

ANTYKONCEPCJA MEŹCZYŹN

WAZEKTOMIA

**Wazektomia.com**

ANTYKONCEPCJA KOBIET

SALPINGEKTOMIA

ESSURE

ADIANA

O autorze:	4
Podziękowania	4
Wprowadzenie.....	5
I. ANTYKONCEPCJA MĘŻCZYŹN -- WAZEKTOMIA	7
I.1. Jakie korzyści mogą uzyskać z faktu wykonania wazektomii?	7
I.2. Co to jest wazektomia?	7
I.3. Czy wazektomia to „sterylizacja”?.....	8
I.4. Wazektomia- fakty i fałszywe przekonania.	9
I.5. Czy wazektomia to również antykoncepcja dla kobiet?.....	11
I.6. Spojrzenie na problem wazektomii znanej dziennikarki – Katherine Watson-Burret	13
I.7. Dlaczego w dzisiejszych czasach decydujemy się na wazektomię.	16
I.8. Największe szanse osiągnięcia korzyści z wazektomii?	18
I.9. Kto najrzadziej korzysta z wazektomii?	19
I.10. Jak wygląda wykorzystanie metod antykoncepcji męskiej w krajach rozwiniętych?	20
II. Jakie są uzasadnienia zdrowotne pacjentów do podjęcia ostatecznej decyzji?	21
III. Pytania i odpowiedzi cz.I	23
IV. Kiedy można rozważyć decyzję wykonania wazektomii?.....	29
Inne wskazania i przeciwwskazania.!	29
IV.1. Jakie są możliwe zagrożenia i komplikacje?.....	32
V. Wiedza o wazektomii przed podjęciem decyzji	35
VI. Jakie mogą być skutki uboczne wazektomii?	41
VII. Inne pytania po wykonanej wazektomii.	44
VIII. Kolejne pytania.....	47
IX. Korespondencje. Literatura	52
X. Pytania o finanse i procedury. Kto operuje?	58
XI. Odpowiedzialność. Wskazania kliniczne do zastosowania wazektomii.....	68
XII. Wskazania do wazektomii z powodu chorób internistycznych, onkologicznych itp.	73
XIII. Historia wazektomii	78
XXIV. Saplingektomia – zablokowanie jajowodów- antykoncepcja dla kobiet.	88
XV. Rewazektomia - odwrócenie wazektomii(reversal vasectomy, vasovasostomy, revasectomy). Czy możliwe jest zajście w ciążę po wazektomii?	97

XVI. Metoda antykoncepcji dla kobiet ESSURE- co to znaczy?	99
XVII. ADIANA kolejna metoda antykoncepcji dla Kobiet.	103
XVIII. ROZDZIAŁ SPECJALNY - OGÓLNE PROBLEMY ANTYKONCEPCJI.....	110
XVIII.1 Regulacja urodzeń.....	110
XVIII.2 Planowanie rodziny jako skuteczna i bezpieczna profilaktyka.....	112
XVIII.3 Antykoncepcja naturalna i medyczna – historia zapobiegania ciąży i kontroli urodzeń	117
XVIII.4 Naturalne Planowanie Rodziny - NPR	118
XVIII.5 Współczesna antykoncepcja	121
XVIII.6 Prawo i etyka w antykoncepcji.....	149
XVIII.7 Religijne aspekty antykoncepcji	155
XVIII.7 Rozważania ogólne.....	157
XX. Antymacierzyństwo w Polsce !!! Salpingektomia metodą antykoncepcji z wyboru?... 173	
XX.1. Niemowlęta nie wzbudzają u mnie żadnych pozytywnych uczuć.....	174
XX.2. Antymacierzyństwo na świecie.	175
XX.3. Wybieram życie samotne lub we dwoje.	175
XX.4. Kobieta nie równa się matka.....	176
XX.5 Czy ja potrafię?	176
XX.6. Lęk, stres, przepracowanie, jedyna zasada to brak zasady!.....	177
XX.7. Cena niezależności i swobody.	178
XX.8. Ubezpieczenia społeczne a zabezpieczenie starości?	178
XX.9. USA – bezdzietność z wyboru.....	179
XXI Antymacierzyństwo młodych Polek	181
XXI.1 Dzieci to śliniące się „potwory”	181
XXI.2 Antymacierzyńskie poglądy młodych mężczyzn- inne poglądy!	182
XXI.3 Adaptować kota	183
XXI.4. Rodzi się coraz mniej dzieci. Zlikwidować antykoncepcję?.....	183
XXII Zakończenie	186
XXIII Literatura uzupełniająca:	190

O autorze:

Dr Eugeniusz Siwik absolwent Akademii Medycznej w Białymstoku, specjalista IIo z ginekologii i położnictwa. Asystent wybitnego naukowca Prof. Stefana Soszki, następnie Prof. H.Gadomskiej, Prof. T.Koszarowskiego, pracuje równocześnie w Towarzystwie Rozwoju Rodziny, razem z Prof. Z. Lwem Starowiczem. Rok 1990 to początek wielkiej przygody autora w tworzeniu systemu porodów naturalnych w Polsce. Był to spektakularny sukces, gdyż śmiertelność okołoporodowa noworodków zmniejszyła się z 25 do 7,5 promila w 2002r. Pierwszy rok to porody w domu, następnie w prywatnej poliklinice. To również początek ogólnopolskiej akcji RODZIĆ PO LUDZKU i obecnie Fundacji „Rodzić po Ludzku” której prezesem jest obecnie mgr Anna Otffinowska. Nic by się nie wydarzyło bez obecności Gwiazdy Położnictwa Żanet Kalyty. Założyciel i twórca Izby Gospodarczej Medycyna Polska. Absolwent Wyższej Szkoły Zarządzania i Prawa w Warszawie. Kolejne studia i propagowanie sztuki zdrowia i długowieczności. Obecne hobby autora to studia nad inteligencją emocjonalną i duchową. Wegetarianin od urodzenia, duchowo w Indiach. Obecnie trwają przygotowania nad stworzeniem Europejskiego Centrum Planowania Rodziny pod Egidą Fundacji – Polskiej Akademii Zdrowia.

Podziękowania

Dziękuję wszystkim dotychczasowym Pacjentom, a szczególnie ich Partnerkom. Są oni ambasadorami nowoczesnych metod Planowania Rodziny u progu XXI wieku.

Wprowadzenie

Medycyna Rozrodu (reproductive medicine –RM) lub zdrowie reprodukcyjne stały się niezwykle ważną dziedziną życia. Końcowy dokument IV Światowej Konferencji w sprawie Kobiet(Pekin 1995) w art.94(Polska brała udział) określa zdrowie reprodukcyjne jako stan dobrego samopoczucia w aspekcie fizycznym, psychicznym i społecznym, a nie brak choroby lub nie domagań we wszystkich sprawach związanych z układem rozrodczym, jego 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.**

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. 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 i stosuje metody antykoncepcji, przyrost ludności jest tam regulowany.

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

Szerzenie wiedzy o właściwych, bezpiecznych i możliwie najskuteczniejszych metodach i środkach antykoncepcyjnych jest w dzisiejszym świecie koniecznością.

Ostatnie 10 lat obecnego stulecia jest okresem podsumowania poprzednich 50 lat rozwoju Planowania Rodziny(PR), oraz stosowanych metod antykoncepcji. Od czasu wydania mojej książki p.t.: „Antykoncepcja- Planowanie Rodziny u progu XXI w.”(2003) niewiele się zmieniło. Coraz więcej doniesień o negatywnych skutkach stosowania hormonalnych środków antykoncepcyjnych, a co miało być „siódmym cudem świata”. Słowem Kobiety zostały „zrobione w żabę”. Uwierzyły w to co ciągle słyszały a kłamstwa powtarzane wiele razy stają się „prawdą”!!! Natomiast to co daje rodzinie zdrowie reprodukcyjne, życie bez stresu było i jest pomijane. Godne odnotowania jest wprowadzenie metody NuvaRing dla kobiet.

Ciągle powtarzanie „bredni” w postaci że wkładki wewnątrzmaciczne(IUD) są środkami poronnymi(wiadomo jakie środowiska ale nie muszą ich reklamować), że ich zakładanie u kobiet które nie rodziły jest zabronione(kolejny kompletny nonsens, delikatnie rzecz ujmując), że przy stosowaniu środków antykoncepcyjnych hormonalnych, trzeba robić przerwy(czy kobieta w tym czasie, schodzi do podziemia, nie uprawia seksu?), właśnie w czasie tej przerwy najczęściej Ona

niespodziewanie zachodzi w ciążę, a jakie zakończenie tej ciąży nie trudno się domyślić.

I kilka zdań na zakończenie.

W przyszłym roku minie 30 lat od czasu kiedy rozpocząłem współpracę i pracę w Towarzystwie Rozwoju Rodziny przy Placu Trzech Krzyży w Warszawie. Stąd trzydzieści lat spędzonych w zainteresowaniach Planowania Rodziny, antykoncepcji. Do dzisiaj Ośrodek kierowany przez Prof. Z. Lwa-Starowicza, Mędrca-humanistę.

Należałoby odnotować kolejny spektakularny rozwój antykoncepcji, czyli PR-Planowania Rodziny w Polsce. Gdyby tak spojrzeć na mapę poczynając od Odry aż po Kamczatkę to należałoby odnotować kolejny obecnie początkowy sukces, w postaci antykoncepcji u mężczyzn w postaci **wazektomii**, czyli podwiązania nasieniowodów u mężczyzn (specjalnie piszę „u mężczyzn” ponieważ nie wszyscy wiedzą że mężczyzna posiada nasieniowody). Minęło już 6 lat od czasu kiedy wykonaliśmy pierwszy zabieg wazektomii u znanego Dziennikarza z Warszawy. Jednak strona www.wazektomia.com doktora R. Nowaka z Torunia ukazała się jako pierwsza, czyli można powiedzieć, że to on został pierwszym prekursorem tej metody antykoncepcji u mężczyzn w Polsce.

Poniższa praca ukaże się w postaci e-booka, oraz książki w niewielkim wydaniu. Zasygnalizowałem, że pracujemy nad metodą salpingektomii, czyli podwiązania jajników u Kobiet, oraz wprowadzeniu nowych systemów w postaci **ESSURE i ADIANA**.

W tym celu w wielu krajach świata wykonuje się nieskomplikowane zabiegi mikro-chirurgiczne. Można je przeprowadzać zarówno u kobiet, jak i u mężczyzn. Zabieg taki u mężczyzn nazywa się **wazektomią** i polega na zablokowaniu światła nasieniowodów u kobiet natomiast polega on na przecięciu i podwiązaniu jajowodów, i nazywa się **salpingektomią**. Salpingektomia przeprowadzana jest za pomocą laparoskopu. Metody antykoncepcji u kobiet nazwane **ESSURE i ADIANA** opisane są w dalszej części opracowania.

W wielu krajach są Ośrodki Planowania Rodziny które pod jednym dachem skupiają: planowanie rodziny w szerokim zakresie (wiedza podstawowa, wiek pacjentki/ta, wykształcenie, sytuacja rodzinna), antykoncepcje z wiedzą o wszystkich metodach planowania rodziny, poradnie położnictwa i ginekologii, seksuologii, niepłodność postaci wszelkich procedur in vitro, gabinet lekarza rodzinnego, laboratorium, USG, gabinet gdzie można wykonać wazektomię, salpingektomię, czy też jeden z systemów ESSURE czy ADIANA. W naszym Kraju takich ośrodków nie ma. Już spotkaliśmy się wielokrotnie w czasie poszukiwań, gdzie można byłoby wykonywać wazektomię, płacąc za wynajem sali zabiegowej, tak jak to jest na świecie, z odmową, że np.: In vitro nie zgadza się z filozofią wazektomii, lub że filozofia wazektomii nie odpowiada poglądom personelu średniego w znanej klinice chirurgii plastycznej, że po konsultacjach prezesa kliniki onkologicznej nie zgadza się ich wiedza na temat

wazektomii z naszą wiedzą itp. Ale tak to jest gdy wyrusza się z maczetą w rękę prowadząc wyprawę w Puszczy Amazońskiej. Taka wyprawa może się różnie skończyć, szczególnie dla prowadzącego wyprawę.

Idą nowe czasy!!! Problem dotyczy szczęścia całej Rodziny!

I. ANTYKONCEPCJA MĘŻCZYŹN -- WAZEKTOMIA

I.1. Jakie korzyści mogę uzyskać z faktu wykonania wazektomii?

