

Agnieszka Czerwińska-Osipiak¹,
Anna Michalik, Jolanta Olszewska

Repetitorium z antykoncepcji

Wprowadzenie

Rozwój cywilizacyjny oraz techniczny wymusił nowe spojrzenie na zagadnienia zdrowia reprodukcyjnego i seksualnego. Pojęcie współczesnej antykoncepcji nie oznacza jedynie sposobu przeciwdziałania poczęciu dziecka, ale także – świadome, odpowiedzialne macierzyństwo. Mimo szerokiej dostępności metod zapobiegania ciąży, a tym samym skutecznej możliwości planowania rodziny, każdego roku 80 mln kobiet zachodzi w niepożądaną ciążę. Aż 45 mln z nich poddaje się zabiegowi aborcji, z tego 19 mln wykonywanych jest w warunkach zagrażających zdrowiu lub życiu, 40% z nich odbywa się wśród kobiet poniżej 25 roku życia, a około 68 tys. kobiet umiera co roku w wyniku niebezpiecznego zabiegu (Glasier i in. 2006). Tak porażająca statystyka nakłada obowiązek i konieczność edukacji w zakresie propagowania metod zapobiegania ciąży, jednocześnie wskazując na problem w kontekście nie tylko medycznym, ale przede wszystkim społecznym. Przyjęta w Kairze w 1994 roku na Konferencji na rzecz Ludności i Rozwoju definicja zdrowia reprodukcyjnego jest oparta na prawach człowieka i równości płci. Określone jest ono jako stan pełnego dobrostanu w aspekcie fizycznym, psychicznym i społecznym, a nie wyłącznie brak choroby lub niedomagań, we wszystkich sprawach związanych z układem rozrodczym oraz jego funkcjami i procesami. Powyższa definicja reguluje zatem, że ludzie mogą prowadzić satysfakcjonujące i bezpieczne życie seksualne oraz że mają zdolność do reprodukcji, a dodatkowo swobodę decydowania o tym, czy i ile chcą mieć dzieci. Wiąże się to bezpośrednio z prawem kobiet i mężczyzn do odpowiedniej informacji oraz możliwości korzystania z bezpiecznych, skutecznych, przystępnych finansowo oraz akceptowanych metod planowania rodziny,

¹ e-mail: czerwinska4@wp.pl, Zakład Pielęgniarstwa Położniczo-Ginekologicznego, Gdański Uniwersytet Medyczny.

odpowiednich usług ochrony zdrowia, zapewniających kobietom bezpieczną ciążę i poród, a przyszłym rodzicom – najlepszą szansę posiadania zdrowego potomstwa (Prawa i zdrowie reprodukcyjne i seksualne 2001). Liczne badania wskazują, że wiedza na temat antykoncepcji jest nadal niedostateczna i niekompletna, w związku z czym powstał poniższy przegląd dostępnych w Polsce metod i środków zapobiegania ciąży.

Antykoncepcja

Geneza wyrazu antykoncepcja to połączenie dwóch łacińskich wyrazów: *anti* – przeciw i *conceptio* – poczęcie. Według Cekańskiego (1999: 386) „współczesna antykoncepcja zmierza do rozpowszechnienia tzw. podwójnej ochrony: pierwszej przeciwko zajściu w niepożądaną ciążę, drugiej przeciw zakażeniu się chorobami przenoszonymi drogą płciową”. Samo zagadnienie antykoncepcji w Polsce nie jest odrębnie regulowane, jednak uwarunkowania legislacyjne znajdują się w Ustawie z dnia 7 stycznia 1993 roku o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży i Rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie recept lekarskich (Zdrowie i prawa reprodukcyjne i seksualne a system zdrowia publicznego w Polsce, 2008). Działania zmierzające do doskonalenia metod już istniejących oraz poszukiwanie nowych sposobów zapobiegania ciąży są związane z potrzebą opracowania metody idealnej, która powinna charakteryzować się następującymi cechami (Guillebaud 2005; Rekomendacje Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego 2004): 100% bezpieczeństwa, 100% skuteczności, bez dodatkowych czynności przed samym stosunkiem, odwracalność efektu antykoncepcyjnego, skuteczność osiągnięta po możliwej do zaakceptowania i bezbolesnej procedurze, prosty sposób odstawienia metody, dostępna cena i łatwość dystrybucji, możliwość zastosowania bez konieczności nadzoru personelu medycznego, akceptowalna w każdej kulturze i religii, dodatkowe korzyści pozaantykoncepcyjne. Tak perfekcyjnej metody jak dotąd nie wynaleziono, a wszystkie współcześnie znane są wciąż doskonałe, między innymi pod kątem tolerancji i bezpieczeństwa stosowania. Kwestia skuteczności wydaje się być sprawą złożoną i zależną od wielu czynników. Każda metoda związana jest z pewnym procentem niepowodzeń, który wynika z mechanizmu jej działania lub z tzw. błędu stosującego. Zarówno wskaźnik skuteczności metody, jak i skuteczność stosowania metody wyrażone są jako odsetek niepowodzeń w grupie 100 kobiet stosujących określoną metodę przez rok. Wskaźnik ten nazwany wskaźnikiem Pearl oblicza się według wzoru: całkowita liczba nieplanowanych ciąż x 1200 (liczba miesięcy w okresie stu lat) podzielona przez całkowitą liczbę miesięcy stosowania metody (Guillebaud, 2005).

