ustach, stale w tym samym miejscu w ciągu całego cyklu, według rys. 33. W czasie pomiaru próbnik należy przytrzymać ręką, a końcówkę w ustalonym miejscu pod językiem. Zawsze należy poczekać na sygnał „biip”, który oznacza zakończenie pomiaru. Zaleca się, aby kobiety, które chrapią, mierzyły temperaturę w pochwie lub w odbycie, a nie w ustach.

○ Dlaczego kobieta chrapiąca nie może mierzyć temperatury w ustach?

Kobiety takie oddychają przez usta, co obniża temperaturę w jamie ustnej i prowadzi do mylnego wskazania termometru. Trzeba przez ok. 30 minut mieć

usta zamknięte, aby temperatura w jamie ustnej ustabilizowała się na prawidłowym poziomie.

○ Kiedy najlepiej mierzyć temperaturę?

Najlepiej tuż po przebudzeniu, w przybliżeniu o tej samej godzinie, przed piciem, jedzeniem, wypaleniem papierosa czy też wstaniem z łóżka.

○ Czy temperaturę trzeba mierzyć zawsze o tej samej godzinie?

Można ją mierzyć w przedziale dwóch godzin przed i dwóch godzin po godzinie pomiaru temperatury w dniu poprzednim. Na przykład: jeśli w poniedziałek rano zmierzyłaś temperaturę o godzinie 7, to we wtorek można zmierzyć ją między 5 a 9 rano. Co więcej, urządzenie przypomina cichym sygnałem czas pomiaru z dnia poprzedniego. Przed pomiarem temperatury na odczytniku musi pokazać się słowo IN po dotknięciu czujnika palcem. Pojawia się ono każdego ranka w czasie 4-godzinnego przedziału czasu, kiedy temperaturę można mierzyć. Jeśli zamiast słowa IN pojawi się słowo OUT, oznacza to, że już temperatury mierzyć nie można, gdyż „wyszło się” poza okres nakazanych 4 godzin.

○ Co się stanie, jeśli zostanie pominięty pomiar temperatury?

Zależy to od dnia cyklu. Jeżeli jest to faza „zielona”, czyli okres nieplodny, nie ma negatywnych następstw. Jeżeli jednak jest to faza czerwonego pulsującego światła, spowoduje to opóźnienie początku fazy zielonej. Dwa lub więcej dni przerwy w pomiarach w dniach okołowulacyjnych może spowodować pojawienie się fazy światła czerwonego ciągłego po fazie czerwonego migającego zamiast światła zielonego.

○ Czy światełka wskaźników świecą cały dzień?

Nie. Świecą tylko, gdy „wywołujesz” urządzenie za pomocą dotknięcia czujnika palcem lub po rozpoczęciu pomiaru. W czasie funkcji pojawi się na wyświetlaczu napis READBACK i nie zapalą się żadne lampki.

○ Kiedy trzeba przycisnąć czerwony guzik?

Można go przycisnąć o dowolnej porze pierwszego dnia miesiączki, jeśli przedtem rano zmierzyłaś temperaturę. Jeśli pominęłaś pomiar pierwszego dnia cyklu, nie zapomnij nacisnąć guzika drugiego dnia. Jeżeli pierwszy dzień krwawienia jest także pierwszym dniem stosowania urządzenia, nie naciskaj przycisku, zanim nie dokonasz pierwszego pomiaru temperatury, nawet jeśli oznacza to konieczność naciśnięcia przycisku drugiego dnia cyklu.

○ Jak należy przycisnąć czerwony guzik?

Można użyć do tego długopisu lub innego ostro zakończzonego przedmiotu. Jeśli nie usłyszałaś sygnału po przyciśnięciu guzika, to nie zapisałaś w pamięci urządzenia pierwszego dnia miesiączki.

○ Co się stanie, jeżeli zapomnę nacisnąć czerwony guzik?

Jeśli jest to jeden z pierwszych pięciu dni cyklu, naciśnij ten guzik teraz. Jeżeli jednak całkowicie o tym zapomniałaś, to urządzenie zarejestruje cykl dłuższy niż rzeczywisty i wykaże nienormalnie długą fazę czerwoną.