- ❖ **Mężczyźni po wazektomii żyją dłużej!!!**
- ❖ **Wolność od strachu przed niechcianą ciążą**
- ❖ **Pozytywny wpływ na małżeństwo**
- ❖ **Poprawa zdrowia Kobiet!!!**
- ❖ **Lepsze życie seksualne**
- ❖ **Poprawa relacji partnerskich o 78%**
- ❖ **Uprawianie seksu częściej z większym zadowoleniem**
- ❖ **Niektóre kobiety obawiają się, że ich partnerzy staną się bardziej atrakcyjni w ich środowisku.**
- ❖ **Jesteś bardziej cool, trendy...**
- ❖ **Małżeństwa po wazektomii rzadziej się rozwodzą**
- ❖ **Zapraszam do najbardziej wiarygodnych, współczesnych i dostępnych form Planowania Rodziny[PR].**

I.2. Co to jest wazektomia?

Nawet polski słownik komputerowy podkreśla słowo **wazektomia** jako błędne i nieznanne.

WAZEKTOMIA - samo słowo może powodować strach w sercu nawet najbardziej odważnych **macho**, ale ile z tego strachu jest prawdziwe i jak wiele jest do wyobrażenia? Jeszcze siedem lat temu jak zaczynaliśmy zabiegi wazektomii nikt nie wiedział co oznacza to słowo, oprócz medyków. W tamtym czasie pacjent był usypiany, nie stosowaliśmy metody „**No scaple!**”. **Vas deferens** to nasieniowód. **Vas** to **naczynie ctomia** po łacinie znaczy cięcie, stąd *vasectomy* w języku angielskim, polskim **wazektomia** . W Internecie przy

poszukiwaniach np.: antykoncepcja męska może pojawić się również słowo **wazektomia** i tutaj rozpoczynamy właściwe poszukiwania. **Eksperci medyczni** już od dawna twierdzili, że ta forma antykoncepcji jest **najbardziej niezawodną, bezpieczną i najłatwiejszą do wykonania, z myślą o zakończeniu płodzenia dalszych dzieci, chociaż nie tylko.**

ABISSS, co to znaczy?

Całość zagadnień związanych z wazektomią można by ująć w **6 x nie!(6 xNo!)**

6 x BEZ! (6 x NO!!)

Co to znaczy?

- 1. Bez anestezjologii – (No anaesthesia)**
- 2. Bez bólu – (No pain)**
- 3. Bez igły – (No needle)**
- 4. Bez skalpela - (No salpel)**
- 5. Bez szwów – (No sutures)**
- 6. Bez stresu – (No stress)**

Żeby to łatwiej zapamiętać, użyto skrótu – **ABISSS**. Każdy z tych punktów stwarza pewnego rodzaju komfort psychiczny, a sam fakt znieczulenia miejscowego, bez usypiania z możliwością natychmiastowego podróżowania jest pewnego rodzaju fenomenem życiowym, czy też klinicznym. W systemie **ABISSS**, zawiera się cała istota postępowania klinicznego. Jeden z moich przyjaciół stwierdził, że po przeczytaniu tylko tych 2 pierwszych punktów można podarować sobie dalsze czytanie, jako że wszystko jest jasne. Myślę, że był blisko prawdy.

I.3.Czy wazektomia to „sterylizacja”?

Jeżeli uda nam się poprawnie opowiedzieć na to pytanie to moglibyśmy zakończyć stawianie pytań i udzielanie dalszych odpowiedzi, jednak temat nie jest tak prosty jakby się wydawało. Nie tylko w Polsce używa się naprzemiennie, słów **wazektomia** lub sterylizacja. Australijski lekarz ginekolog Derek Llewellyn-Jones (*Everywoman: “A Gynaecological Guide for Life” Llewellyn Jones.D (1989)*) w rozdziale o antykoncepcji już w pierwszym zdaniu mówi żeby nie mylić znaczenia słów „**sterylizacja**” i **wazektomia**. **Wazektomia** to jedna z metod antykoncepcji u mężczyzn a **sterylizacja** to usunięcie gonad czyli u mężczyzn jąder a u kobiet jajników. Główny powód takich procedur to wcześniejsze wykrycie nowotworu złośliwego gonad.

Usunięcie gonad przeprowadza się celem ratowania życia ludzkiego a nie antykoncepcji. Często słowa „sterylizacja” używają Anglosasi, ale w domyśle wiedząc że to jest metoda antykoncepcji i nie prowadzi to do nieporozumień, ani medycznych ani prawnych.

I.4. Wazektomia- fakty i fałszywe przekonania.

Czy w Polsce wazektomia jest zabroniona?

Pytanie to słyszę od sześciu lat nieustannie od pacjentów, internautów, **lekarzy!?** i wszystkich innych zawodów.. Zadaję więc pytanie. **Gdzie to jest napisane? Pada odpowiedź nie wiem...Gdzie antykoncepcja jest zabroniona? Nie wiem...**Kłamstwo powtarzane od 60 lat staje się prawdą. Znamy to od czasów ostatniej wojny światowej... Ostatnio w prasie było wiele tekstów i wypowiedzi, dziennikarzy, prawników w tym profesorów prawa, którzy grzmieli, że wykonano bezprawnie bezbronnej Kobiecie sterylizację!!! Nikt nie wykonał sterylizacji-czyli usunięcia gonad- a jedynie podwiązanie jajowodów, czyli antykoncepcję. Podjęto w czasie wykonywania cięcia cesarskiego słuszną i męską decyzję, ratującą życie operowanej.

Co mówi na ten temat KK-kodeks karny, skoro się wszyscy na niego powołują?

Kodeks karny jest jak najbardziej w porządku, nic mu nie można zarzucić. Przed rokiem 1997 był to & 155 teraz jest 156. Tym razem chodzi o szczegóły dlatego posłużę się bardziej dokładnymi danymi. Mianowicie, odpowiedź znajdziemy w dzienniku ustaw z dnia 6 czerwca 1997r. Nr 88 Poz. 553, gdzie art.156.&1. mówi: *„kto powoduje ciężki uszczerbek na zdrowiu w postaci: 1) pozbawienia człowieka wzroku, słuchu, mowy, zdolności płodzenia, 2) innego ciężkiego kalectwa, ciężkiej choroby nieuleczalnej lub długotrwałej choroby realnie zagrażającej życiu, trwałej choroby psychicznej, całkowitej lub znacznej trwałej niezdolności do pracy w zawodzie lub trwałego, istotnego zeszpecenia lub zniekształcenia ciała, podlega karze pozbawienia wolności od roku do lat 10. § 2. Jeżeli sprawca działa nieumyślnie, podlega karze pozbawienia wolności do lat 3. § 3. Jeżeli następstwem czynu określonego w § 1 jest śmierć człowieka, sprawca podlega karze pozbawienia wolności od lat 2 do 12”.*

Jeżeli mniej lub bardziej umyślnie wydlubiemy Pacjentowi oko- ostatnio widzieliśmy jak jeden z naszych sportowców stracił oko, w walce sportowej, utniemy lub obgryziemy ucho, albo to co nas najbardziej interesuje utniemy dyndające brylanty, bo po co one mają się tam dyndać, to rzecz jasna podlegamy karze. Zapis ten wg. mojego rozeznania nigdy nie powinien być zmieniany. Największym uszczerbkiem dotyczącym możliwości płodzenia jest usunięcie gonad, bez uzasadnienia, co zdarza się i to nie tak całkiem rzadko przy operacjach jajników u kobiet, bez dokładnego zdiagnozowania, a jako argument podaje się, że może w przyszłości „mieć Pani nowotwór złośliwy”. Profilaktycznie moglibyśmy to samo zaproponować mężczyznom, ale całe szczęście że nikt na ten pomysł nie wpadł.

Blokując dostęp plemników do nasienia w procedurze wazektomii wykonujemy nie sterylizację, czyli usunięcie jąder a mikro podwiązanie nasieniowodów, za zgodą pacjenta. Założmy, że łapię pacjenta na ulicy i pod pretekstem badań profilaktycznych obcinam mu brylanty, to wymiar sprawiedliwości skazuje mnie na okres od jednego roku do 10 lat i pisanie książki na temat wazektomii kończymy gdzieś w ustronnym miejscu. Ale jeżeli zrobię to nieumyślnie – nie przychodzi mi pomysł jakby zwabić pacjenta do takiego zabiegu-to kara byłaby nieco mniejsza do trzech lat.

Kilka miesięcy temu przewinęła się w mediach nagonka na lekarzy z Wielkopolski, którzy przy ósmej ciąży a kolejnym cięciu cesarskim, podwiązali w trakcie wykonywania cięcia cesarskiego jajowody. Cała prasa, w łącznie z prawnikami grzmiała, że bezprawnie wykonano sterylizację biednej kobiecie. Nikt z lekarzy w czasie tej operacji nie wykonał żadnej sterylizacji a jedynie salpingektomię, czyli podwiązanie jajowodów, można jedynie przypuszczać, że uratowali tej Pani przyszłe życie.

Prawo Izb Lekarskich, procedury medyczne, tak! Co ciekawe znana i szanowana Organizacja Federa, walcząca o prawa kobiet, ciągle używa słowa sterylizacja i dąży do zmiany w zapisie powyższego kodeksu karnego. Kodeks karny ma mi pozwalać na ucięcie brylantów, albo że zablokowanie jajowodów może być bezkarne bo teraz jest karalne? Jaki prawnik na to się zgodzi, wg. mnie żaden.

*Ja osobiście po trzydziestu latach praktyki i napisaniu książki o współczesnej antykoncepcji sprowadziłbym to do trzech metod różniących się od tych przedstawionych. Mianowicie: dla mężczyzn wazektomia lub celibat(no może kilku dniowy) Dla Kobiet: podwiązanie jajowodów(**salpingektomia**), **ESSURE**. **ADIANA** po urodzeniu planowanych dzieci, a wcześniej **IUD** wkładka wewnątrzmaciczna, ewentualnie **nuva ring**... Czym te metody się charakteryzują? Są nieporównywalnie zdrowsze od poprzednich, z punktu widzenia ekonomii najbardziej oszczędne i komfortowe. Słowem: **ZDROWIE**, **EKONOMIA** i **KOMFORT(ZEK)**. W obecnych **Czasach Informatyki, Erze Wodnika, pokolenia Y(internauci największa grupa społeczna)** i*

babyboomersów(roczniki powojenne druga grupa co do liczebności) i jakby powiedział.....spłaszczonego świata, nie powinno być miejsca na ryzyko związane z niechcianą ciążą, poronieniami sztucznymi, czasem zagrożeniem własnego zdrowia. Dostyc dominacji sfrustrowanych facetów chodzących w starych dżinsach, pomiętych gaciach do kolan, nieuczesanych, nieumytych, chlejących piwo, palących papierosy, postępujących się tysiącem słów. To ostatnie zdanie nieco w stylu wymyślania Handkiego. Przy okazji i sobie nawymyślałem. Ale Ci których znam od sześciu lat zdecydowanych na wazektomię to z kolei najwspanialsza grupa Mężczyzn jakich poznałem w życiu, poczynając od lekarzy, prawników, informatyków(najbardziej liczna grupa), żeglarzy-kiperów, lotników, nafciarzy, przedsiębiorców, finansistów, pracowników etatowych, rolników!!! pracowników fizycznych, pracowników naukowych, wybitnych stroicieli i budowniczych pianin i fortepianów..

I.5.Czy wazektomia to również antykoncepcja dla kobiet?

Pytanie jest przewrotne, ale odpowiedź jest jak najbardziej oczywista. Tak jest to fantastyczna metoda współczesnej antykoncepcji, dla kobiet. Trzeba tylko przekonać do tego swojego partnera, będąc pewną swojej decyzji.

Cały ten e-book powinien być zamieszczony na stronie internetowej - zdrowia kobiet. W dalszej części tego opracowania zamieścimy wypowiedzi Polek, na temat, co sądzą o wazektomii, jak czują się ich partnerzy życiowi, czy żałują wykonanego zabiegu, jak wpłynęło to poprawienie, lub pogorszenie ich relacji partnerskich?

Jak pisze Tom Peters to właśnie Kobiety decydują w 70% o wszelkich decyzjach jakie dzieją się na świecie, chociaż nam wydaje się że to mężczyźni o tym decydują. Z badań Petersa(*Peters T.:Biznes od nowa. EMKA 2005.170*) wynika że kobiety są głównymi inicjatorkami większości zakupów konsumenckich:

- Wszystkie zakupy konsumenckie - 83%
- Meble domowe- 94%
- Wakacje - 92%
- Nowe domy – 91%
- „Domowe projekty”(Zrób to sam) – 90%
- Elektronika konsumencka – 51%
- Samochody – 60% (powyższe dane pochodzą z USA)
- Decyzje o wazektomii – 70% (dane własne)

Wazektomia to też wolność dla kobiet. Andrew Sullivan napisał w New Republic”; „Większe szanse dla kobiet to prawdopodobnie najważniejszy postęp wolności człowieka w ostatnim stuleciu”.

