

**„Nasze ciała, nasze życie”, Część III „Zdrowie seksualne i kontrola płodności”,
Rozdział 13 „Metody kontroli płodności”**

Wybór metody kontroli urodzeń, str. 290 - 293

Opracowanie na podstawie tekstów Susan Bell i Lauren Wise

Ponieważ nie istnieje jedna idealna metoda, nasz „wybór” środka antykoncepcyjnego stanowi pewien rodzaj kompromisu. Bezpieczeństwo i skuteczność są tu prawdopodobnie najważniejszymi czynnikami. Dla niektórych ważna jest także wygoda stosowania. Kobiety, które doświadczają problemów natury medycznej, cierpią na choroby przewlekłe lub są niepełnosprawne, muszą wziąć pod uwagę i inne potrzeby, gdy rozważają wybór wygodnych w użyciu i skutecznych środków antykoncepcyjnych. Z kolei te z nas, które cieszą się dobrym zdrowiem i są płodne, gdy zaczynają się zabezpieczać przed ciążą, chcą, żeby to się nie zmieniło.

W tabeli przedstawiono ryzyko śmierci związane z e stosowaniem różnych metod kontroli urodzeń. Proszę zwrócić uwagę na to, że tabela ta nie uwzględnia innych czynników, takich jak klasa społeczna, rasa i historia dotychczasowych ciąż. Środki antykoncepcyjne różnią się zakresem ochrony przed chorobami przenoszonymi drogą płciową (na przykład rzeżączką, opryszczką, chłamydią, HIV i wirusem brodawczaka HPV), a także przed przewlekłym stanem zapalnym narządów miednicy mniejszej (PID, pelvic inflammatory disease). Ogólnie mówiąc, metody barierowe, zwłaszcza prezerwatywy, zapewniają dobrą ochronę przed większością chorób układu rozrodczego. Należy jednak podkreślić, że niesystematyczne i nieprawidłowe stosowanie metod barierowych zmniejsza zapewnianą przez nie ochronę. Pigułka chroni w pewnym stopniu przed przewlekłym stanem zapalnym narządów miednicy mniejszej (PID), ale może zwiększyć ryzyko wystąpienia chłamydii. Jej wpływ zaś na choroby przenoszone drogą płciową nie jest znany. Wkładka wewnątrzmaciczna nie chroni przed chorobami przenoszonymi drogą płciową. U kobiet zagrożonych zakażeniem tymi chorobami stosowanie wkładki zwiększa ryzyko wystąpienia PID (przewlekłego stanu zapalnego narządów miednicy mniejszej).

Kiedy czytamy publikowane w książkach i magazynach statystyki pokazujące skuteczność różnych metod, musimy pamiętać o istniejącej różnicy między najniższym oczekiwanym odsetkiem niepowodzeń, który odnosi się do sytuacji, gdy metoda stosowana jest

prawidłowo i konsekwentnie, i wyższym, typowym odsetkiem niepowodzeń, opartym na danych odnoszących się do rzeczywistego stosowania danej metody przez dłuższy okres. Typowe odsetki niepowodzeń z winy użytkowników obejmują takie przypadki, jak: zapominanie o wzięciu pigułki, zbyt późne założenie prezerwatywy, usunięcie diafragmy przed upływem sześciu godzin od stosunku. Typowy odsetek niepowodzeń daje bardziej realistyczny obraz skuteczności danej metody i skłania do rozważenia istotnego pytania – z jaką skutecznością ty i twój partner będziecie ją stosować? Niedawno naukowcy dokładnie zrewidowali badania nad skutecznością metod kontroli urodzeń, w wyniku czego zmienili szacunki, zarówno jeżeli chodzi o najniższy oczekiwany, jak i typowy odsetek niepowodzeń.

Pięcioprocentowe prawdopodobieństwo zajścia w ciążę oznacza, że badania przeprowadzone w przeszłości wykazały, iż pięć kobiet na sto stosujących daną metodę zaszło w ciążę podczas pierwszego roku korzystania z niej. Prawdopodobieństwo zajścia w ciążę u kobiet heteroseksualnych nie stosujących żadnej metody wynosi 85 procent. Proszę zauważyć, że to zestawienie nie uwzględnia zróżnicowania na grupy wiekowe, klasy społeczne czy rasę, choć między nimi występują różnice. Na przykład starsze kobiety częściej niż młodsze będą stosować środki plemnikobójcze poprawnie i konsekwentnie. Ponadto w tej grupie ryzyko zajścia w ciążę, gdy kobieta nie stosuje żadnej metody kontroli urodzeń, jest mniejsze. Z tego wynika, że typowy odsetek niepowodzeń przy korzystaniu ze środków plemnikobójczych jest niższy dla kobiet starszych niż dla młodszych i niższy niż procent podany w tabeli. Ponadto odsetek niepowodzeń dla większości metod po upływie pierwszego roku stosowania obniża się, ponieważ kobiety, które zaszły w ciążę w ciągu pierwszego roku, nie są już ujęte w statystykach.