○ Czy należy nacisnąć czerwony guzik pierwszego dnia stosowania?

Tylko wtedy, gdy jest to jednocześnie pierwszy dzień miesiączki i wcześniej, rano, zmierzyłaś temperaturę.

○ Bioself „odmawia” pomiaru. Co powinnam zrobić?

Prawdopodobnie został zaburzony 4-godzinny okres pozwalający na zmierzenie temperatury lub usiłujesz zmierzyć temperaturę o innej godzinie niż zwykle.

○ Czy Bioself może powiedzieć, w którym dniu cyklu jestem np. dzisiaj?

Tak. Naciśnij jeden raz czarny guzik, a na wyświetlaczu pojawi się numer bieżącego cyklu, tzn. 1 i liczba dni w tym cyklu, np. 12. M1-12 oznacza dwunasty dzień bieżącego, pierwszego cyklu.

○ Jak mogę odczytać temperaturę z poprzednich dni bieżącego cyklu?

Naciśnij czarny guzik jeden raz. Na wyświetlaczu zobaczysz numer kolejnego cyklu i liczbę dni tego cyklu, np. M1-20. Teraz czarny guzik należy nacisnąć drugi raz, przytrzymując go trochę dłużej. Wtedy na wyświetlaczu ukaże się M1-19 i temperatura ciała z dnia poprzedniego. I tak kolejno można sprawdzić poszczególne dni pierwszego cyklu wstecz, od 20 do 1.

○ Opuściłam przez kilka dni pomiary temperatury w tym cyklu. Jak to się ujawni w czasie odczytywania temperatury z pamięci Bioselfu?

W dniach bez zmierzonej temperatury urządzenie określi ją 00,0.

○ Usłyszałam trzy „biipy” i na wyświetlaczu pokazało się Me-Hi. Co to znaczy?

Znaczy to, że temperatura ciała przekroczyła 40°C. Temperatura tej wysokości nie zostanie wpisana do pamięci.

○ Dlaczego faza czerwona migająca trwa tak długo?

Urządzenie nie wykaże fazy zielonej tak długo, jak długo nie stwierdzi temperatury ciała, którą może potraktować jako następstwo owulacji.

- Jakie możliwości zapłodnienia występują w czasie światła czerwonego ciągłego?

Testy kliniczne wykazują możliwość zapłodnienia w tej fazie na około 10%.

- Dlaczego w pewnych cyklach nie pojawia się faza zielona?

Jeżeli przez przyrząd nie zostanie rozpoznana owulacja, to faza zielona nie zostanie wykazana. Jeżeli dotyczy to dwóch cykli, należy wykonać wydruk i skonsultować się z lekarzem. Owulacja może się nie zdarzyć i nie trzeba od razu, na zapas, zamartwiać się z tego powodu.

- Czy to możliwe, aby Bioself nie zauważył owulacji i nie zapalił zielonego światła?

W około 10% przypadków urządzenie może nie rozpoznać poowulacyjnego skoku temperatury.

- Czy możliwe jest pojawienie się zielonego światła po dwóch tygodniach stosowania Bioselfu?

Bioself potrzebuje co najmniej 8 pomiarów temperatury ciała, aby móc wykonać obliczenia wykazujące fazę światła zielonego.

- Zaczęłam stosować urządzenie około 7 dni temu. Mam właśnie miesiączkę, a Bioself pokazuje czerwone światło. Dlaczego?

Bioself pokaże zielone światło dopiero po tym, gdy zarejestruje pierwszy skok temperatury spowodowany owulacją. Ponieważ w dniach dotychczasowego stosowania owulacji nie było, urządzenie cały czas informuje, że płodność jest możliwa.

- Przez ile dni w cyklu pojawia się zielone światło?

Liczba dni niepłodnych jest inna u każdej kobiety, ale przeciętnie zielone światło powinno pojawiać się przez 14 dni.

- Czy Bioself „mówi” o ciąży?

Tak. Ciążę oznacza napis BABY na odczytniku lub jeśli po fazie światła zielonego pojawi się faza światła czerwonego ciągłego. Jeżeli jesteś w ciąży, wydruk podany przez telefon poda ci datę przewidywanego porodu.