Tak WAZEKTOMIA to antykoncepcja dla KOBIEC

„Jedno jest pewne: Kobiety rosną w siłę, co jest związane ze wzrostem zamożności, ma ma miejsce we wszystkich obszarach na wszystkich poziomach społeczeństwa. Kobiety nie godzą się dłużej na to, by być jedynie efektywną siłą roboczą (nie będą też jedynym obiektem seksu, pożądaniami, same będą kreować seks, jak zastosujesz trwałą antykoncepcję, to być może wezmę cię jako samca i obiekt mojego pożądania, a jeżeli nie to spadaj) lub konsumentkami... Mają do dyspozycji coraz większe budżety i coraz większą autonomię w ich wydatkowaniu, (mogą nawet zapłacić wam za wazektomię skoro sami nie jesteście w stanie wysupłać te 800 dolców, stać was tylko na seks bez opłat, bo już konsekwencje są po stronie kobiet, dosyć tego!!!) lecz jest to dopiero początek. Ta tendencja będzie się jedynie pogłębiać, gdy tylko dziewczyny udowodnią, że w szkole osiągają większe sukcesy niż chłopcy. Pewna liczba obserwatorów uważa, że już weszliśmy w wiek „kobiecej gospodarki”, czyli ekonomicznych koncepcji wymyślanych i wdrażanych przez kobiety” [Peters T. Małe wielkie sprawy, MT Biznes, 2010. 257-265]. [przypisy w nawiasach, autora będą dalsze].

Zasady i style antykoncepcji będą również stymulowane przez kobiety. I jeszcze coś bardziej proroczego.

„Zapomnij o Chinach, Indiach i Internecie: wzrost gospodarczy stymulowany jest przez kobiety”, nagłówek w „The Economist”.

Stąd moje stwierdzenia, że wazektomia, salpingektomia, ESSURE, Adiana to są antykoncepcje KOBIEC i dla KOBIEC. One o tych metodach zadecydują. TABLETKI DLA CHŁOPÓW PRZEZ NASTĘPNE 60 LAT, TO REWANŻ, ZA 60 LAT TABLETEK którymi truty się KOBIEC. DOSYĆ!!!

Czy nie lepiej być szczęśliwą, uśmiechniętą Kobiętą XXI wieku i swój los wziąć w swoje ręce?

I.6. Spojrzenie na problem wazektomii znanej dziennikarki –

Katherine Watson-Burret

„Bo chociaż wazektomia to postępowanie przeprowadzone u Mężczyzn to decyzja do zabiegu wazektomii prawie w całości dotyczy par heteroseksualnych nie planujących więcej potomstwa. Podwiązanie jajowodów może być bardziej odpowiednim tematem, lecz wiedza Kobiet na temat wazektomii jest w dalszym ciągu niewielka, a zablokowanie nasieniowodów jest znacznie prostsze niż jajowodów ze znacznie mniejszą liczbą powikłań. Część kobiet podejmuje decyzje we własnym imieniu żąda wykonania podwiązania jajowodów, w przypadku braku zgody swojego partnera. Wyrażają w ten sposób swoje zdanie i decyzję o swoim losie co do płodności, a nie siedzenia w złotej klatce i rodzenia kolejnego dziecka. Mówią dosyć a być może chodzi też o przyszłą zamianę partnera.

600 000 wazektomii w USA, 7 000 000 w Chinach

*Trudno jest uzyskać dokładną liczbę wazektomii wykonanych w USA, ponieważ wiele zabiegów odbywa się w prywatnych klinikach. Jednak, Departament Zdrowia i Usług Społecznych opublikował raport w 2005 roku na najbardziej powszechnie stosowanych metod kontroli urodzeń podstawowej, wymieniając cztery najlepsze metody jak: **doustne środki antykoncepcyjne (28%), zablokowanie jajowodu(salpingektomia23%), prezerwatywa (17%) i wazektomii(16%)**]. Z metod antykoncepcyjnych stosowanych w naszym Kraju, jedynie % stosowania prezerwatywy można by porównać do powyższych danych.*

Wg. danych pochodzących z badań prowadzonych przez lekarzy, wybór metody antykoncepcji mikrochirurgicznej sugeruje ze wybór metody można podzielić między mężczyznami i kobietami, lecz o 50% jest większa liczba kobiet poszukujących możliwości wykonania salpingektomii niż u mężczyzn wazektomii biorąc nawet pod uwagę bezpieczeństwo, złożoność i niezawodność tych procedur.

Powikłania po wazektomii i salpingektomii? (salpingektomia to chirurgiczne podwiązanie jajowodów)

Po pierwsze nie odnotowano dotychczas żadnego przypadku zgonu po wazektomii. Przy tej okazji wato przypomnieć fakt, że w USA umiera rocznie od 10 do 15 kobiet w trakcie podwiązania jajowodów(salpingektomia). To ryzyko śmierci związane jest z faktem, że salpingektomia wymaga zaplecza sali operacyjnej gdzie pacjentka operowana jest w znieczuleniu ogólnym i

powikłania mogą być spowodowane z powodów anestezyjologicznych (zatrzymanie akcji serca) jak też możliwości uszkodzenia naczyń brzusznych, jako że zabieg wykonywany jest za pomocą laparoskopu operacyjnego. U niewielkiego odsetka mężczyzn (2%) utrzymuje się tzw. zespół bólowy związany z zabiegiem trwający do 14 dni a nawet dłużej. Może to być wynikiem podrażnienia nerwu biegnącego wzdłuż nasieniowodu w kierunku jądra, przez założony szew, lub klips tytanowy, bolesnego wzrostu ciśnienia po ejakulacji, lub wykonania całej procedury zbyt blisko najądrza.

W piśmiennictwie medycznym spotyka się doniesienia o możliwości zwiększonego wystąpienia raka prostaty. Zrewidowane dane nie potwierdziły tych doniesień. Rak prostaty występuje u mężczyzn w USA zaraz po raku płuc natomiast rak jąder tylko w 1%. Mężczyźni po wazektomii częściej sprawdzają miejsca po wykonanej wazektomii, badają jądra jak też nauczyli się kontroli PSA (marker prostaty) po 40 roku życia. Stąd też wykrycie nowotworu w tej grupie jest częstsze niż w grupie bez wazektomii, a tym samym i skuteczniejsze wyleczenie w związku z wczesnym wykryciem początku choroby. Nieznaczne ograniczenie aktywności fizycznej po wykonanej wazektomii to zaledwie trzy dni, natomiast po salpingotomii wymaga to ograniczenia aktywności fizycznej do 7 dni.

Co to znaczy „NO scalpel”, „No Needle”

„No scalpel”, czyli bez skalpela. „No Needle”, czyli bez igieł do znieczulenia.

Wazektomia wykonywana jest w znieczuleniu miejscowym, bez nakłucia a rozwarstwienie powierzchni skóry nie wykonuje się skalpelem a specjalnymi zakrzywionymi kleszczykami. Popularne określenie w strefie anglojęzycznej to „No scalpel, No Needle, „NSV – No scalpel vasectomy- wazektomia bez skalpela”. Po uwidocznieniu i wyizolowaniu nasieniowodu wycinek nasieniowodu jest pobierany do badania histopatologicznego, celem sprawdzenia czy pobrana tkanka rzeczywiście jest nasieniowodem. Drugie bardzo ważne badanie kontrolne to badanie nasienia pod względem obecności plemników. **Badanie to wykonujemy w 8 i 12 tygodniu od dnia zabiegu.** Na dwa końce nasieniowodu zakłada się szwy chirurgiczne lub zaciski tytanowe. Taką samą procedurę powtarza się po stronie drugiego nasieniowodu. Na rozwarstwione miejsca nie zakłada się szwów nie są wymagane i konieczne. Po trzech dniach nie ma śladu po zabiegu. Po przyjeździe do domu zalecamy przysnąć, zdjęcie małego opatrunku, wysuszenie okolicy zabiegu ręcznikiem, następnie zakładamy uroczysty strój i udajemy się na uroczystą kolację ze swoją Partnerką, ponieważ tego wieczoru jest szczególny pretekst do wspólnej kolacji i wypicia lampki szampana. Powodzenia!

Jak długo trwa zabieg?

Zabieg trwa od 15 do 30 minut a zależy to od warunków anatomicznych, a najczęściej od nadwagi.

Promowanie wazektomii jako metody bezpieczniejszej jest łatwiejsze niż podwiązanie jajowodów chociaż alternatywę wazektomii spostrzega się w znacznie szerszym aspekcie społecznym niż tylko jako wykonanie prostego zabiegu chirurgicznego. Od wczesnego dzieciństwa chłopcy są świadomi swoich narządów płciowych. Mówi się im że ich penis i jądra są tym, co sprawia, że chłopiec staje się mężczyzną. Ich **brylanty(w wielu miejscach używam własnego określenia brylanty mając na uwadze jądra u mężczyzn)** są w centrum ich męskości. Zdarza się, że wspomniane brylanty ulegają urazom chociażby w czasie gry w piłkę nożną . Jest to bardzo bolesny uraz. Więc samo wspomnienie, na obecność „ostrego” narzędzia w tej okolicy stwarza nieznacznego rodzaju stres. Dodatkowo powtarzane od 60 lat słowo „sterylizacja”, czyli usunięcie gonad jest dość blisko obawy przed skalpelem. Nie ma ani skalpela, ani usuwania gonad, brylanty pozostają na swoim miejscu a sama wazektomia w porównaniu do urazu pędzącą piłką, jest swoistego rodzaju pieszczotami jak mówią sami pacjenci.

Mamy inne doświadczenia życiowe!

Jesteśmy różne jak mówi sama Cahetrine. Osiągając dorosłość, jesteśmy przyzwyczajone do badania i rygorów postępowania, jakie wynikają z cyklu biologicznego kobiety. Jesteśmy poddawane wielu badaniom przez wykwalifikowanych specjalistów a ich liczba jest prawie nieskończona. A to pierwsza miesiączka, zaburzenia hormonalne, nieregularne cykle, pierwsze badania cytologiczne, badanie ginekologiczne, stany zapalne, leczenie, posiewy mikrobiologiczne, depilacja-golenie, niespodziewane poronienia, leczenie nadzerek, płodność , niepłodność ciąży, poród...Przez cały ten cykl wystawiamy nasze pochwy na aktywności seksualne mężczyzn.. To nie jest „katar, kaszel, boląca ósemka, ból gardła i ból głowy”i wizyta u lekarza rodzinnego.. Wszelkie funkcje seksualne są **istotnym problemem** dla ludzi, szczególnie dla mężczyzn, dlatego uzasadnionym wydaje się lęk przed **wazektomią** i rozmyślaniami nad tym jak wpłynie to na ich męskość, sprawność seksualną, w tym ejakulację, objętość spermy. U mężczyzn, którzy nie mieli wazektomii, ejakulat zawiera plemniki produkowane przez jądra, płyn nasienny pochodzący z pęcherzyków nasiennych i gruczołu prostaty. Po wykonaniu wazektomii plemniki są dalej uwalniane, lecz są wtórnie resorbowane. Po wazektomii zmiana objętości ejakulatu nie jest zauważana, kolor, spójność, orgazm, intensywność pozostają

niezmienione. Znieczulenie stosowane podczas procedury wazektomii samo w sobie nie jest bolesne. W trakcie kiedy głowica specjalnego aparatu do znieczuleń jest lekko przystawiana do powierzchni skóry, czuje się lekkie uderzenie, porównujemy to do pstryknięcia z gumki recepturki. Próg bólowy jest inny u każdego z nas. Niektórzy mężczyźni odczuwają łagodne dolegliwości bólowe trwające do trzech dni, bez konieczności przyjmowania środków przeciwbólowych.

I.7. Dlaczego w dzisiejszych czasach decydujemy się na wazektomię.

Wielu autorów podkreśla, że nie chodzi o seks bez zabezpieczeń czy też większą swobodę seksualną. Dlatego dokładnie analizuje się właściwą decyzję, korzyści wynikające z tej metody, dane naukowe jak też ewentualne powikłania. Przeprowadzono niezliczoną ilość badań naukowych podając wiarygodność wszystkich metod kontroli urodzeń. Wazektomia jest wykonywana od 60 lat a dane na ten temat są bardzo obszerne. Poniższe dane jakie chciałbym przedstawić dotyczą Wielkiej Brytanii. Po przeanalizowaniu wielu badań stwierdzono, że „skuteczność wazektomii wynosi- **1 ciąża na 2000(0.05%)**.(*RCOG.UK.-Krajowe wytyczne antykoncepcji 2004.*)

Większość pacjentów odczuwa znaczną ulgę po wykonanej wazektomii, wiedzą że nie muszą się martwić o partnera, zajścia w ciążę przez przypadek. Dodatkowo, większość par cieszy się nowo zdobytą wolnością z antykoncepcji i uważa, że ich życie seksualne jest lepsze ze względu na usunięcie stresu. Około **40%** par decyduje się na wazektomię w wyniku braku innych niestałych metod kontroli urodzeń. (*Harvard Medical School 2001/*).