Podział metod i środków zapobiegania ciąży

Dotychczasowe osiągnięcia w zakresie antykoncepcji pozwoliły na wyróżnienie kilku metod: naturalne, mechaniczne, chemiczne, wkładki wewnątrzmaciczne, hormonalne. Wybór określonego sposobu zapobiegania ciąży powinien uwzględniać wolę zainteresowanych do ograniczenia płodności, brak działań niepożądanych, skuteczność metody, ale dodatkowo uwarunkowania socjoekonomiczne, religijne czy kulturowe (Wilczak 2001).

Wśród antykoncepcji naturalnej wyróżnia się kilka metod (wskaźnik Pearla od 6–20). Każda z nich polega na wnikliwej obserwacji cyklu, ustaleniu fazy płodnej i abstynencji seksualnej w tym okresie. Jedną z nich jest metoda kalendarzykowa, opracowana niezależnie przez Ogino i Knaus. Ta metoda jest proponowana kobietom miesiączkującym regularnie. U kobiet o regularnych, 28 dniowych cyklach, jajczkowanie ma miejsce zazwyczaj między dwunastym a szesnastym dniem cyklu. W związku z tym przedowulacyjny okres niepłodny powinien trwać od pierwszego do dziewiątego dnia cyklu, drugi, poowulacyjny – od osiemnastego do dwudziestego ósmego dnia. Dodatkowe dni, uznane za prawdopodobnie płodne, tj. między dziewiątym a dwunastym i szesnastym do osiemnastym uwzględniają przeciętny okres życia plemników i zdolność komórki jajowej do zapłodnienia. Dla skuteczności tej metody niezwykle ważne jest prowadzenie dzienniczka długości cykli przez co najmniej sześć miesięcy, aby móc określić najdłuższy i najkrótszy cykl (Szymański 2004). Sama metoda kalendarzykowa jest ograniczająca, stąd też dodaje się do niej inne sposoby, pozwalające na wyznaczenie daty jajczkowania. Jednym z nich jest codzienny, poranny pomiar temperatury ciała, jeszcze przed wstaniem z łóżka – metoda termiczna. Tuż przed owulacją obserwowane jest nieznaczne obniżenie ciepłoty ciała, a po jajczkowaniu nieznaczny wzrost. Różnica ta jest efektem działania progesteronu, który zwiększa temperaturę średnio o 0,3–0,5 stopnia Celsjusza. Okres płodności przypada zatem na te dni, w których temperatura ciała przechodzi z niższej w wyższą. Założenia tej metody wskazują, że okres płodny trwa przynajmniej 9 dni, z czego 6 z nich przypada na czas tuż przed skokiem temperatury, a 3 dni po podwyższeniu ciepłoty ciała. Drugi poowulacyjny okres niepłodności rozpoczyna się w 3 dni po skoku temperatury i trwa do końca cyklu. Dla zachowania marginesu bezpieczeństwa najlepiej wyznaczyć okres płodny zgodnie z najkrótszym cyklem. Sam okres niepłodności przedowulacyjnej obliczany jest poprzez odjęcie sześciu dni od długości najkrótszej fazy niższej temperatury przed skokiem (Kramarek 1997). Dodatkowymi metodami naturalnymi wspomagającymi wyznaczenie czasu jajczkowania są: metoda Billingsów – wykorzystująca obserwację cyklicznych zmian śluzu szyjkowego; badanie szyjki macicy; metoda Holta związana z odczuwaniem przez niektóre kobiety bólu owulacyjnego (Billings, Billings, Catarinich 1988; Szarewski, Gillebaud 1999). Aby zwiększyć skuteczność metod naturalnych, zaleca się połączenie