Jeżeli uważasz, że środek antykoncepcyjny, który stosujesz, źle wpływa na twoje zdrowie, udaj się do lekarza. Jeżeli nie otrzymasz wystarczających wyjaśnień, skonsultuj się z innym lekarzem. Być może powinnaś zaprzestać używania tej metody i zastosować inną.

Kobiety w Polsce mają mniejszą możliwość wyboru metod kontroli urodzeń niż kobiety w USA. Wiele środków opisanych w tej książce jest w Polsce niedostępnych. Niektóre z nich, jak diafragmy i kapturki, były kiedyś osiągalne, ale znikły z rynku. Brakuje wiarygodnych informacji na temat tego, kiedy, jak i dlaczego do tego doszło. Inne, na przykład prezerwatywa dla kobiet i implanty, nie zostały jeszcze dopuszczone do użytku. Część z opisanych środków, jak chociażby środki plemnikobójcze, są w Polsce osiągalne, ale w dużo mniejszym wyborze niż w USA. Tym, co niechlubnie wyróżnia Polskę na tle innych państw świata, jest niedostępność sterylizacji jako

metody antykoncepcyjnej. Nie została ona dotąd zalegalizowana, choć na świecie jest powszechnie stosowaną metodą, umożliwiając trwałe zabezpieczenie się przed ciążą zarówno kobietom, jak i mężczyznom, jeżeli tylko nie chcą mieć już dzieci. Paradoksalnie, o zakazie sterylizacji w Polsce decyduje przepis prawny, który został przyjęty dokładnie siedemdziesiąt lat temu – na początku lat trzydziestych XX wieku. Przepis ten powinien już dawno zostać zmieniony, bo godzi w podstawowe prawo człowieka do decydowania o własnej płodności – o tym, ile i czy w ogóle chce mieć dzieci. Sterylizacja, jak każda inna metoda antykoncepcyjna, ma wady i zalety. Do osób zainteresowanych należy podjęcie decyzji, czy chcą z niej skorzystać, czy też nie. Państwo powinno im to umożliwić.

Kobiety często oskarża się w Polsce o bezmyślność, gdy zajdą w niechcianą ciążę. Niemal każdy przyznaje sobie prawo do oceniania i obrażania tych, które znalazły się w takiej sytuacji. Zapomina się o tym, że żaden środek antykoncepcyjny nie daje całkowitej pewności i że każdy człowiek ma prawo do ludzkich słabości – do błędu i do zapomnienia. Ponadto każda z nas jest inna, różnimy się między sobą pod względem swoich mocniejszych i słabszych stron. Nie można więc oczekiwać, że wszystkie będziemy jednakowo zapobiegliwe, skrupulatne, asertywne, inteligentne, pozbawione lęków i wolne od nastrojów. Żyjemy w odmiennych warunkach, mamy zróżnicowany dostęp do informacji, usług i lekarzy. Dysponujemy różnymi środkami finansowymi. Wiele z nas narażonych jest na przemoc seksualną. Powszechne przekonanie o tym, że same jesteśmy sobie winne, bo zaszłyśmy w niechcianą ciążę, jest krzywdzące i świadczy nie tylko o małej wiedzy, ale i o niskiej wrażliwości. Ponadto zwalnia mężczyzn z poczucia odpowiedzialności za skutki współżycia seksualnego.

Istotnym, często wręcz zasadniczym czynnikiem decydującym o korzystaniu z antykoncepcji jest jej cena. Paradoksalnie, restrykcyjnemu prawu antyaborcyjnemu nie towarzyszą w Polsce żadne działania ze strony władz, które pomogłyby kobietom uchronić się przed niechcianą ciążą. Na listach leków refundowanych w dalszym ciągu brakuje środków antykoncepcyjnych (cztery środki, które na nich figurują, mogą być refundowane w zasadzie tylko wtedy, gdy korzysta się z nich w celach terapeutycznych, a nie po to, by zapobiec ciąży). Nie podejmuje się również akcji promujących stosowanie prezerwatyw – Polska jest być może jedynym krajem na świecie, w którym podczas kampanii na rzecz zapobiegania HIV/ AIDS nie wspomina się o prezerwatywach. W szkołach nie prowadzi się w zasadzie edukacji seksualnej. Wiele można zarzucić również środowisku lekarskiemu, które nie tylko nie podejmuje starań, by

zmienić tę sytuację, ale toleruje bardzo częste przypadki odmawiania przez lekarzy świadczeń związanych z zapobieganiem ciąży.

Poważne zaniechania władz polskich zostały dostrzeżone przez Komitety Praw Człowieka ONZ, które wielokrotnie zalecały Polsce wprowadzenie konkretnych rozwiązań w zakresie planowania rodziny (patrz ramka). Te zalecenia są jednak z uporem ignorowane przez kolejne rządy. Wszystko wskazuje na to, że sytuacja nie ulegnie zmianie dopóty, dopóki wzorem kobiet w innych krajach nie zaczniemy konsekwentnie się domagać, by nasze potrzeby traktowano poważnie i uwzględniano w polityce władz. Musimy uwierzyć, że dostęp do szerokiego wyboru środków i metod zapobiegania ciąży jest naszym prawem. Kontrola płodności wiąże się bezpośrednio nie tylko z naszym zdrowiem, ale również z możliwością decydowania o swoim życiu. Jest to potrzeba nie mniej ważna niż wszelkie inne poważne potrzeby zdrowotne.