Stąd zalecenia by taką decyzję podejmować po wielokrotnych dyskusjach przeprowadzonych z partnerem.

Mniej stresu a tym samym poprawa relacji partnerskich nawet do 78%. Większość mężczyzn po wazektomii zgłasza brak zmian częstotliwości i przyjemności z seksu, lub też uprawia seks częściej i ma z tego większą przyjemność. Zaledwie kilku mężczyzn na stu zgłasza negatywny wpływ na ich życie seksualne.

Wg. najnowszych badań stwierdza się, że około 30% par uprawia seks częściej, i z większym zadowoleniem. Zadowolenie z wazektomii w tych badaniach było **99,5%** [*Postawy pacjentów w rok po wazektomii: Wyniki z 355 na 1000 ankiet . WM Moss. Urologii. 1975]*

Dla większości par, wazektomia stanowi najmniej ryzykowną, i najbardziej wiarygodną opcję antykoncepcji.

Tabletka hormonalna ma współczynnik skuteczności na poziomie 0.16%-3%, prezerwatywa na wysokości 1%-33% (*Trussel J.Hatcher RA, Cates W, Stewart FH, Kost K. Przewodnik, Studia antykoncepcyjnej skuteczności. Położnictwo i ginekologia 1990. 76:558-67*). Nawet dla tych co stosują dobrej jakości prezerwatywy, roczne ryzyko ciąży wynosi 3%.

Według FDA(FDA-przypomnienie. Antykoncepcja-aktualizacja 12.2003) ryzyko przyjmowania pigułki to „zawroty głowy, nudności, zmiana nastroju i wagi ciała, a rzadziej choroby układu krążenia w tym wysokie ciśnienie, zakrzepów krwi, zawału serca i udaru mózgu”. **PANOWIE SZYKUJĄ SIĘ DLA WAS TABLETKI ANTYKONCEPCYJNE!!! UWAGA NADCHODZĄ!!!**

Ryzyko związane z tzw. „mini – pill” to „nieregularne krwawienia, przyrost masy ciała, bolesność piersi, mniejsza ochrona przed ciążą pozamaciczną”.

Ryzyko salipgektomii(podwiązanie jajowodów u kobiet) to najczęściej powikłania chirurgiczne.

Nawet nowe urządzenie ESSURE(o metodzie ESSURE w osobnym rozdziale) ma potencjalne większe ryzyko ciąży pozamacicznej(-http://www.essuremed.com/Portals/0/Skins/Conceptus_Skin/PDFs/CC-0366-prescribing-info.pdf., Źródło;12.12.2006., (Hurskainen R, Hovi SL, Gissler M., et al.-04.2009-Przegląd systemu Essure., *Fertil.Ster. doi.,10.1016/j.fernstert.2009.02.080.PMID.19409549./http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0015-0282(09)00507-X*).

Zgodnie z Harvard Medical School, 30% par uważa, że ich małżeństwa stały się bardziej stabilne, czują się zdrowsi, bardziej zrelaksowani, i nie żałują tej decyzji. Młodsze i starsze pary, z lub bez dzieci, podkreślały w równym stopniu korzystne reakcje po wazektomii. W innym badaniu podsumowano, że "pozytywne zmiany dotyczące pozytywnych zmian partnerskich miały miejsce we wszystkich grupach wiekowych.(*Jakość małżeństwa przed i po wazektomii. Harvard G.Sex Br J Med.*)

Niektóre kobiety obawiają się, że ich partnerzy staną się bardziej atrakcyjni w ich środowisku. **TAK, PO WAZEKTOMII STAJĄ IDEALNYMI KOCHANKAMI, NA T-SCHERTACH BĘDĄ NAPISY IDEALNY KOCHANEK.** Stąd kolejny wniosek, że kolejną **POTRZEBĄ** mężczyzn

będzie **IDEALNY KOCHANEK** po wykonanej wazektomii. Badania z 1970 wskazują, że żonaci mężczyźni, którzy przebyli wazektomię nie częściej uprawiają pozamałżeński seks niż mężczyźni bez wazektomii. Tak Panowie to jest sprawa honorowa, **precz z seksem pozamałżeńskim**

Eliminacja stresu jest podkreślana przez wszystkie kobiety mimo że wazektomia dotyczy mężczyzn. 15% mężczyzn decyduje się na wykonanie wazektomii jako **metody odwracalnej**, ponieważ jest to najbardziej bezpieczny środek zapobiegania ciąży. Sama procedura jest prosta i bezpieczna (*Wazektomia mężczyzn w USA, 1998-1999. Barone MA, Johnson CH. Luick MA, Teutonico DL, Magnani RJ. Sex rozrodu-perspektywa zdrowia. 2004*)

1.8. Największe szanse osiągnięcia korzyści z wazektomii?

Pary w dłuższej perspektywie pozostają w związkach zazwyczaj **10 lat i więcej**. Jest to wspólna decyzja co do ilości posiadanego potomstwa. Starsze dzieci odnoszą się pozytywnie do decyzji Rodziców, ponieważ kolejne ciążę mogą być potencjalnym zagrożeniem dla ich egzystencji finansowej (*podałem przykłady z naszego kraju w tym opracowaniu*). Mniejsza liczbę posiadanych dzieci łatwiej wyżywić i wykształcić.

Podejmowana decyzja nie jest pod presją jednej ze stron. W jednym z badań, pary które miały średnio 22 miesiące, na podjęcie ostatecznej decyzji odnotowały 99,7% satysfakcji z wazektomii. W przypadku, gdy inne metody kontroli urodzeń są nieodpowiednie, albo żona lub partner ma problemy zdrowotne, które mogą spowodować kolejną ciążę z zagrożeniem własnego życia. W naszym przypadku najczęstszą przyczyną która ostatecznie decyduje o podjęciu decyzji wykonania wazektomii są różne dolegliwości partnerek stosujących doustną antykoncepcję hormonalną. Występują również aspekty ekonomiczne. Mianowicie odnotowaliśmy kilka przypadków kiedy to istniało potencjalne zagrożenie, że głowa rodziny zapłodni inną młodszą partnerkę, która urodzi potomstwo a spadek zostanie podzielony według prawa pomiędzy kolejnych spadkobierców.

Mężczyźni po wazektomii żyją dłużej.

W badaniach można czasami znaleźć dość dziwne statystyki. Na początku 1990 roku, kilka dużych badań wykazało, "**niższą śmiertelność wśród mężczyzn po wazektomii w porównaniu do grupy kontrolnej**"(*Bezpieczeństwo i skuteczność wazektomii. Schwingl PJ, Guess HA. Steril. Fertil.,2000*). Grupa ta bardziej dba o zdrowie i regularniej bywa na okresowych badaniach kontrolnych (*pomiar ciśnienia krwi, badania laboratoryjne takie jak: lipidogram, PSA, L-arginina, Leptyna*). Gdyby ktoś z czytających ten tekst chciał zrozumieć dlaczego tak jest to bardzo proszę o przestudiowanie starożytniej wiedzy p.n. **Tao sex**(ponad 3000 lat-Chiny), to zrozumie sens wyników tych badań.

I.9. Kto najrzadziej korzysta z wazektomii?

Gdyby to pytanie dotyczyło ilości wykonywanych wazektomii w danym kraju, to odpowiedź byłaby dość prosta, tym krajem byłaby Polska.

Jeden z partnerów nie ma pewności co do posiadania potomstwa w przyszłości, a potoczne określenie to „*nie dojrzałem do macierzyństwa*”. Są to pary których relacje są niestabilne lub przeżywają stresujące relacje między partnerskie. W jednym z badań stwierdzono, że kobiety które zgłaszały znaczny konflikt z mężem przed wazektomią, były ponad 40 razy bardziej narażone na relacje, że mąż wykona rewazektomię niż, kobiety które nie zgłaszały takiego konfliktu(*Jamieson DJ, Marchbanks PA, Pterson HP, Wazektomia w porównaniu do sterylizacji jajowodów. Gynecol Obst.2002*)

Mężczyźni, którzy rozważają operację niezależnie od partnera, lub są pod presją ze strony partnera. Partnerzy, którzy liczą na posiadanie dzieci w późniejszym wieku, lub przechowanie nasienia w „banku nasienia” lub rewazektomię.

Młodzi ludzie poniżej 30 roku życia. Młodszy mężczyźni mają wiele zmian w życiu i wyborów do zmian decyzji, a w późniejszym wieku mogą tego żałować.. Jest 12,5 raza bardziej prawdopodobne, że w późniejszym wieku zdecydują się na rewazektomię.

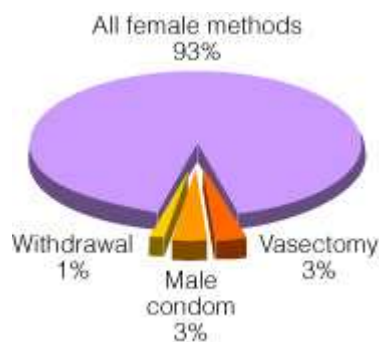
Mężczyźni, u których partner jest rozwiedziony lub w separacji w chwili wazektomii. Dlatego 90% mężczyzn podejmuje decyzje zmiany partnera.

Jak z tego widać przyczyn podjęcia decyzji co wykonania wazektomii lub nie, jest wiele. Partner czy partnerka żyją w swoim środowisku, danym kraju, kulturze, własnych wyobrażeniach co może przypominać układ sieciowy mogący przypominać tzw. „efekt motyla”. Motyl poruszający skrzydełkami w

Californii wpływa na pewne zdarzenia dziejące się w Tokio. Decyzja podjęta dzisiaj, może wymagać korekty za 10 lat, ponieważ nie wiemy co będzie jutro, po zdarzeniu jakie miało miejsce dzisiaj.

I.10. Jak wygląda wykorzystanie metod antykoncepcji męskiej w krajach rozwiniętych?

Wykorzystanie istniejących metod antykoncepcji męskiej w krajach rozwiniętych.



All female methods- metody antykoncepcyjne stosowane przez kobiety

Withdrawal- stosunek przerywany

Male condom- prezerwatywa męska

Vasectomy- wazektomia

(Dane opracowane przez ONZ – Organizację Narodów Zjednoczonych- Świat Antykoncepcji 2003., grupa kobiet w wieku 15-45 lat.- <http://www.malecontraceptives.org/methods/mpu.ph>)

II. Jakie są uzasadnienia zdrowotne pacjentów do podjęcia ostatecznej decyzji?

Oto kilka przykładów

Ostateczna decyzja

Ponieważ podjęcie ostatecznej decyzji nie jest dla nas dwojga dość proste, dlatego musimy jeszcze raz zastanowić się nad tym. Musimy zastanowić się, czy rzeczywiście wystarczy nam dwoje dzieci? Wcześniej nie było możliwości wykonania zabiegu w Polsce....Chcę być pewien, że moja żona powtórzy to co mówiła wcześniej i zgodzi się na zabieg (*bez jej zgody jest to niemożliwe*)...

Wskazania ze względu na Żonę.

Zapoznałem się z Państwa stroną bardzo dokładnie. Jestem 40 letnim mężczyzną mam wspianiałą żonę i 16 letnia córkę. O zabiegu wazektomii myślałem już wcześniej. Moja żona jest po przebytej operacji kręgosłupa na odcinku lędźwiowym ze skoliozą i postępującymi zmianami na odcinku piersiowo-szyjnym, od lat leczy się u endokrynologa (niedoczynność tarczycy) i pewnie już dożywotnio będzie zażywała euthyrox. Cierpi również na ziarniniaka rozsianego, którego leczenie jest długotrwałe, jak by tego było mało jest obciążona genetycznie (na nowotwór piersi zmarły babcia i mama mojej żony). Sama pozostaje pod ścisłą kontrolą onkologa.

O zabiegu i jego konsekwencjach (wadach i przede wszystkim zaletach) przeczytałem. Jestem gotów poddać się temu zabiegowi za zgodą małżonki. Proszę o informację jak wygląda cenowo taka" operacja". Niestety na stronie www.wazektomia.com , gdzie jest informacja o banku udzielającym pożyczki nie mogłem znaleźć wysokości honorarium za zabieg. Pozdrawiam serdecznie Grzegorz T.

Trójka dzieci

Chciałbym poddać się zabiegowi wazektomii (mam 32 lata, trójkę dzieci i nie planujemy z żoną więcej potomstwa).

Mam 25 lat...