powyższych technik. Na efektywność antykoncepcji naturalnej nie mogą liczyć kobiety o nieregularnych cyklach, prowadzące niesystematyczny tryb życia czy karmiące piersią.

Sposób działania mechanicznych metod antykoncepcyjnych (wskaźnik Pearla 5–21) polega na wytworzeniu mechanicznej bariery uniemożliwiającej przedostanie się plemników z pochwy do kanału szyjki i jamy macicy. Wszystkie barierowe środki wykonane są z lateksu i powinny być zakładane tuż przed stosunkiem. Za jedną z najbardziej popularnych form opisywanej antykoncepcji uznana jest prezerwatywa dla mężczyzn. Istnieje również prezerwatywa dla kobiet – femidon. Jest to luźno dopasowana do ścian pochwy kieszonka lateksowa, również zakładana przed stosunkiem. Inną formą jest krążek pochwowy. Wykonany jest z delikatnej, stalowej sprężyny, na której rozpięta jest cienka, gumowa błona. Technika jej założenia polega na wprowadzeniu jednego z brzegów błony pochwowej do tylnego sklepienia pochwy i następnego przesunięcia brzegu przeciwnego pod spojenie łonowe ku przedniemu sklepieniu pochwy. Po założeniu krążka przed stosunkiem powinien on pozostać w pochwie przez 8–12 godzin. Krążek jest środkiem wielokrotnego użytku. Kolejna dostępna forma to kapturek naszyjkowy, zakładany bezpośrednio na szyjkę macicy. Jego usunięcie powinno nastąpić minimalnie 8 godzin po stosunku aż do 4 dni. Mechaniczne metody zapobiegania ciąży mogą być stosowane niezależnie od fazy cyklu miesięcznego i np. laktacji. Za główne korzyści przyjmuje się przede wszystkim brak efektów ubocznych i niski koszt. Zawodność metody wynika najczęściej nieumiejętnego zastosowania środków, a nie z faktu pęknięcia błon lateksowych (Wilczak 2001).

Dla zwiększenia skuteczności metod mechanicznych zaleca się ich stosowanie w połączeniu z preparatami plemnikobójczymi. Wśród metod chemicznych (wskaźnik Pearla 1–30) wyróżnia się gąbki dopochwowe i spermicydy – środki plemnikobójcze. Zasada działania tych preparatów polega na wykorzystaniu związków chemicznych unieruchamiających lub niszczących plemniki (oktoksynol, nonoksynol). Ich użycie polega na założeniu na 10–30 minut przed stosunkiem. Do negatywnych cech metod chemicznych zaliczana jest duża zawodność, niekiedy uczucie swędzenia, pieczenia (Wilczak 2001; Rabe 1999).

Dużą popularnością wśród metod antykoncepcyjnych cieszą się wkładki wewnątrzmaciczne, potocznie nazywane spiralami (wskaźnik Pearla 0,6–0,8). To przedmioty wykonane z polietylenu lub polipropylenu z domieszką sylikonu. Posiadają różny kształt, często przypominając literę T. Zakładane są do jamy macicy. Obecne wkładki mogą zawierać i uwalniać hormony, jony miedzi lub srebra. Za mechanizm działania uznaje się zmiany o charakterze zapalnym, jakie powstają w błonie śluzowej jamy macicy, wydzielinie jajowodowej i pochwowej. W reakcji stwierdzono obecność wszystkich leukocytów, co jest prawidłową reakcją obroną organizmu wokół „ciała obcego”. Obecność krwinek białych wywiera niszczący wpływ na plemniki, komórkę jajową oraz endometrium. Zastosowanie dodatkowo jonów miedzi powoduje zmniejszenie ruchliwości i żywotności plemników. System z progestagenem wywołuje atrofię gruczołów endometrialnych w błonie

śluzowej jamy macicy. Komórki podścieliska ulegają niewielkiej martwicy, a komórki nabłonka stają się płaskie lub sześciennie. Dokonane zmiany wywołują osłabienie zdolności proliferacyjnej endometrium oraz niepełny rozwój fazy wydzielniczej, czego efektem jest uniemożliwienie zagnieżdżenia (Duprez 1995).