Co się stanie, jeśli wskutek prostego zaziębienia będę miała podwyższoną temperaturę?

Jeśli choroba z temperaturą pojawi się w fazie światła czerwonego migającego, to możliwe, że w czasie tego cyklu nie pojawi się światło zielone, jeżeli zaś podczas fazy zielonej, to nie spowoduje to żadnych konsekwencji.

- Jaki ma wpływ na temperaturę ciała wypicie w nocy alkoholu?

Niespodziewane zmiany temperatury spowodowane chorobą, nadużyciem alkoholu albo brakiem snu zwykle łatwo odróżnić od zmian temperatury spowodowanych owulacją. Bioself przy każdym pomiarze oblicza prawdopodobieństwo, czy zmierzona temperatura reprezentuje przeciętną temperaturę ciała. Napis LE-LO, to temperatura niższa niż 35°C.

○ Jak mam postępować jeśli przyjmuję pigułki hormonalne, a chcę przejść na pomiary Bioselfem?

Trzeba zaprzestać brania pigułek i przez 3 miesiące stosować inne środki antykoncepcyjne, np. mechaniczne środki dopochwowe skojarzone ze środkami plemnikobójczymi. Organizm potrzebuje około 3 miesięcy, aby powrócić do fizjologicznej normy, tzn. stałości owulacji i menstruacji. Dlatego metodę pomiarów Bioselfem można podjąć dopiero po tym czasie. I jeszcze jedna uwaga. Po odstawieniu pigułek antykoncepcję dopochwową należy stosować bardzo skrupulatnie i dokładnie, łącznie z prezerwatywą u partnera, bo w tym czasie płodność może być zwiększona i niedostateczne zabezpieczenie bardzo łatwo prowadzi do ciąży.

○ Kończę karmić piersią. Kiedy mogę zacząć stosować Bioself?

Po trzech miesiącach od zakończeniu karmienia, kiedy organizm powróci już całkowicie do fizjologicznej normy.

○ Czy okres menopauzy wpływa na wskazania Bioselfu?

Właściwie nie, jeżeli cykle pozostają jeszcze w miarę regularne. Jeżeli będą dłuższe niż 40 dni, sygnały świetlne Bioselfu staną się mniej użyteczne.

○ Czy na Bioself otrzymuje się gwarancję?

Tak. Na jeden rok, z tym, że uszkodzenie i naprawa oraz wymiana baterii przed upływem roku znosi gwarancję.

○ Jaka jest wiarygodność Bioselfu?

Według danych firmowych urządzenie to wykrywa owulację w 92%.

○ Gdzie można otrzymać wykres z mojego Bioselfu i co ten wykres pokazuje?

Drukarka znajduje się w miejscu wskazanym przez dystrybutora i tam otrzymuje się wydruk. Zawiera on liczbę dni stosowania Bioselfu, długości ostatnich 6 cykli, wykres temperatury za ostatnie 120 dni i poziomy płodności w ostatnich 120 dniach.

○ Jak często powinno się drukować wykres?

Zależy to od kobiety stosującej Bioself i od lekarza. Dobrze jest mieć taki wydruk przed wizytą u ginekologa.



- Czy potrzebne jest specjalne wyposażenie do telefonicznej transmisji danych w celu wykonania wydruku?

Nie jest to konieczne. Zasady podane są w instrukcji dołączonej do każdego egzemplarza sprzedanego aparatu.

- Czy inna kobieta może używać mój Bioself?

Nie należy tego praktykować z uwagi na względy higieniczne i kulturowe.

Elektronika została wprowadzona do wielu urządzeń medycznych. Jednym z nich jest właśnie Bioself. Mimo, że jest on bardzo skomplikowanym urządzeniem elektronicznym, jego obsługa jest prosta. W przypadku wystąpienia jakichkolwiek wątpliwości co do jakości pomiaru w danym cyklu należy pamiętać o ewentualnym zastosowaniu dodatkowej metody antykoncepcji, aby łączna skuteczność wynosiła 100%. Stosowanie Bioselfu skłania do znacznie większego zainteresowania biologią własnego organizmu.