Posiadam z żoną jedno dziecko i obecnie żona jest w drugiej ciąży i zdecydowaliśmy wspólnie, że na dwójce chcemy zakończyć naszą prokreację. Mam 25 lat czy mógłbym się poddać tego typu zabiegowi?

Rozpatrujemy wszystkie opcje antykoncepcji...

Oboje z żoną rozpatrujemy wszystkie opcje antykoncepcji w naszej rodzinie. W krótkim czasie dochowaliśmy się dwójki dzieci i ze względów finansowych chcielibyśmy na tym poprzestać. Wazektomia wydaje się być dość ciekawą alternatywą w porównaniu do spirali czy pigułek hormonalnych – które jak czytamy mają po wielu latach stosowania coraz więcej powikłań -nie mówiąc o innych mniej pewnych metodach.

Odpowiedzialność za zdrowie żony... skaza krwotoczna..

Nazywam się P.K. Od jakiegoś czasu szukam informacji na temat wazektomii, ponieważ jako mąż chciałbym wziąć na siebie odpowiedzialność za antykoncepcję w moim małżeństwie. Mamy z Żoną wspaniałego Synka, jednak obawiam się, że Żona mogłaby nie przeżyć kolejnego porodu. Ma skazę krwotoczną i sam poród z tego powodu byłby bardzo ciężki. Syn po urodzeniu dostał 4 z 10 punktów w skali Apgar. Na szczęście wszystko skończyło się dobrze. Postanowiliśmy, że nie będziemy decydować się na więcej dzieci. Używaliśmy różnych metod antykoncepcji od prezerwatywy poprzez środki hormonalne po wkładkę wewnątrzmaciczną. Organizm Żony nie tolerował ani tabletek ani wkładki wewnątrzmacicznej. Szukając informacji o innych metodach natrafiliśmy na metodę męskiej antykoncepcji -wazektomię. ***Czy ja kwalifikuję się do zabiegu?***

Niezwykle ciekawe wskazanie do wazektomii.!!!

Mam 24 lata. Lekarze klinicyści stwierdzili u mnie **cytopatię mitochondrialną**(*pisownia oryginalna*) w postaci deficytu IV kompleksu łańcucha oddechowego oksydazy cytochromu C. Na skutek tej choroby rozwinęła się u mnie kardiomiopatia rozstrzeniowa czego skutkiem był **przeszczep serca** w ubiegłym roku. Brat ma 30 lat i stwierdzoną tą samą chorobę, jest już 8 lat po przeszczepie serca. Rozważam możliwość poddania się zabiegowi wazektomii chciałbym spytać wcześniej czy w tym wypadku istnieją ewentualne wskazania do przeprowadzenia zabiegu - obawa, że potomstwo także będzie chore. Czy jest możliwość przeprowadzenia zabiegu u osoby po przeszczepie serca oraz jaki byłby koszt zabiegu WBS(Wazektomii Bez Skalpele)? Dziękuję za odpowiedź. Wiesław

III. Pytania i odpowiedzi cz.I

Poniższy scenariusz nie pochodzi z literatury, lecz spisany został z codziennego życia, z korespondencji, rozmów telefonicznych e-maili, samo życie.

Mam 35 lat, lekka nadwagę, 2 dzieci, po trzech operacjach kręgosłupa...

Panie doktorze, mam 35 lat, lekką nadwagę, urodziłam 2 wspaniałych dzieci drogami natury, jestem po trzech operacjach kręgosłupa (L5-S1) i jak powiedzieli mi lekarze kolejna ciąża grozi mi wózkiem inwalidzkim. Trzecia ciąża zakończyła się cięciem cesarskim, dlatego mój ginekolog odmówił mi założenia wkładki domacicznej, chociaż nie bardzo wiem dlaczego, tłumaczył że niby przeciwwskazaniem jest przebyte cięcie cesarskie i operacje na kręgosłup. Stosowaliśmy prezerwatywę-stąd drugie moje dziecko-, nawet przejściowy celibat, ale oprócz zadowolenia to sam stres. To trzecie dziecko mam z drugim mężem, wszystkie dzieci są zdrowe i dobrze się uczą. W moim przypadku tabletki antykoncepcyjne odpadają ponieważ zawsze się źle po nich czułam, występowały bóle głowy i nadwaga. Doszliśmy z mężem do wniosku że Pańska metoda antykoncepcji polegająca na podwiązaniu nasieniowodów u męża jest dla nas najlepsza. Ewa S.

Jak Pana znaleźliśmy? Mąż zaczął szukać w Internecie, ale długo nie mogliśmy znaleźć bo nikt z nas nie wiedział że trzeba szukać słowa **wazektomia**. Szukaliśmy pod hasłami: metody zapobiegania ciąży, planowanie rodziny, antykoncepcja dla chłopów, metody naturalne i jak doszliśmy do antykoncepcja męska, to dowiedzieliśmy się, że podwiązanie nasieniowodów to jest vazektomia. Wazektomia napisane po polsku to prawie 60 000 haseł, po angielsku 1500 000, kto to pojmie myśleliśmy. Natknęliśmy się na jakieś dziwne komentarze, że jest to metoda zabroniona, karalna, że doktor może być w więzieniu za wykonanie takiego zabiegu. Wreszcie znaleźliśmy Pana stronę www.wazektomia.com, oraz drugą www.wazektomia.pl. Powiedziałam mężowi , że dr nazywa się Siwik. Mąż usłyszał, że kupujemy hondę civic, co my kupujemy civic zapytał, nie było takich planów! Nie chodzi o samochód dr nazywa się Siwik, a podobnie się wymawia nazwę samochodu...Tyle wiadomości że od razu odetchnęliśmy. Jak będzie czas to poczytamy tłumaczenia z angielskiej strony. Dodatkowo najstarszy syn (kosztowało mnie to lody i kino)nauczył nas że wpisanie nazwy „vasectomy” w googlach i kliknięcie na „tłumaczenie strony” daje nam możliwość czytania wszystkiego co piszą o

wazektomii na całym świecie. I kto by pomyślał, że w naszym piętnastotysięcznym miasteczku – gdzie jest znana wyższa uczelnia- możemy czytać o najnowszych metodach antykoncepcji jakie stosuje się na całym świecie. Zaczęłam się pytać swoich koleżanek czy coś słyszały o takiej metodzie? Były tym zdziwione i jedna z nich to się przeżegnała, bo myślała, że chłop ma coś ucinane.

Co to znaczy antykoncepcja męska - wazektomia?

Mąż na początku dopóki nie przeczytał to się bał i mówił: *a może mi coś jeszcze utną? Jak ja będę wyglądał bez brylantów, bo myślał, że to polega na obcięciu męskiego nabiata?* Wywołało to nasz śmiech, ale tak na początku myśleliśmy. Okazuje się że jest, to bardzo prosta metoda polegająca na podwiązaniu nasieniowodów, po to by więcej nie przewodziły plemników, które wytwarzane są w jądrach. To tak jakby celibat skoro brak plemników, ale mąż do celibatu się nie nadaje, pochodzi z bardzo żywej pod tym względem rodziny. Nawet wyczytałam w Internecie że nasieniowód to **vas deferens** i stąd nazwa **wazektomia**. Przczytałam i przejrzałam z wypiekami na twarzy i to kilkakrotnie zamieszczone zdjęcia narządu rodnego z kolorowymi zdjęciami. Po trzech ciążach i porodach najwyższy czas na naukę anatomii człowieka. Nigdy dotąd nie wiedziałam, że napletek to po łacinie *preputium*, całkiem ładnie.

Skoro wiemy co to znaczy wazektomia, ale jak to będzie z mężem?

Strach, stres, brak odwagi, nie było z kim pogadać, doradzić się, a może się nie zgodzić? I co to dopiero będzie, znowu strach przed kolejną ciążą i mąż będzie miał wyrzuty sumienia mając na uwadze powikłania po przebytych operacjach. A może straci męskość? zestarzeje się przedwcześnie (mąż ma 45 lat)? Jest z zawodu księgowym. Ale jak przeczytaliśmy, że w Ameryce rocznie wykonuje się 600 000 tego typu zabiegów, to pomyśleliśmy sobie że gdyby były jakieś częste i długie powikłania to tamte chłopy nie dałyby sobie w kaszę dmuchać, tylko by protestowali. A jak doczytaliśmy się, że w Chinach robią tego 7 000 000, to już byliśmy spokojniejsi. Powiedziałam mężowi, że jeszcze nikt na świecie z powodu wazektomii nie zginął, nie umarł, nie mógł w to uwierzyć. Owszem wiedzieliśmy, że w pierwsze dni może być lekkie pobołowanie, obrzęk czy zasinienie, a nawet doktor nam powiedział że czasami to równo „napieprza” przez kilka dni i trzeba zastosować środki przeciwbólowe. Ale o te dolegliwości mąż się nie martwił.

Decyzje podjęliśmy. Jakie przygotowania należy wykonać przed zabiegiem?

Jak mąż powiedział, że decyduje się na wazektomię to rzuciłam mu się mu się na szyję nie mógł w to uwierzyć, że tak bardzo się cieszę z jego decyzji. Przeczytaliśmy na stronie jakie badania należy wykonać przed zabiegiem? **Morfologia, Wr, Mocz b.o, i Hbs.** Mąż miał wykonane szczepienia przed planowaną operacją przepukliny, więc pokaże tylko wypis ze szpata i nie musi powtarzać tych badań. Doktor poprosił męża o wykonanie dodatkowych badań związanych z ogólnym stanem zdrowia, to znaczy wykonanie lipidogramu i PSA, jest to marker prostaty, jako badań profilaktycznych. Nasz lekarz rodzinny nigdy tych badań mężowi nie zlecał. Najdziwniejszym zaleceniem było wykonanie „małego fryzjera”. Po wykonaniu tych badań zeskanujemy i wyślemy doktorowi do oceny.

Mąż stwierdził, że nie pójdzie do żadnego fryzjera, bo tydzień temu był u fryzjera, dr chyba oszalał czy co?

... Nie o takiego fryzjera chodzi! Wiesz kobiety przed randkami też tam się gołą i stąd prośba Doktora, potrzebne jest to do zabiegu. Jak zrozumiał o co mi chodzi to stwierdził, że do żadnego fryzjera nie będzie chodził tylko ja mam mu pomóc w tym dziwnym zabiegu. Zgodziłam się bez problemu ale za dobre lody.



Tak wyglądały negocjacje i rozmowy między Partnerami

wyizolowany z otaczających tkanek, kilka milimetrów jest wycinane, a na końcu zakładane są nierozpuszczalne szwy chirurgiczne, lub zamiast szwów stosuje się elektrokoagulację. Nasieniowody zabezpieczamy do badania histopatologicznego, ale nie po to by szukać tam nowotworów, tylko żeby potwierdzić że to co zoperowaliśmy jest naprawdę nasieniowodem. Otóż zdarzyło się nam w ciągu tych sześciu lat dwukrotnie, że po jednej ze stron pobrana tkanka nie była tkanką nasieniowodową (nie mieliśmy wówczas okularów operacyjnych). Zadzwoniliśmy do pacjentów i wykonaliśmy korektę i po sprawdzeniu morfologii nasienia obecność plemników była zerowa. Dlaczego tak się wydarzyło? Były dość trudne warunki operacyjne w związku z nadwagą pacjenta, oraz nie stosowaliśmy poprzednio okularów operacyjnych.

Po zakończeniu zabiegu, na miejsce pooperacyjne zakładany jest mały opatrunek na czas podróży, który po przyjeździe do domu należy zdjąć przy najbliższym braniu prysznic. Przez kolejne trzy dni nie zalecamy nasiadówek w wannie a jedynie oszczędzający tryb życia przez pierwsze trzy dni, po siedmiu dniach można powoli zapomnieć o zabiegu wazektomii. Zawsze prosimy pacjenta, żeby po przyjeździe do domu dał nam znać czy dojechał szczęśliwie do domu, jak czuł się w podróży.. Ostatnio zatelefonował mój pacjent o godz. 2-iej w nocy, bo o tej godzinie dotarł do Trójmiasta do domu. Byłem mu bardzo wdzięczny za taki sympatyczny telefon.

Co mówił pacjent swojej partnerce?

Mąż wyszedł z sali zabiegowej zgięty w połowę, cierpiący na twarzy, stękający, trzymający się za przyrodzenie. Zrobiło mi się słabo, podbiegłam żeby pomóc mu w przejściu kilku kroków do fotela. Kiedy usiadł odetchnął, uśmiechnął się od ucha do ucha i powiedział że już czuje się dobrze... uściskaliśmy się a tętno wracało mi powoli do normy tym bardziej, że w trakcie zabiegu słyszałam przez te 20 minut, raczej żarty, rozmowy i śmiechy.

.. zapytałam jak było naprawdę?