Dużą popularnością cieszy się antykoncepcja hormonalna (wskaźnik Pearl 0,1–1), która polega na utrzymaniu stałego stężenia estrogenów i progesteronu w surowicy krwi, powodując zahamowanie wydzielania gonadotropin przysadkowych folikulotropiny i lutropiny (FSH i LH). Preparaty hormonalne ze względu na ich skład można podzielić na dwuskładnikowe, tabletki zawierające tylko progestageny oraz progestageny w iniekcjach i implantach. Komponenta estrogenowa w preparatach złożonych jest odpowiedzialna za zahamowanie wydzielania FSH i dojrzewania pęcherzyka Graffa. Syntetyczna pochodna estradiolu stabilizuje endometrium, zapobiegając krwawieniom. Drugim składnikiem pigułek jest syntetyczna pochodna gestagenna (lewonorgestrel, noretysteron, gestoden, dezogestrel). Aktywność progestagenowa powoduje, że śluz szyjkowy staje się gęsty i nieprzepuszczalny dla plemników. Przyspiesza przemianę endometrium, uniemożliwiając implantację zarodka. Ze względu na skład hormonalny złożonych tabletek antykoncepcyjnych wyróżnia się preparaty jedno-, dwu- i trójfazowe. Preparaty jednofazowe mają podczas całego 21-dniowego cyklu przyjmowania tabletek stały skład obu hormonów. Preparaty dwufazowe, w których zawartość etynyloestradiolu jest stała, zmienia się ilość progestagenu. Tabletki przyjmowane systemem trójfazowym naśladują fizjologiczne wahania stężenia hormonów. Douste tabletki jednoskładnikowe w swoim składzie zawierają jedynie progestagen. Efekt antykoncepcyjny wywołują przez zwiększenie gęstości i lepkości śluzu szyjkowego. Minitabletka gestagenna powoduje obniżoną aktywność fazy folikularnej z niskimi stężeniami estradiolu, supresją lutropiny, w efekcie powodując brak jajczkowania. Tego typu preparaty przyjmuje się codziennie przez 28 dni, o stałej porze z dokładnością do 2–3 godzin, ponieważ po piątej godzinie obserwowane jest upłynnienie śluzu szyjkowego.

Mechanizm działania transdermalnej antykoncepcji hormonalnej jest identyczny jak dla terapii doustnej. Matrycowa budowa plastra pozwala na stałe uwalnianie zawartych w nim substancji czynnych. Warto wspomnieć o hormonalnej antykoncepcji postkoitalnej, tzw. antykoncepcji awaryjnej. Mechanizm działania tej formy antykoncepcji polega na wywołaniu zmian w endometrium zapobiegających implantacji. Ze względu na fakt, że ta metoda zaburza cykl miesięczny, nie powinna być rutynowo stosowana (Olejek, Kellas-Ślęczka 2004; Guillebaud 2005).

Wybrane polskie badania

Zasadniczym motywem większości aspektów planowania rodziny jest problem statusu społecznego kobiety i jej roli. Niezależnie od uwarunkowań kulturowych, socjalnych czy religijnych ludzie z wyższym wykształceniem i pochodzący

z wyższych klas społecznych posiadają rodziny o zbliżonej liczebności, a zatem odczuwają silniejszą motywację do stosowania antykoncepcji. Osoby żyjące w zamkniętych społecznościach miejskich odczuwają trudność w zwróceniu się o poradę dotyczącą antykoncepcji ze względu na obawę przed zbyt profesjonalnym nastawieniem specjalistów. Dla osób bezrobotnych współżycie seksualne staje się niekiedy substytutem braku zajęcia, a macierzyństwo może być jedynym źródłem satysfakcji w przygnębiającej sytuacji (Guillebaud 2005).