### **II.3. Metoda owulacyjna Billingsów**

Thomas W. Hilgers, profesor ginekologii i położnictwa w Omaca w USA, powiedział: „Metoda Billingsów będzie uznana w historii medycyny za jedno z największych odkryć w tym wieku”.

Metoda owulacyjna zaliczana do naturalnych regulacji poczęć zaproponowana została w 1964 roku (ale znana już była od 1885 r.) przez małżeństwo lekarskie z Australii Jana i Ewelinę Billingsów. Dzięki tej metodzie kobieta może rozpoznawać swój okres płodności i niepłodności podczas cyklu miesięczkowego, obserwując charakterystyczne zmiany w śluzie szyjkowym.

Przez obserwację i ocenę lepkości i ilości śluzu pobranego z przedsionka pochwy na opuszkę palca lub na płatek ligniny, można określić poszczególne fazy cyklu miesięczkowego.

Bezpośrednio przed i po owulacji, a więc w środku cyklu, poziom estrogenów w organizmie kobiety osiąga szczyt, a wydzielina gruczołów śluzowych w szyjce macicy staje się przezroczysta, ma rzadszą konsystencję, porównywalną z białkiem jaja kurzego. Objawy te występują najczęściej przez trzy dni. Są to tzw. „dni wilgotne” i stanowią okres płodny. W piśmiennictwie podano [6], że około 70% kobiet angielskich potrafi samodzielnie ocenić zmiany w konsystencji śluzu współistniejące z owulacją i dokładnie określać na tej podstawie swoje dni płodne. Światowa Organizacja Zdrowia ocenia efektywność tej metody na 97%.

Obserwacja śluzu jest przydatna zarówno małżeństwu, które pragnie począć dziecko, jak i temu, które chce poczęcia uniknąć. Kobieta dobrze znająca tę metodę potrafi właściwie ją stosować w różnych sytuacjach życiowych: przy cyklach regularnych i w przypadkach wystąpienia nagłych nieregularności, przy cyklach pozbawionych owulacji, w przypadku obniżonej płodności, podczas

karmienia piersią, w okresie menopauzy i po odstawieniu hormonalnych pigułek doustnych. Słowem jest to metoda bardzo przydatna.

W metodzie Billingsów [82] występują zdefiniowane poniżej podstawowe określenia. I tak:

- Cykl miesięczkowy to okres, który rozpoczyna się pierwszego dnia miesiączki i kończy w dniu poprzedzającym wystąpienie następnej.
- Płodność mężczyzny cechuje się tym, że jeśli mężczyzna jest w ogóle płodny, to jest płodny stale, a więc zarówno podczas okresu płodności kobiety, jak i okresu jej niepłodności.
- Płodność kobiety zależy od wystąpienia owulacji, tj. od wydalenia jednego lub więcej jaj z jajnika, i trwa aż do ich obumarcia po 6-8 godzinach. Owulacja występuje w różnych dniach cyklu, najczęściej między 12. a 16. dniem przed następną miesiączką. Podczas jednego cyklu może uwolnić się więcej niż jedno jajo w odstępie kilku godzin. U zdrowych kobiet również występują cykle bez owulacji, co zasadniczo nie zaburza funkcji organizmu.
- Płodność wspólna pary małżeńskiej zależy od:
  - obecności płodnego śluzu w narządach rodnych kobiety
  - żywotności i obecności plemników
  - żywotności jaja
  - drożności jajowodów.
- Śluz płodny to wydzielina śluzowa, która jest prawidłowym objawem okresu płodności. Wydzielany jest przez komórki wyściełające kanał szyjki macicy, jest konieczny dla zachowania żywotności plemników i umożliwia ich przemieszczanie się.
- Żywotność plemników w śluzie szyjkowym (w drogach rodnych) trwa do 3 dni, czasami dłużej. W środowisku nie sprzyjającym plemniki giną natychmiast lub po kilku godzinach. Żywotność jaja po owulacji nie przekracza 12 godzin, a w najnowszych badaniach określa się ją na 6 godzin.
- Przebieg płodności i niepłodności w cyklu miesięczkowym ilustruje rys. 34 w schematycznym układzie kolistym i poziomym.