„Wiesz jaki ze mnie chojrak, niczego się nie boję, ale po zabiegu cały podkład na stole zabiegowym był mokry jakbym brał prysznic, tym bardziej że nic nie bolało. Pani Liliana, siostra operacyjna wypytała mnie o charakter pracy, dzieci, jak nam się żyje jak na spowiedzi... faktycznie po delikatnej dezynfekcji, podawanie znieczulenia odczuwa się jak lekkie pstryknięcie z gumki. Sam zabieg bezbolesny, świetna sprawa, co chwila dr nachyla się przez kurtyнке

odstaniającą od pola operacyjnego i rozmawia na inne tematy.. jeśli by ktoś podstuchiwał z boku usłyszałby miłą pogawędkę trójki przyjaciół..

Teraz czuję lekkie pobołowanie.. Ponieważ dr Eugeniusz często przejeżdża przez nasze miasteczko więc wspominaliśmy, co się wydarzyło przez ostatnie 15 lat... a jak powiedział, że właśnie „zaprzyjaźnia” z moim nasieniowodem to parsknąłem ze śmiechu... Jak widzisz zaprzyjaźnianie udało się bo jestem cały i zdrowy”. Przy pożegnaniu otrzymałam od dr Eugeniusza super czekoladki, to pierwszy taki przypadek w Polsce kiedy lekarz daje pacjentowi prezent, widzieliśmy taki sympatyczny opis w internecie, myśleliśmy że to żart, ale najprawdziwsza prawda”.

Co robić z powikłaniami po przyjeździe do domu?

„W przypadku jakichkolwiek powikłań, dobrze jest natychmiast zatelefonować do lekarza. Jeżeli wystąpi pobołowanie, to można zastosować wszelkie środki przeciwbólowe, chociażby pyralginę, czy ketanol. Gdy dołączy się obrzęk, to słynne w chirurgii najlepsze jest szare mydło, następnie maść kasztanowa, krem z altacetu, oraz bardziej obcisłe slipki, żeby brylanty spokojnie leżały jak na półce. Czasami zdarza się, że przebiegający wzdłuż nasieniowodu nerw jest drażniony przez szew chirurgiczny i wówczas okolica, najczęściej jednostronnie nie tylko boli, ale „napieprza”. **Przez pierwszy tydzień po zabiegu opiekunem, pielęgniarką, masażystką ma być partnerka, a po przyjeździe do domu wspomniana partnerka przygotowuje uroczystą kolację z szampanem.**

Tego wieczoru Mężczyzna jest tym bardziej słabą płcią i wymaga szczególnej opieki i nadzoru. Nie jest to taki ból, jak przy kopnięciu czy też uderzeniu piłką w brylanty. Mieliśmy i takie zdarzenie. Również po miesiącu, nagle przy chodzeniu pojawił się ostry jednostronny ból, utrudniający chodzenie, pracę i normalną egzystencję, nieustępujący przy środkach przeciwbólowych. Ponieważ odległość od miejsca zamieszkania była ponad 200 km, poprosiłem żeby nasz pacjent udał się natychmiast do Szpitala na izbę przyjęć i poprosił chirurga o konsultację. Zakończyło się to całkowitym ustąpieniem bólów, ale Ordynator zostawił pacjenta na trzy dni w oddziale. Interwencja chirurgiczna nie była konieczna. Dwukrotnie w ciągu sześciu lat uwalnialiśmy zrost w miejscu założenia szwów, gdzie występowały dolegliwości bólowe. Po zabiegu dolegliwości bólowe zniknęły bez śladu. Ogólnie rzecz biorąc, gdyby w całej medycynie wszelkie powikłania wynikające z interwencji chirurgicznej były takie jak przy wazektomii to mielibyśmy mieć raj na ziemi. Te i inne powikłania

są opisywane w literaturze medycznej przez różnych autorów na całym świecie”.

Czy mogę sam przyjechać samochodem i zaraz wrócić do domu?

Tak, jak najbardziej. Ponieważ pacjent nie jest usypiany (jeżeli jest usypiany nie może przez najbliższe 5-6 godzin prowadzić samodzielnie samochodu) dlatego po 30 minutach może wracać samodzielnie do domu kiedy. Po powrocie do domu telefonuje i mówi jak przebiegała podróż, jak samopoczucie. Jesteśmy w stałym kontakcie telefonicznym.

IV. Kiedy można rozważyć decyzje wykonania wazektomii?

Inne wskazania i przeciwwskazania.!

- Czy masz zamiar korzystać z seksu bez martwienia się o ciążę.
- Nie chcesz mieć więcej dzieci niezależnie od zdania Twojego partnera (ten partner nie jest ostatecznym partnerem).
- Ty i Twój partner nie chce, lub nie może korzystać z innych rodzajów kontroli urodzeń.
- Nie chcesz narażać swoją partnerkę na możliwość powikłań jakie mogą mieć miejsce w trakcie podwiązania jajników
- Partnerka ma problemy zdrowotne, kolejna ciąża może prowadzić do poważnych powikłań włącznie z utratą życia.
- Uniknięcie kolejnej choroby genetycznej u dziecka, lub niepełnosprawności.

Czy wybierając się na zabieg wazektomii muszę mieć wymaganą zgodę żony, opiekuna?

Nie jest wymagana zgoda współmałżonka, ale praktyka wskazuje, że negocjacje dotyczące ostatecznej decyzji co do wykonania wazektomii podejmowane są wspólnie. Wymagana jest pełnoletniość. Ale do lat 21 dobrze jest poczekać i wielokrotnie przemyśleć swoją decyzję. Nierozwiązana jest dotychczas sprawa pacjentów niepoczytalnych z uszkodzeniami poporodowymi i genetycznymi. Oni nie podpiszą zgody na zabieg, opiekun może taką zgodę podpisać, ale z kolei jak im wytłumaczyć sens takiego zabiegu? Wiele pytań, ale i też brak jasnych, zdecydowanych rozwiązań. Takie rozwiązania istnieją w wielu krajach wystarczyłoby im się przyrzec i zaadaptować do naszych warunków.

Jakie zmiany mogę obserwować w swoim organizmie lub zachowaniach?

Po wazektomii nasz organizm funkcjonuje bez zmian z wyjątkiem braku plemników w ejakulacie. Plemniki stanowią ok. 1% objętości ejakulatu więc różnica w ilości nie jest zasadniczo obserwowana. Jądra nadal produkują plemniki, ale są one resorbowane przez organizm.

Wazektomia nie ma również zasadniczego wpływu na popęd płciowy, ogólną męskość, poziom testosteronu w surowicy krwi, jakość orgazmu. Większość mężczyzn zgłasza, że seks po wazektomii jest znacznie lepszy ponieważ nie muszą się martwić o przypadkową ciążę a relacje z partnerką ulegają znacznej poprawie, nawet do 80%, a seks jest bardziej spokojny i spontaniczny. Nie muszą się też martwić o erekcję.



[www.scienceline.org/2006/09/ask-wenner-sex]

Przed wazektomią



Po wazektomii

Zdjęcie pochodzi z kartki jaką otrzymałem od mojego przyjaciela Wojtka kiedy to żeglowaliśmy po Cykladach w Grecji wraz z moim synem Mateuszem. Można też znaleźć na stronie: [www.myspace.com/myspacepenis].

IV.1. Jakie są możliwe zagrożenia i komplikacje?

W przypadku wystąpienia jakichkolwiek problemów w postaci czy to dolegliwości bólowych, obrzęku, zasinienia najlepiej skonsultować się z lekarzem, jeżeli daleko do operatora, to zapewne w pobliżu jest do naszej dyspozycji, chirurg, urolog czy lekarz rodzinny. W innej części e-booka opisane zostało podstawowe postępowanie które można zastosować przed udaniem się na konsultację. Jest to zabieg o najmniejszych powikłaniach jakie opisuje się w dziedzinie chirurgii.

Łagodny dyskomfort.

Najczęściej występuje przy zmianie pozycji ciała w postaci pociągania, pobolewania, utrzymuje się kilka godzin do kilku dni po zabiegu.

Krwiaki

Łagodne krwawienia do moszny powodujące niewielki obrzęk, cofające się po kilku dniach.(1/400). Poważne krwawienie do moszny wielkości nawet grejpfruta, zdarzają się niezwykle rzadko(1/1000), wymagają chirurgicznego uwolnienia.

Zakażenie

Zaczerwienienie, obrzęk, ból., wyciek leukocytarny w miejscu rozwarstwienia skóry moszny(1/100), leczenie antybiotyk, może również dotyczyć okolicy najądrza. **Sperm granuloma opis w innej części opracowania(1/500).**

Zespół Bólowy po Wazektomii[ZBPW] - Post Vasectomy Pain Syndrome(PVPS)

Bardzo rzadkie powikłanie związane z utrzymującym się tępym bólem okolicy jądnajądrza. Czasami wymagana jest mikrointerwencja chirurgiczna(1/1000).

Niepowodzenie

Stwierdzone plemniki w kontrolnym badaniu nasienia w 8 i 12 tygodniu po zabiegu.(1/250). Przy braku kontroli może się okazać, że partnerka jest w ciąży. Jak wygląda takie powikłanie, proszę zobaczyć na zdjęciu poniżej



Wazektomia nie powiodła się, przyjemne powikłanie... [<http://www.squidoo.com/greatest-real-estate-agent-in-the-world-contest>]

Przeciwciała antyplemnikowe

Wytwarzane przez organizm w odpowiedzi na wtórną resorpcję plemników. Przeciwciała nie są szkodliwe dla organizmu a może być to jedynie problem przy ponownej próbie zajścia w ciążę. Wielu autorów określa te powikłania na poziomie 5%.

V. Wiedza o wazektomii przed podjęciem decyzji

Mężczyzna i jego żona (*partnerka*) powinni troskliwie rozważyć, co chcą wiedzieć przed podjęciem decyzji o wykonaniu wazektomii. Przedstawione Pytania i Odpowiedzi mogą być pomocne jako lista kontrolna o co zwykle pytają inni. Zawsze przedyskutuj swoje wnioski i wątpliwości z lekarzem (telefon, e-mail, kontakt osobisty).

Jeszcze raz, czym jest wazektomia?

Wazektomia jest małą chirurgiczną procedurą mającą na celu doprowadzenie do odwracalnej niepłodności mężczyzny. Jest to jedna z najbardziej popularnych form antykoncepcji w USA i szerokim świecie, stosunkowo bezpieczna, prosta, o wysokiej efektywności. W sumie około 60 milionów mężczyzn miało wykonany zabieg wazektomii, (dane te nie uwzględniają liczby 6 mln wazektomii wykonywanych corocznie w Chinach), co odpowiada około 5% wszystkich małżeństw w wieku reprodukcyjnym przy 15% wykonywanych salpingektomii u kobiet. . W USA jeden na sześciu mężczyzn ma wykonaną wazektomię 1/6.

Wazektomia wykonywana jest przez nacięcie nasieniowodu, który przenosi spermę wytwarzaną w męskich jądrach by dalej stała się nasieniem. Chociaż mężczyźni kontynuują stosunki seksualne i ich orgazmy są jak poprzednio, ich nasienie nie zawiera plemników.

Wazektomia Bez Skalpela[WBS] – technika bez skalpela jest jedną z dwóch głównych chirurgicznych metod wykonywanej wazektomii. Wielu lekarzy popiera WBS. Użycie skalpela nie jest wymagane jak też nacięcie (tylko jedno lub dwa przekłucia w skórze). W dodatku w WBS obserwuje się często mniejszy dyskomfort z redukcją ryzyka krwawienia czy infekcji. Także blizna jest prawie niewidoczna. (Ostatnio nasz niezwykle sympatyczny Pacjent zatelefonował 24 godziny po zabiegu i powiedział , że prawdopodobnie zrobiliśmy go w „żabę” ponieważ nie może zaobserwować blizny i nie widać szwów). (<http://www.medicinenet.com/vasectomy/page2.htm>)

Anatomia to pięta Achillesowa zainteresowanych. Znajomość anatomii ze strony pacjenta nie jest wymagana, ale zamieszczamy ją ze względu na wielokrotne prośby naszych pacjentów.

Układ rozrodczy męski

Materiał związany z układem rozrodczym męskim zamieszczony został specjalnie. Jest to wynik wielu rozmów z naszymi pacjentami, jeszcze w trakcie korespondencji przed zabiegiem wazektomii. Jednoznacznie stwierdzili, że taka dodatkowa nauka anatomii jest im bardzo potrzebna. Przez trzy lata uczyłem studentów anatomii i co ciekawe studentki zawsze lepiej były przygotowane z wiedzy na temat anatomii układu rozrodczego męskiego niż studenci, co dla tych ostatnich kończyło się poprawką zaliczenia ćwiczeń.