Badania J. Olszewskiego i współautorów z Kliniki Położnictwa i Ginekologii Akademii Medycznej w Gdańsku (1996) wskazują niski poziom znajomości współczesnych metod zapobiegania ciąży wśród kobiet. Badaniem objęto 400 kobiet (187 < 20 roku życia, 213 pomiędzy 21 a 25 rokiem życia). Współżycie seksualne, w grupie kobiet poniżej 20 roku życia, rozpoczęło 48%, natomiast wśród kobiet pomiędzy 21-25 rokiem życia współżyło 83%. Duży odsetek kobiet (91,4%) współżyjących wystrzegало się ciąży, a 8,6% nie stosowało żadnych metod antykoncepcyjnych. Głównym źródłem informacji na temat metod zapobiegania ciąży według respondentek była literatura (75%) i lekarz (43,5%). Prawie ¼ (22,5%) kobiet pozyskała wiedzę z domu lub szkoły. Najczęściej stosowaną metodą antykoncepcyjną wśród ankietowanych była prezerwatywa (51%), kolejno: metody naturalne (39%), stosunek przerywany (24%) i wkładka wewnątrzmaciczna (0,7%). Metody uznane za najbardziej zawodne (stosunek przerywany, metody naturalne) należały do najczęściej stosowanych przez ankietowane. Metody i środki posiadające największą skuteczność (wkładka wewnątrzmaciczna, antykoncepcja hormonalna) obarczone są według badanych największą liczbą działań ubocznych (Olszewski i in. 1996).

Wyniki badań przeprowadzonych przez Caus i współautorów z Kolegium Kształcenia Umiejętności Położniczych ŚAM w Katowicach (Caus, Gawęda 2002) wykazują, że należałoby pogłębić wiedzę kobiet na temat metod i środków antykoncepcyjnych, ułatwić dostęp do wszelkich środków oraz zachęcić, szczególnie te zamieszkujące wsie, do częstszych wizyt u lekarza ginekologa. Badaniami objęto grupę 300 kobiet; ze wsi – 160 i z miast – 140. Ze względu na fakt, że znaczna część ankietowanych rozpoczęła współżycie przed osiągnięciem pełnoletniości (17%), można by sugerować, że wcześniej podejmują tematy związane z antykoncepcją w domu rodzinnym. Jednak tylko 5,1% kobiet na wsi i 2,6% kobiet w mieście rozmawiało na temat zapobiegania ciąży z matkami. Większy wpływ na znajomość środków antykoncepcyjnych mają znajomi (17,3% – miasto, 18,1% – wieś). Zwrócono uwagę na fakt, że wiedza o metodach antykoncepcji jest niekompletna. Nieliczne respondentki potrafiły wymienić najważniejsze wady i zalety stosowanych przez nie środków.

Badania przeprowadzone w 2005 roku przez E. Filipp i współautorów z Klinik Położnictwa i Ginekologii Instytutu Matki i Dziecka w Warszawie zwracają uwagę na wyraźną zmianę profilu w stosowanych metodach antykoncepcyjnych. Starsze dziewczęta i kobiety częściej stosują doustne hormonalne środki antykoncepcyjne, przy równoczesnym ograniczeniu stosowania prezerwatyw przez ich partnerów.

Tendencja ta stanowi pewne *novum*, jednak oznaczałoby to zbliżenie się do krajów Europy Zachodniej. W Niemczech wyraźnie dominują doustne środki antykoncepcji, a w Holandii sterylizacja (Filip i in. 2005; Oddens 1994).