-----  
rys. 34  
-----

W cyklach zwykłej długości, trwających 28 dni, kobieta odczuwa po miesiączce pewną suchość w zewnętrznych narządach płciowych i w przedsionku pochwy. Te „dni suche” trwają od zakończenia miesiączki aż do pojawienia się śluzu szyjkowego. Przeważnie są to 3-4 dni. Brak śluzu szyjkowego w „dniach suchych” ogranicza żywotność plemników i ich aktywność. Po tych dniach następuje okres narastania płodności

przedowulacyjnej. W pochwie pojawia się pewna wilgotność, ale ilość śluzu jest skąpa, jest on lepki, nieprzezroczysty, białożółtawy; obserwuje się też czop śluzowy w zewnętrznym ujściu szyjki macicy.

Niektóre kobiety nie odczuwają po miesiączce „dni suchych”. Od razu po miesiączce występuje u nich skąpa ilość śluzu i nie zmienia się przez kilka następnych dni. Podobna sytuacja występuje podczas karmienia piersią i w okresie klimakterium, przed ustaniem miesiączkowania, a także po zaprzestaniu antykoncepcji hormonalnej.

Gdy zbliża się dzień szczytu śluz zmienia wygląd i konsystencję. Zaczyna przypominać białko jaja kurzego, staje się przejrzysty i rozciągliwy. Określany jest jako śluz „płodny”. W narządach rodnych daje odczucie wilgotności, śliskości i naoliwienia. W okresie szczytu płodności cienkie włókna śluzu układają się podłużnie, tworząc jakby kanaliki albo drogi, po których mogą poruszać się plemniki.

W cyklach krótkich może nie być ani „dni suchych”, ani z niewielką ilością śluzu. Śluz płodny, owulacyjny, może pojawić się nawet jeszcze przed końcem miesiączki, zwłaszcza przedłużającej się. Śluz ten wskazuje, że już rozpoczął się okres płodności. W praktyce lekarskiej zdarza się od czasu do czasu, że ogromnie zdziwiona pacjentka mówi: „Jak to jest możliwe? Musiałam zajść w ciążę w pierwszych dniach po miesiączce”. Jedyne lekarz nie jest zdziwiony i spokojnie wyjaśnia, że w pewnych sytuacjach zajście w ciążę tuż po miesiączce jest możliwe.

Śluz płodny jest nie tylko filtrem, nie tylko reguluje wędrówkę plemników, ale także spełnia funkcje odżywcze. Jak już wspomniano, plemniki zanurzone w śluzie mogą utrzymać się przy życiu dwa albo trzy dni, a niekiedy i dłużej.

-----  
rys. 35  
-----

Najobfitsze wydzielanie śluzu nie zawsze przypada na dzień szczytu, może go poprzedzać o 48 godzin. Szczyt można rozpoznać tylko retrospektywnie, tj. dzień później, kiedy śluz traci już cechy śluzu płodnego i zupełnie zanika typowe uczucie śliskości i naoliwienia. Jak długo uczucie śliskości utrzymuje się, nie można stwierdzić, czy szczyt płodności minął.

-----  
rys. 36, 37  
-----

Po dniu szczytowym następuje owulacja. Z dojrzałego pęcherzyka uwalnia się komórka jajowa (jajo) i z pomocą rzęstek, tj. mikroskopijnych wystających z brzegu jajowodu wypustek, poruszających się w skoordynowany sposób, zostaje ono „zagarnięte” i „wchodzi” do jajowodu. Od tego momentu śluz radykalnie zmienia się. Znowu staje się nieprzezroczysty, gęsty, lepki lub zupełnie zanika. Ponieważ owulacja może nastąpić w pierwszym, drugim a najdalej w trzecim dniu po szczycie, zapłodnienie jest możliwe w trzy dni po szczycie.

Tak więc w czwartym dniu po szczycie następuje koniec okresu płodności i kobieta przechodzi do drugiego okresu cyklu, okresu niepłodności poowulacyjnej.

W każdym cyklu czas, w którym może nastąpić zapłodnienie, kończy się z upływem trzeciego dnia po szczycie. Na rysunku 34 dzień ten zaznaczony jest jako koniec możliwej płodności.