Prof. Peter Abrahams jest specjalistą anatomii. Był wykładowcą medycyny i anatomii w wielu różnych międzynarodowych instytucjach w tym w Londynie, Middlesex, Cambridge w Wielkiej Brytanii oraz na Uniwersytecie Iowa w USA. Prowadził wykłady w Egipcie, Izraelu, Ghanie oraz pracował jako konsultant w Światowej Organizacji Zdrowia(WHO).

(Abrahams P.: Atlas anatomii, ciało człowieka: budowa i funkcjonowanie., Świat Książki, Warszawa 2004,182-187)

Układ rozrodczy męski

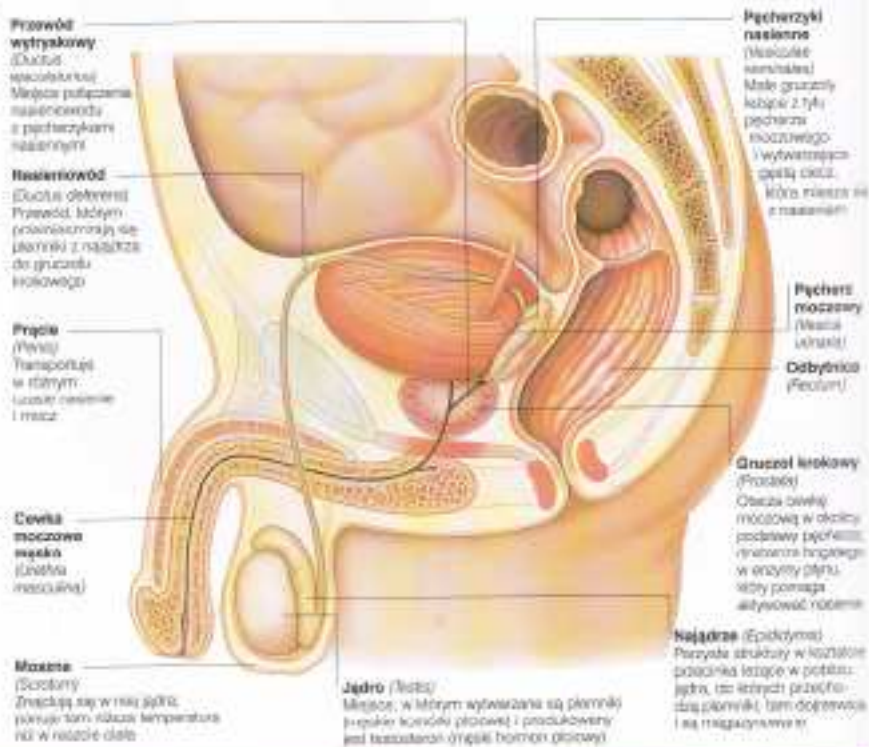
Do układu rozrodczego męskiego należą:
prącie, moszna i dwa jądra (leżące w mosznie).
Wewnętrzne struktury układu rozrodczego leżą w miednicy.

Struktury wchodzące w skład układu rozrodczego męskiego są odpowiedzialne za wytwarzanie plemników i nasienia oraz przeniesienie ich przez organizm. W odróżnieniu od innych narządów nie osiągną one pełnej sprawności i dojrzałości aż do okresu pokwitania.

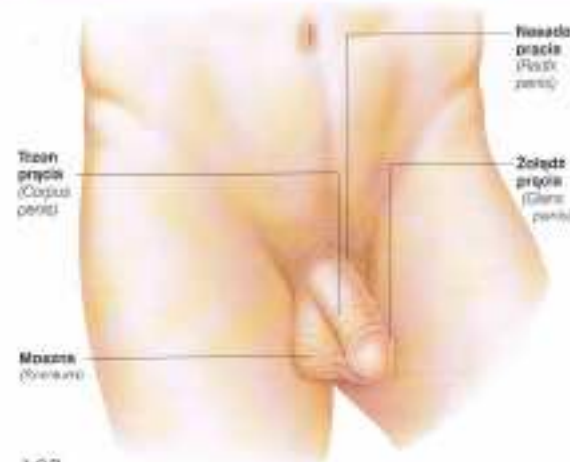
CZĘŚCI SKŁADOWE

Układ rozrodczy męczyzny składa się z wielu wzajemnie powiązanych części:

- **Jądra** – parzyste jądra są zamieszczone w mosznie. Plemniki wytwarzane w jądrach przenoszone są poprzez cewki lub kanałki do najądra.
- **Najądro** – w czasie ejakulacji nasienie opuszcza najądra i wrzeka do nasieniowodu.
- **Nasieniowód** – nasienie przemieszcza się rurką nasieniowodu, przesuwa się rurką mięśniową, której przechodzi przez gruczoł krokowy.
- **Pęcherzyki nasienne** – wydzielają z nasieniowodem plemniki mieszają się z płynem wytworzonym przez pęcherzyki nienne w tzw. przewodzie wytryskowym.
- **Gruczoł krokowy** – w obrębie gruczołu krokowego przewód wytryskowy opóźnia się do cewki moczowej.
- **Prącie** – po przejściu przez gruczoł krokowy cewka moczowa przebiega przez łodek prącia.



Narządy płciowe zewnętrzne



Narządy płciowe zewnętrzne są to te fragmenty układu rozrodczego, które widać w okolicy łonowej, podczas gdy inne osłonięte są okrytą w jamie miednicy.

Do męskich narządów płciowych zewnętrznych należą:

- moszna,
 - prącie.
- U dorosłych osłonięte są one gęstym owłosieniem łonowym.

MOSZNA

Moszna jest luźnym workiem stworzonym ze skóry i tkanki

Zewnętrzne narządy płciowe męskie składają się z moszny i prącia, które leżą w okolicy łonowej. U dorosłych narządy prącia otacza owłosienie łonowe.

łonowej, w którym leżą jądra. W linii środkowej znajduje się przegroda, która oddziela od siebie oba jądra.

Może wydawać się dziwne, że jądra znajdują się w okolicy tak nieodpowiedniej na urazy bez zabezpieczenia, jaką zapewnia jama ciała, jednak do wystąpienia nasienia musią przebywać w niższej temperaturze.

PRĄCIE

Największą część prącia stanowi tkanka jamista, która wypełnia się krwią podczas pobudzenia płciowego i wzrostu. Cewka moczowa, która penetrowała mocz i nasienie, biegnie przez całą długość prącia.

Jądra, moszna i najądrza

Jądra, które są zawieszane w worku mosznowym, wytwarzają nasienie. W mosznie znajdują się również dwa najądrza – długie, poskręcane przewody, które łączą się z nasieniowodami.

Parzyste jądra mają zwartą konsystencję, są niechone, owalne, długości 4 cm i szerokości 2,5 cm. Leżą w worku mosznowym otaczającym wysypklosie przedniej ściany jamy brzusznej. Od góry łączą się z powrozkami nasennymi, na którym są zawieszane.

KONTROLA TEMPERATURY

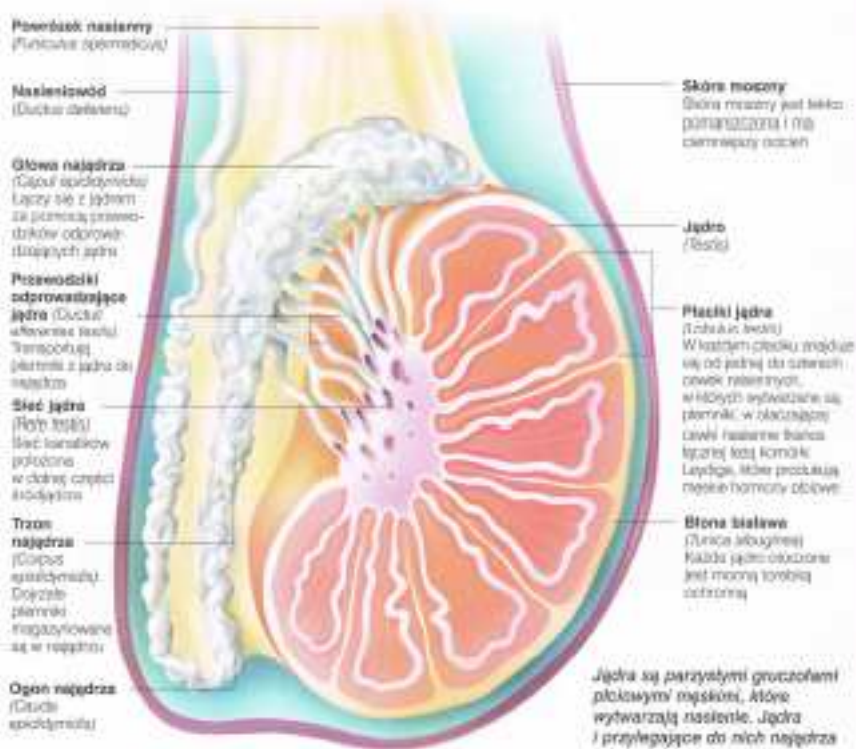
Wartościowe nasienie może być wytwarzane tylko wtedy, gdy jądra mają o 3 stopnie niższą temperaturę niż reszta ciała. Włókna mięśniowe łączące jądra z moszną pomagają w regulacji temperatury moszny. Unoszą jądra, gdy jest zimno, i opuszczają, gdy temperatura jest za wysoka.

NAJĄDRZE

Najądrze jest twarde, wydłużone w kształcie przecinka, ściśle związane z górnym biegunem jądra, i biegnie wzdłuż tylnej powierzchni jądra. Najądrze gromadzi wytworzone w jądrach nasienie, jest ono stworzone z silnie poskręconych przewodów, które po wyprostowaniu miałyby około 6 metrów długości.

Z górnego jądra wychodzi nasieniowód. Przewód ten odprowadza nasienie ku górze do powrotka nasennego i do jamy miednicy.

Zawartość moszny w przekroju strzałkowym



Jądra są parzystymi gruczołami płciowymi mężczyzny, które wytwarzają nasienie. Jądra i przylegające do nich najądrza leżą w miękkiej mosznie.

Przekrój poprzeczny przez mosznę



Mosznę tworzy wiele warstw, które w przewym wstępu odwzajemnie budowlę przedniej ściany jamy brzusznej.

WARSTWY MOSZNY

Mosznę zbudowane jest on:

- skóry, która jest cienka, pomarszczona i pigmentowana;
- błony karczkowej, warstwy tkanki łącznej, w której leżą mięśnie gładkie.

Mosznę, w której mieszczą się jądra, wisi na zewnątrz ciała. Zbudowane jest ze skóry i leżących pod nią kilku warstw ochronnych.

- trzech warstw powięzi pochodzących z trzech warstw mięśni ściany brzucha z włóknami mięśnia dźwigacza jądra;
- osłonki pochłonnej jądra, silnej błony sumowiczej – podobnej do otaczającej brzošnej, która zawiera niewielką ilość płynu, płyn nawilża ją i umożliwia ruch jądra wewnątrz otaczających tkanek.

W odróżnieniu od ściany brzucha, wśród warstw otaczających jądra nie ma tkanek tłuszczowych, co pomaga w utrzymaniu niskiej temperatury.

Gruczoł krokowy (stercz, prostata)

Gruczoł krokowy stanowi ważną część męskiego układu rozrodczego, dostarczając płynnej wydzieliny, bogatej w enzymy, która stanowi do jednej trzeciej objętości nasienia.

Gruczoł krokowy długości około 3 cm leży tuż pod pęcherzem moczowym i otacza pierwszy odcinek cewki moczowej. Jego podstawa łączy się ściśle z podstawą pęcherza moczowego, a zaokrąglona (przednia) powierzchnia znajduje się tuż za spojeniem łonowym.

TOPIERKA

Gruczoł krokowy stercz jest mocną topierką utworzoną z tkanki łącznej włóknistej. Na zewnętrznej topierki znajdują się kręte warstwy tkanki łącznej włóknistej, tzw. powięź stercza.