Nie do wszystkich z opisanych poniżej metod i środków zapobiegania ciąży mamy obecnie w Polsce dostęp. Uważamy jednak, że jest ważne, byśmy o nich wiedziały także po to, by móc lepiej określać swoje potrzeby i skuteczniej domagać się od władz takiej polityki zdrowotnej, która je uwzględni.

Najniższy oczekiwany i typowy odsetek niepowodzeń podczas pierwszego roku po sterylizacji i pierwszego roku stosowania odwracalnych metod kontroli urodzeń w Stanach Zjednoczonych		
	Odsetek kobiet przypadkowo zachodzących w ciążę podczas pierwszego roku stosowania metody	
Metoda	Najniższy oczekiwany⁷	Typowy⁸
Nie stosowanie żadnej metody ⁹	85	85
Środki plemnikobójcze ¹⁰	6	26
Okresowa abstynencja		25
Kalendarzyk	9	
Metoda obserwacji śluzu szyjkowego	3	
Metoda obserwacji śluzu z pomiarem temperatury ¹¹	2	
Metoda po-owulacyjna	1	
Stosunek przerywany	4	19
Kapturek		
Kobiety, które w przeszłości rodziły dzieci	26	40
Kobiety, które nie rodziły	9	20
Gąbka		
Kobiety, które w przeszłości rodziły dzieci	20	40
Kobiety, które nie rodziły	9	20
Diafragma (błona waginalna, krążek waginalny)	6	20
Prezerwatywa		
Dla kobiet	5	21
Dla mężczyzn	3	14
Wkładka wewnątrzmaciczna		
Progesterone T	1.5	2.0
Copper T 380A	0.6	0.8
Levonorgestrel 20 ug - w Polsce niedostępna	0.1	0.1
Pigułka		
Dwuskładnikowa	0.1	
Tylko z progestagenem	0.5	
Zastrzyki z progestagenu		
DMPA (Depo Provera)	0.3	0.3
Norplant i Norplant 2	0.05	0.05
Sterylizacja kobiet	0.5	0.5
Sterylizacja mężczyzn	0.1	0.15

Źródło: tabela ta została zaadaptowana z książki R. Hatcher i in., *Contraceptive Technology* (Technologia antykoncepcji), wydanie 17 zmienione, Irvington, New York 1998), tabela 9-4.

7 Jest to odsetek przypadkowych ciąży w pierwszym roku stosowania danej metody, jeśli para nie przerywa jej stosowania z jakiegokolwiek przyczyny, dla par, które rozpoczynają stosowanie metody (niekoniecznie po raz pierwszy) i stosują ją w sposób perfekcyjny: prawidłowo i konsekwentnie.

8 Jest to odsetek przypadkowych ciąży w pierwszym roku stosowania metody, jeśli para nie przerywa jej stosowania z jakiegokolwiek przyczyny, dla typowych par, które rozpoczynają stosowanie metody (niekoniecznie po raz pierwszy).

9 Najniższy oczekiwany i typowy odsetek są w tym wypadku oparte na danych zebranych wśród populacji, gdzie antykoncepcja nie jest stosowana, i wśród kobiet, które zaprzęstały stosowania antykoncepcji, aby zająć w ciążę. Wśród tych populacji około 89 proc. kobiet zachodzi w ciążę w ciągu jednego roku. Tutaj podane szacunki są nieco zaniżone (do 85 proc.), aby uwzględnić procent kobiet, które zajądą w ciążę, jeśli zaprzęstają stosowania antykoncepcji, a obecnie używają odwracalnych metod antykoncepcji.

10 Pianki, kremy, żele, diafragmy i czopki waginalne.

11 Metoda obserwacji śluzu szyjkowego uzupełniona o zestawienie temperatury ciała podstawowej, przed i po owulacji. Z kremem lub żelem plemnikobójczym. Bez stosowania spermicydów.

Książka *Nasze ciała, nasze życie* jest dostępna w księgarniach w całej Polsce. Może także zostać zamówiona w biurze wydawcy: **Fundacja Współpracy Kobiet NEWW-Polska**, ul. Miszewskiego 17/100, 80-239 Gdańsk, Polska bądź za pośrednictwem strony internetowej www.neww.org.pl .
Dodatkowe informacje: tel. 48 58 344 38 53, neww@neww.org.pl .

Polish edition of *Our Bodies, Ourselves* is available in bookstores in Poland. You can also purchase it online from www.neww.org.pl or from the publisher's office: **Network of East/West Women - Polska (NEWW)**, ul. Miszewskiego 17/100, 80-239 Gdańsk, POLAND.
For more information call 48 58 344 38 53 or write neww@neww.org.pl .