Badania własne z 2006 roku przeprowadzone w grupie 100 kobiet zamieszkałych region gdański wykazały między innymi, że prawie połowa kobiet podejmuje decyzję o wyborze metody antykoncepcyjnej w oparciu o własną wiedzę (49%). Spośród badanych respondentek 28% rozpoczęło współżycie w wieku 18 lat. Warto zwrócić uwagę na dość liczną grupę osób, która rozpoczęła współżycie seksualne jako osoby niepełnoletnie. W wieku piętnastu lat współżycie podjęło 8% ankietowanych, w wieku szesnastu lat – 10%, a w wieku siedemnastu lat – 18%. Pozostałą grupą – 36% kobiet rozpoczęła współżycie po ukończeniu osiemnastego roku życia. Ankietowanym współżyjącym seksualnie (93 kobiety) zadano pytanie, jaką metodą zapobiegania ciąży obecnie stosują. Warto zwrócić uwagę na fakt, że ponad $\frac{1}{5}$ (21%) respondentek współżyje seksualnie, ale nie stosuje żadnej metody antykoncepcji. Tylko jedna z nich podała, że starają się z partnerem o dziecko. Pozostałe 79% kobiet stosuje różne metody zapobiegania ciąży. Wyniki przedstawiały się w następującej kolejności: 39% ankietowanych stosuje tabletki antykoncepcyjne, 20% partnerów ankietowanych używa prezerwatywy, 9% stosuje metodę kalendarzyka małżeńskiego, 7% ankietowanych ma założoną wkładkę wewnątrzmaciczną, 3% stosuje stosunek przerywany, 1% używa globulek plemnikobójczych (Czerwińska 2006).

Wyniki badania Izdebskiego (2006) na grupie 1585 kobiet, omawiające zachowania seksualne kobiet, wskazują, że zdecydowana większość Polek jest zadowolona ze swojego życia seksualnego. Średnia wieku inicjacji seksualnej dla kobiet w wieku 15–49 lat w 2005 roku wyniosła 18,8 lat. W porównaniu z poprzednimi turami badań w latach 1997–2005 obniżył się wiek, w którym kobiety zaczynają współżyć seksualnie. Ponad połowa (58%) kobiet aktywnych seksualnie w okresie 12 miesięcy używała jakiejś metody zapobiegania ciąży. Prawie 28% nie stosowało żadnej metody antykoncepcyjnej. Za najpopularniejszą metodę respondentki uznały używanie przez partnera prezerwatywy. Przyznało się do tego 54% badanych. Na drugiej pozycji znalazły się tabletki antykoncepcyjne (30%), na trzecim miejscu stosunek przerywany (21%). Wśród kobiet uczestniczących w badaniu dominującą obawą w relacjach seksualnych jest nieplanowana ciąża. Zdecydowana większość kobiet (93%) postulowała, aby w szkołach były prowadzone zajęcia z zakresu edukacji seksualnej, przy czym 81% uznało tę kwestię za bardzo ważną (Izdebski 2006).

Obowiązkiem państwa, zawartym w Ustawie o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży, jest troska o życie i zdrowie, między innymi poprzez uznanie prawa każdego do odpowiedzialnego decydowania o posiadaniu dzieci oraz prawa dostępu do informacji, edukacji, poradnictwa i środków umożliwiających korzystanie z tego prawa. Wydaje się istotne, wobec powyższego, nastawienie społeczne do zagadnień płodności, seksualności, prokreacji i planowania rodziny. Elementy te składają się bowiem