Okres niepłodności poowulacyjnej trwa do następnej miesiączki. Dni te są zwykle „suche”, a jeżeli w tych dniach występuje śluz, to jest on gęsty, lepki, nieprzezroczysty i nierozciągliwy, taki sam jak w „dniach suchych” bezpośrednio po miesiączce.

Należy pamiętać, iż kobieta może rozpoznać dzień szczytu tylko w dniu następnym, czyli wtedy, gdy stwierdzi, że śluz wyraźnie się zmienił i znikło odczucie śliskości u wejścia do pochwy.

-----  
rys. 38  
-----

Metoda owulacyjna Billingsów oparta na kojarzeniu zmian w cechach śluzu szyjkowego z terminem wystąpienia owulacji opiera się na następujących podstawowych założeniach:

- 1) okres niepłodności przed owulacją trwa tyle dni, ile jest „dni suchych” z nie zmieniającym się śluzem,
- 2) pierwsza zauważona zmiana śluzu w okresie niepłodności przedowulacyjnej, tj. po „dniach suchych” (ale przy cyklach krótkich także tuż po miesiączce), świadczy o początku okresu płodności,
- 3) ustalenie na podstawie cech śluzu dnia szczytu wskazuje na optymalny okres płodności i pozwala oznaczyć wraz z początkiem czwartego dnia po szczycie koniec okresu płodności i początek okresu niepłodności poowulacyjnej.

Skuteczność tej metody zależy od zrozumienia omówionych wyżej zmian w drogach rodnych kobiety, zachodzących w czasie każdego cyklu miesięczkowego. Po zrozumieniu ich trzeba nauczyć się praktycznie badać cechy własnego śluzu szyjkowego i rozróżniać je, a następnie systematycznie zapisywać obserwowane objawy. A więc potrzebne jest tu pewne doświadczenie. Podczas uczenia się stosowania tej metody można korzystać z

porad i konsultacji lekarza. Ważna też jest właściwa motywacja do stosowania tej metody i współpraca między małżonkami przy jej stosowaniu.

Metoda Billingsów ma liczne zalety:

- ze względów moralnych jest do przyjęcia dla każdego
- współżycie seksualne przebiega normalnie
- może być stosowana zależnie od decyzji danej pary: zarówno wtedy, gdy chcą poczęcia dziecka, jak i wtedy, gdy chcą ciąży uniknąć
- nie powoduje zaburzeń w fizjologicznych procesach cyklu miesięczkowego, ani miejscowych, ani ogólnych
- nie ogranicza dostępu plemników do organizmu kobiety
- mogą stosować ją kobiety o cyklach nieregularnych oraz w różnych okresach gotowości rozrodczej: po porodzie, w czasie karmienia, przed menopauzą
- metodę tę, dzięki jej prostocie, mogą stosować kobiety żyjące w różnych warunkach i środowiskach, także niewidome
- nie niesie ze sobą żadnych kosztów
- wyrabia w partnerach dyscyplinę seksualną, umiejętność kierowania sobą i panowania nad sferą biologicznych możliwości, co umacnia więź małżeńską, rozwija dojrzałość seksualną, kulturę seksualną i głębsze zrozumienie współpartnera.

Metoda owulacyjna Billingsów jest jedyną metodą antykoncepcji dopuszczoną przez kościół katolicki do stosowania. Mogą ją uznać za najlepszą dla siebie te kobiety, które nie chcą, czy nie mogą stosować środków hormonalnych czy mechanicznych. Przy wieloletnim stosowaniu i odpowiednim doświadczeniu osiąga się tą metodą dużą skuteczność antykoncepcyjną, lecz może ona być zawodna w przypadku braku doświadczenia i zaburzeń w miesięczkowaniu. Nie jest też do przyjęcia dla par, które nie akceptują powstrzymywania się od współżycia przez co najmniej 7 dni w miesiącu.

Metoda ta na początku stosowania wymaga nadzoru ginekologicznego. W czasie wizyty u lekarza muszą być omówione zasady obserwowania i rejestrowania zmian wskazujących na proces owulacji oraz określania na tej podstawie dni płodnych i niepłodnych.