na klimat, w którym dojrzewają decyzje dotyczące potomstwa, jego liczebności, a także stosowania antykoncepcji. Wszystkie religie optują za narodzinami i są przeciw przerywaniu ciąży. Nieliczne dopuszczają przerwanie ciąży w ściśle określonych sytuacjach. Pary muzułmańskie muszą wspólnie wyrazić zgodę na stosowanie metod kontroli urodzeń. W środowisku ortodoksyjnych Żydów zastosowanie antykoncepcji dozwolone jest wyłącznie dla kobiet. Małżeństwa wyznania rzymskokatolickiego skorzystać mogą z metod naturalnych oraz abstynencji (Caus, Gawęda 2002). Jak podaje Raport Federacji na Rzecz Kobiet i Planowania Rodziny (Zdrowie i prawa reprodukcyjne i seksualne a system zdrowia publicznego w Polsce, 2008), dostęp do antykoncepcji w naszym kraju jest nadal ograniczony przez czynniki prawne oraz pewne fakty. Antykoncepcja hormonalna może być zaordynowana jedynie przez lekarza. Wśród tej grupy zawodowej znajdują się jednak osoby zasłaniające się zapisem o „klauzuli sumienia” z ustawy o zawodzie lekarza, która umożliwia niewykonanie świadczenia niezgodnego z sumieniem, co skutkuje odmową przepisania recepty na lek antykoncepcyjny. Dotyczy to szczególnie antykoncepcji postkoitalnej, która przez niektórych uważana jest za środek wczesnoporonny. Takie sytuacje zmuszają kobiety do poszukiwania pomocy w sektorze prywatnych usług medycznych, co generuje koszty. Istnieje zapis w ustawie o zawodzie lekarza, który poniekąd ogranicza dostęp osób poniżej osiemnastego roku życia do środków antykoncepcyjnych i rzetelnego poradnictwa. Wymagane jest nadal wyrażanie przez rodzica lub opiekuna osoby małoletniej zgody na każde działanie medyczne. Dziecko poniżej szesnastego roku życia jest w ogóle pozbawione możliwości uzyskania informacji lub wyrażenia zgody na interwencje medyczne. Biorąc pod uwagę wiek inicjacji seksualnej, ograniczenia w dostępie do nowoczesnych metod zabezpieczania się przed ciążą wydają się nielogiczne. Publiczna ochrona zdrowia nie dysponuje rządowymi programami informacyjnymi na temat nowoczesnej antykoncepcji, a na terenie kraju nie działają żadne instytucje, do których chociażby najuboższe kobiety mogłyby się zwrócić o pomoc i otrzymać środki antykoncepcyjne po obniżonej cenie lub bezpłatnie. Wobec powyższej sytuacji Federacja sformułowała pewne Rekomendacje. Postuluje mianowicie promocję i poprawę dostępności form antykoncepcji, w tym antykoncepcji doraźnej, wpisanie tabletek antykoncepcyjnych na listę leków refundowanych, poprawę poradnictwa z zakresu antykoncepcji w publicznych zakładach opieki zdrowotnej oraz wprowadzenie edukacji w dziedzinie zdrowia seksualnego dla młodzieży.

Słowa kluczowe: antykoncepcja, metoda zapobiegania, ciąża, Polska, wiedza, zdrowie.

Key words: contraception, pregnancy, birth control methods, Poland, knowledge, health.

Streszczenie

Rozwój cywilizacyjny oraz techniczny wymusił nowe spojrzenie na zagadnienia zdrowia reprodukcyjnego i seksualnego. Pojęcie współczesnej antykoncepcji nie oznacza jedynie sposobu przeciwdziałania poczęciu dziecka, ale także – świadome, odpowiedzialne macierzyństwo. Mimo szerokiej dostępności metod zapobiegania ciąży, a tym samym skutecznej możliwości planowania rodziny, każdego roku 80 mln kobiet zachodzi w niepożądaną ciążę. Przyjęta w 1994 roku w Kairze na Konferencji na rzecz Ludności i Rozwoju definicja zdrowia reprodukcyjnego jest oparta na prawach człowieka i równości płci. Określone jest ono jako stan pełnego dobrostanu w aspekcie fizycznym, psychicznym i społecznym, a nie wyłącznie brak choroby lub niedomagań, we wszystkich sprawach związanych z układem rozrodczym oraz jego funkcjami i procesami. Obowiązkiem państwa, zawartym w Ustawie o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży, jest troska o życie i zdrowie, między innymi poprzez uznanie prawa każdego do odpowiedzialnego decydowania o posiadaniu dzieci oraz prawa dostępu do informacji, edukacji czy poradnictwa. Celem niniejszego opracowania jest opis dostępnych w Polsce metod i środków zapobiegania ciąży, dodatkowo przedstawienie krajowych wyników badań dotyczących wiedzy o antykoncepcji oraz jej zastosowania.

Repertory of contraception

Civilization and technological development forced a new perspective on issues of sexual and reproductive health. The concept of modern contraception is not only about how to counteract the conception of a child, but moreover – conscious and responsible parenthood. Despite the wide availability of birth control methods and thus effective family planning possibilities, every year 80 million women have an unwanted pregnancy. Adopted at the Conference on Population and Development (Cairo, 1994) definition of reproductive health is based human rights and gender equality. It is defined as a state of complete well-being in the physical, mental and social aspect, not only the absence of disease or infirmities in all matters related to the reproductive system and to its functions or processes. Duty of the state contained in Act on family planning, protection of the human fetus and conditions of permissible abortion is the concern for life and health, including through the recognition of the right of everyone to make responsible decisions about having children and the right of access to information, education and counseling. The purpose of this article is to describe the methods and means of contraception available in Poland and also to present the results of national studies on knowledge about contraception and its use.

Literatura

- Billings J., Billings E., Catarinich M., 1998, *Atlas metody owulacji Billingsa*, przeł. E. Małolepsza, Poznań: Pallotinum.
- Caus I., Gawęda A., 2002, *Edukacja rodzinna w zakresie antykoncepcji*, „Zdrowie Publiczne”, 112 (Supl.1), s. 23-26.

- Cekański A., 1999, *Wybrane zagadnienia z położnictwa i ginekologii dla położnych*, Katowice: Wydawnictwo ŚAM.
- Czerwińska A., 2006, *Analiza stosowania metod zapobiegania ciąży wśród kobiet zamieszkałych w regionie gdańskim*, praca magisterska, Gdańsk: Akademia Medyczna.
- Duprez D., 1995, *Antykoncepcja*, [w:] *Ginekologia*, red. B. Blanc, L. Boubli, przeł. A. Morawska, Wrocław: Zakład Narodowy im. Ossolińskich.
- Filipp E., Pawłowska A., Wilczyńska A., Kowalska B., Niemiec K.T., Raczyński P., Kęsicka J., 2005, *Metody planowania rodziny u nastolatków*, „Ginekologia Praktyczna”, 13(4), s. 46-52.
- Glasier A., Metin Gülmezoglu A.M., Schmid G.P., Garcia Moreno C., Van Look P.F.A., 2006, *Sexual and reproductive health: a matter of life and death. The Lancet Sexual and Reproductive Health Series*, Pre-print copy of a paper published in the journal “The Lancet”, October, http://www.who.int/reproductivehealth/publications/general/lancet_1.pdf (data dostępu: 12.03.2013).
- Guillebaud J., 2005, *Antykoncepcja. Pytania i odpowiedzi*, przeł. M. Mazanek-Mościcka, Kraków: Wydawnictwo Medycyna Praktyczna.
- Izdebski Z., 2006, *Zachowania seksualne kobiet*, [w:] Raport: Zdrowie kobiet w wieku prokreacyjnym 15–49 lat, red. T. Niemiec, Warszawa: Program Narodów Zjednoczonych ds. Rozwoju, s. 87.
- Kramarek T., 1997, *Naturalne planowanie rodziny i jego biologiczne uwarunkowania*, Poznań: Fundacja Głos dla Życia.
- Oddens B.J., 1994, *The Reproductive Revolution: Contraception use in developed countries*, Parthenon Publishing Group, 49, s. 38-56.
- Olejek A., Kellas-Ślęczka S., 2004, *Antykoncepcja hormonalna*, „Lekarz”, 10, s. 27-33.
- Olszewski J., Michnowska E., Papińska D., Łapińska S., Szczurowicz A., 1996, *Metody zapobiegania ciąży wśród kobiet regionu gdańskiego. Badania ankietowe*, „Seksuologia”, 1(19), s. 15-20.
- Prawa i zdrowie reprodukcyjne i seksualne. Przewodnik, 2001, Warszawa: Federacja na rzecz Kobiet i Planowania Rodziny.
- Rabe T., 1999, *Antykoncepcja zadaniem międzynarodowym*, „Ginekologia Praktyczna”, 7(3), s. 38-40.
- Rekomendacje Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego w sprawie antykoncepcji, 2004, „Ginekologia Polska”, 75(1), s. 1-5.
- Szarewski A., Gillebaud J., 1999, *Przewodnik po antykoncepcji*, Warszawa: Prószyński i S-ka.
- Szymański Z., 2004, *Płodność i planowanie rodziny*, Szczecin: Wydawnictwo PAM.
- Wilczak M., 2001, *Antykoncepcja u progu XXI wieku*, „Nowa Klinika”, 8(1/2), s. 59-66.
- Zdrowie i prawa reprodukcyjne i seksualne a system zdrowia publicznego w Polsce, 2008, Warszawa: Federacja na rzecz Kobiet i Planowania Rodziny, www.federa.org.pl/dokumenty_pdf/antykoncepcja/ZPR.doc (data dostępu: 12.03.2013).