Metoda Billingsów nie daje właściwie żadnych negatywnych skutków ubocznych poza tym, że wymaga od obojga partnerów wstrzeźliwości seksualnej w czasie trwania dni płodnych, co może prowadzić niekiedy do frustracji. Inne „powikłanie” przytaczane żartobliwie przez niektórych brzmi następująco: „Prawdopodobnie wielu z nas urodziło się dzięki temu, że nasi rodzice wierzyli w metodę naturalnej antykoncepcji, czyli polegali na tzw. „bezpiecznych dniach”. Ale jest to żart. W ostatnich latach postęp w metodach naturalnej regulacji urodzeń jest bardzo duży i jest ona porównywalna z innymi metodami antykoncepcji.

Stosowanie metody Billingsów wspomagane jest przez aparat testowy dla kobiet PG-2000. Jest to miniaturowy mikroskop służący do powiększania obrazu krystalizacji śliny lub śluzu szyjkowego. Jego działanie oparte jest na

metodzie krystalizacji śluzu szyjkowego, z tym, że w tym aparacie do oceny wykorzystuje się przeważnie próbkę śliny, a nie śluzu.

Nieco śliny pozbawionej pęcherzyków powietrza rozprowadza się na płytce szklanej i pozostawia na parę minut do wyschnięcia. Płytkę powinna być czysta i sucha, a ślina pobrana do badania też czysta, bez resztek jedzenia czy pitych poprzednio napojów. Przed pobraniem próbki śliny nie należy ust płukać wodą. Zaleca się również nie przeprowadzać testu w ciągu 2 godzin po spożyciu alkoholu.

Po wyschnięciu śliny płytkę wsuwa się do aparatu i włącza go przełącznikiem. Aparat jest gotowy do odczytu. Płytkę ogląda się przez wizjer, a ostrość obrazu reguluje za pomocą specjalnego pokrętła.

Jeśli w oglądanym obrazie ślina krystalizuje w postaci żyłkowatych włókien przypominających liście paproci, świadczy to o fazie płodnej, w której zajście w ciążę jest najbardziej prawdopodobne, czyli 3-4 dni przed owulacją i 2-3 dni po jej zakończeniu.

Gdy w wizjerze ukazuje się wzór w postaci nieregularnych punkcików, świadczy to o braku krystalizacji, a tym samym o fazie niepłodnej.

W przypadku stanów zapalnych lub innych schorzeń gardła lub jamy ustnej test może nie być miarodajny. Wówczas do testu może być pobrany śluz z przedsionka pochwy. Postępowanie z tym śluzem jest identyczne jak ze śliną.

Śluz szyjki macicy jest skomplikowaną wydzieliną produkowaną nieustannie przez komórki nabłonkowe w kanale szyjki macicy. W szyjce istnieje około 400 krypt wydzielających śluz. Krypty te poprzez komórki nabłonkowe produkują u zdrowych kobiet w fizjologicznym wieku prokreacyjnym 20-60 mg śluzu dziennie. W środkowej fazie cyklu hormonalnego ilość może się zwiększać do 700 mg /24 h.

Najważniejszym składnikiem śluzu jest żel składający się głównie z wody, węglowodanów oraz glikoproteidów typu mucyny. Glikoproteidy to związki białkowo-węglowodanowe. Mucyna jest białkiem (proteidem), które w kontakcie z wodą tworzy śluz. Cykliczne zmiany w cechach śluzu wpływają na przenikalność nasienia, odżywianie i jego przeżycie. Zmiany poszczególnych cech śluzu, takie jak: największy wzrost ilościowy, rozciągliwość, krystalizacja w postaci charakterystycznych liści paproci, wysokość pH oraz spadek stopnia lepkości i treści komórkowej występuje bezpośrednio przed owulacją. Po owulacji zmiany te zachodzą w kierunku odwrotnym.

Składniki śluzu zmieniają się istotnie w czasie cyklu i odzwierciedlają przewagę estrogenów lub progesteronu. Budowa i funkcja śluzu oraz jego związek z płodnością i niepłodnością zostały zbadane przez prof. Erika Odeblada z Uniwersytetu Umea w Szwecji.

### **Budowa i funkcja śluzu**

Istnieją trzy rodzaje śluzu szyjki macicy, a mianowicie G, L, S. Śluz G zamyka kanał szyjki macicy podczas dni niepłodnych w cyklu. Występuje on bezpośrednio po krwawieniu miesięczkowym w jednej postaci, w innej postaci

występuje w fazie poowulacyjnej i podczas ciąży. W miarę wzrostu poziomu estrogenów śluz G zostaje zastąpiony przez śluz L. Jest to pierwszy objaw śluzowy cyklu, w którym lepka wydzielina typu mucyny, staje się śliska, wodnista na kilka dni przed owulacją, gdy jest już wydzielany śluz S. Śluz S, który przyjmuje plemniki, tworzy w swej strukturze białkowej równoległe sznury o niskim stopniu lepkości. Pewna równowaga między śluzem L i S wydaje się konieczna do optymalnej płodności. Wkrótce po owulacji zdecydowanie zmniejsza się produkcja śluzu G.

Śluz owulacyjny jest mozaiką złożoną z nici i grudek śluzu. Nici zawierają płynny żel (S), a grudki zawierają lepki żel (L). Śluz S jest cienki i przepływa szybko pomiędzy grudkami śluzu L. Nici śluzu mają przekrój ok. 100  $\mu\text{m}$  i mają 2-3 cm długości. Grudki (L) mają kształt elipsowaty o wielkości 0,3x1x3 mm. Wydzielina S stanowi 30%, a L 70% śluzu w okresie okołowulacyjnym.

Elipsowate jednostki śluzu L stanowią mechaniczną ramę dla płynnego śluzu S i zachowują się jak mechanizm wyłapujący nasienie, które prawdopodobnie nie nadaje się do zapłodnienia, co wydaje się bardzo ciekawym spostrzeżeniem.

Śluz S i L jest produkowany w różnych kryptach kanału szyjki macicy. Górna jej część skłania się do wydzielania głównie śluzu S. Punkt szczytowy śluzu następuje czasami równocześnie, ale nie zawsze z maksymalnym wydzielaniem śliskiego śluzu S. W okresie okołowulacyjnym produkowany śluz S, wydaje się zależny od wieku kobiety. U młodych kobiet zazwyczaj obecny jest dłużej. W wieku 20 lat przeciętny okres wydzielania śluzu S trwa 4-5 dni, podczas gdy u kobiet 35-letnich trwa 1-2 dni. Wraz z wiekiem zmienia się również ciągliwość w sposób podobny, aczkolwiek bardziej skomplikowany.

Badania nad ilością wydzielanego śluzu L i S po stymulacji estrogenami wskazują, że śluz L potrzebuje tylko niewielkich dawek estrogenów we krwi, podczas gdy śluz S wymaga podwyższonego ich poziomu. To odkrycie wyjaśnia dlaczego śluz L występuje w normalnym cyklu przed śluzem S, jeśli poziom estrogenów po szczycie obniża się.

Śluz S zawiera micelle składające się z przeplatających się cząstek mucyny. Są one skrócone jedna obok długiej i mają równoległy układ. Umożliwia to szybkie przenikanie plemników.

Niektóre plemniki przenikają bezpośrednio do jamy macicy, ale większość jest magazynowana w kryptach szyjki macicy i przebywa tam około 15 godzin.

Przenikanie wysokogatunkowego nasienia wydaje się procedurą wysoko uporządkowaną, która jest w zgodzie z matematyczną teorią zbiorów.

Obecnie badania wykazały, że w momencie rozpoczęcia wydzielania śluzu S, micelle są krótkie, mikronowej długości, po kilku dniach micelle są dłuższe i w dniu owulacji mają około milimetra długości. Po owulacji kontynuują łączenie się i tworzą rozgałęziające się struktury. W przypadku niepłodności, mającej swoją przyczynę w kanale szyjki macicy, np. po pigułce antykoncepcyjnej, micelle nie mają zdolności wzrostu i pozostają krótkie, co jest niekorzystne dla wędrówki plemników w śluzie S.

Stany zapalne występujące w czasie chorób przekazywanych drogą płciową wpływają na ograniczoną zdolność szyjki macicy do produkcji śluzu szyjkowego dobrego gatunku [146].