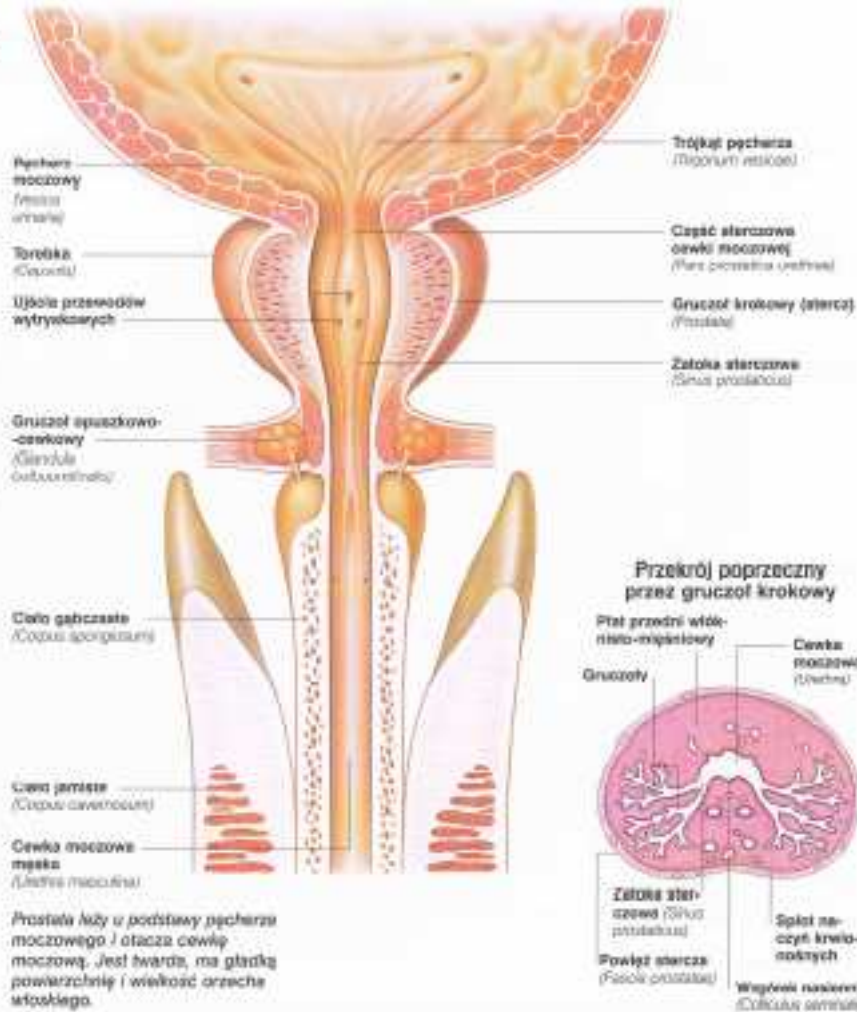
BUDOWA WEWNĘTRZNA

Cewka moczowa, która odprowadza mocz z pęcherza moczowego, biegnie poziomo przez środek gruczołu krokowego; jest to tzw. część sterczowa cewki moczowej. Przewody wytryskowe łączą się z zapadłą sterczową cewką moczową w obrębie wogótka nasiennego.

Gruczoł krokowy sbudowany jest z płatów, jednak nie są one tak wyraźnie odgraniczone jak w innych narządach:

- **Płat przedni** – leży przed cewką moczową i tworzy go głównie tkanka włóknisto-mięśniowa;
- **Płat tylny** – leży za cewką moczową, posiada przewody wytryskowe;
- **Płaty boczne** – dwa płaty boczne leżą po obu stronach cewki moczowej; tworzą główną część gruczołu;
- **Płat środkowy** – leży pomiędzy cewką moczową a przewodami wytryskowymi.

Lokalizacja gruczołu krokowego



Pęcherzyki nasienne

Siatka nasieniowodu

(Reticulum testis deferentis)



Parzyste pęcherzyki nasienne są dworkowatymi gruczołami występującymi w męskim układzie rozrodczym. Wytwarzają one gęstą, maślaną ciecę zawierającą cukier (fruktanę), która stanowi główną część nasienia.

BUDOWA I KSZTAŁT

Każdy pęcherzyk nasienny ma wydłużony kształt i wielkość

Pęcherzyki nasienne leżą z tyłu pęcherza moczowego. Wydzielina przechodzi do nasieniowodu, który opiera się do części sterczowej cewki moczowej.

małego palca. Leży za pęcherzem moczowym przed odbytnicą. Dwa pęcherzyki nasienne przypominają kształtem literę V.

OBJĘTOŚĆ: PROSTATA

Prostata ma objętość około 10–15 ml, kształtem przypomina kasztan jabłowy. Zbudowana jest głównie z krętych kasalików wydzielniczych, które mają mięśniową ścianę.

Wydzielina gruczołu wypływa przez przewód pęcherzyka nasiennego, który łączy się z gruczołem krokowym z nasieniowodem, tworząc przewód wytryskowy.

Prącie

Prącie jest męskim narządem kopulacyjnym. Jest utworzone z tkanek, które mogą ulec erekcji. W chwilach wzwodu podczas stosunku płciowego prącie przekazuje nasienie do pochwy.

Prącie tworzą głównie trzy kolumny tkankowe: dwa ciała jamiste i nieparzyste ciało gąbczaste, które budują przyspisaną góbkę. Mogą one wypełniać się krwią, co prowadzi do wzwodu.

BUDOWA PRĄCIA

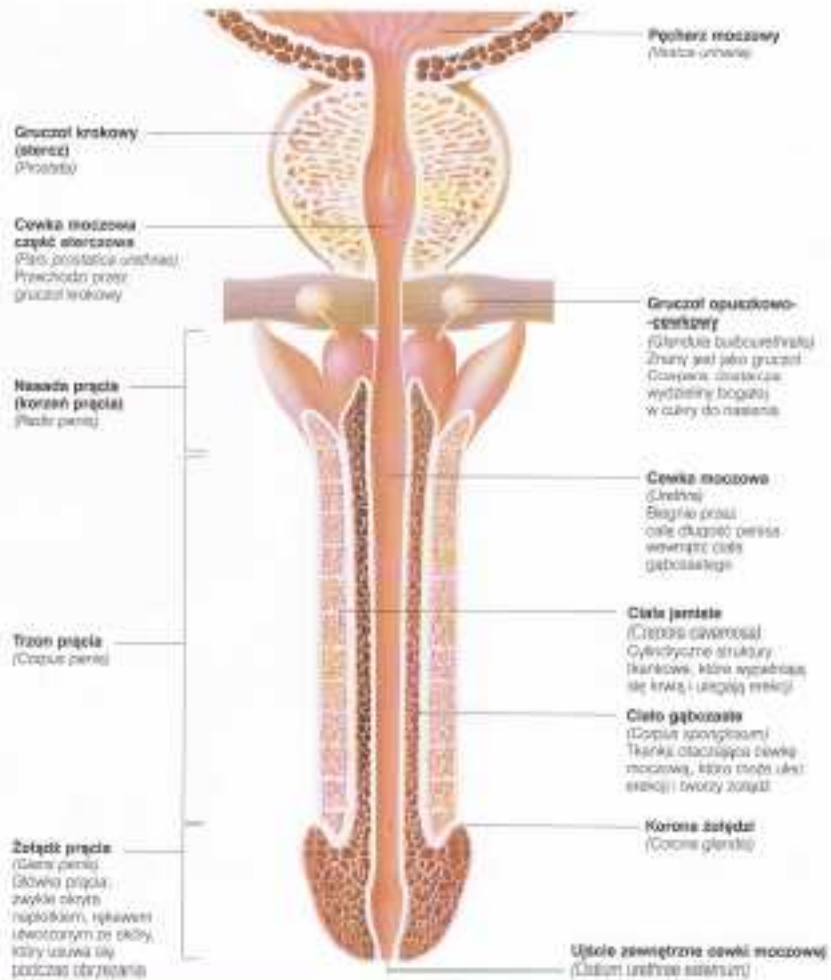
W pobliżu prącia znajduje się warstwa tkanki mięśniowej, która ogranicza się do nasady prącia. Trzon prącia i żołądek są porośnięte włóknem mięśniowym.

Prącie składa się z następujących części:

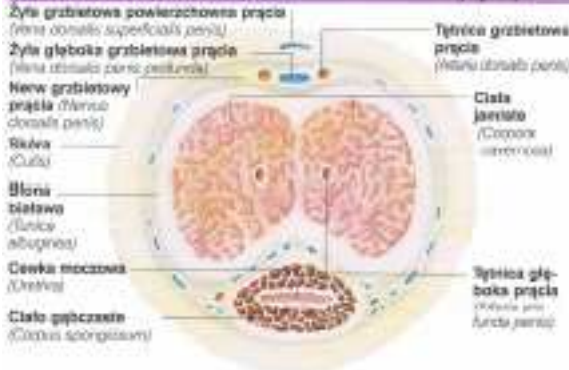
- **Nasada albo koniec prącia** – jest nieruchomą częścią prącia stworzoną przez podstawy poszczególnych ciał jamistych i ciała gąbczastego, pokryte włóknami mięśniowymi.
- **Trzon** – gdy prącie jest wzwodzone, trzon mięsa, tworzą go ciała jamiste i ciała gąbczaste, tkanka łączna oraz naczynek krwionośnych i włókna.
- **Żołądek** – koniec prącia tworzy rozumiejąc na kształt stożka zakończenie ciała gąbczastego, w którym znajduje się ujście wewnętrzne cewki moczowej.
- **Skóra** – przedłużenie skóry męskiej, jest cienka, ciemna i niewielozłazna. Jest ona luźno przyczepiona do leżącej poniżej powłoki, tworzy fałdy, gdy penis jest wzwodzone.

Na końcu przednim skóra wystaje poza obrys prącia, tworząc podwójną warstwę, która pokrywa żołądek, jest to napletek.

W prąciu anatomicznie wyróżnia się trzy części: nasadę, trzon i żołądek.



Przekrój poprzeczny przez prącie



Na przekroju poprzecznym, na wysokości trzonu prącia, wyraźnie widać sześć komórki ciała jamistych i ciała gąbczastego, naczyń krwionośnych i prącia. Największą część zajmują ciała jamiste i mniejsze ciało gąbczaste, wodniak którego przebiega cewka moczowa. Przez każde z ciał

Główną część prącia – trzon – utworzony jest z ciał jamistych i ciała gąbczastego. Wypełniają się one krwią podczas pobudzenia seksualnego, prowadząc do wzwodu.

jamistych białe tętnica głęboka prącia, która dostarcza krwi potrzebnej do erekcji.

TKANKA ŁĄCZNA

Powłokę głęboką prącia, moczynną błonę, obejmuje ciało gąbczaste i ciała jamiste, żyły głębokie grzbietowe oraz nerwy. Na błonie białawej leży luźna skórka łączna, przez którą przechodzą żyły powierzchowne. Skóra pokrywająca łudną tkankę łączną łączy się ściśle ze strukturami łącznymi przetrzymując tylko w okolicy żołądka.

VI. Jakie mogą być skutki uboczne wazektomii?

British Medical Journal – BMJ(1992) opublikował dane dotyczące działań niepożądanych występujących po wazektomii. Badania te były sponsorowane przez National Institute of Child Health and Human Development (NICHD). Analizowano grupę **10 590 mężczyzn** u których wykonano wazektomię, oraz taką samą grupę kontrolną, celem sprawdzenia czy rozwinęło się jedno z 99 możliwych zaburzeń. W sumie przeanalizowano 182.000 osobo-lat., Okazało się, że tylko jeden warunek, zapalenie najądrza [zdefiniowane jako ból, obrzęk najądrza lub jądra] - okazał się częściej występujący po wazektomii. To miejscowe zapalenie występuje najczęściej w pierwszym roku po zabiegu. Podczas stosowania miejscowych środków przeciwzapalnych, ciepłych kąpieeli dolegliwości mijają w ciągu najbliższych siedmiu dni.

Czy wazektomia chroni przed zakażeniem HIV/AIDS i zapobiega chorobom przenoszonym drogą płciową?

Mimo, że wazektomia jest to bardzo skuteczna metoda w zapobieganiu ciąży, to wazektomia nie zapewnia ochrony przed HIV/AIDS i innymi chorobami przenoszonymi drogą płciową(STD). W związku z tym zaleca się stosowanie prezerwatyw w przypadku niepewnych partnerów seksualnych celem uniknięcia ryzyka wymienionych chorób.

Jak wazektomia wpływa na zachowania seksualne?

Aktywność seksualna podejmowana jest w kilka dni po zabiegu, ale środki ostrożności należy zachować do pierwszego badania w **8 i 12** tygodniu po zabiegu wazektomii, kiedy to zostanie sprawdzona obecność plemników w nasieniu. Wazektomia nie ma wpływu na produkcję lub uwalnianie testosteronu, męskiego hormonu odpowiedzialnego za popęd płciowy człowieka, zarost, męski głos inne męskie cechy są zachowane. Nie ma to wpływu na seksualność, erekcję i ejakulację

Relacje partnerskie poprawiają się nawet do 78%. Ponieważ usuwane są obawy związane z przypadkową ciążą, co szczególnie podkreślają partnerki.

Czy występują reakcje immunologiczne w organizmie po wykonanej wazektomii?

Po wazektomii, nadal w jądrach produkowane są plemniki. Następnie są resorbowane przez organizm. Jednak u niektórych mężczyzn stwierdza się rozwój reakcji immunologicznej na spermę. Obecne dowody wskazują, że reakcje te nie powodują żadnych ogólnych zaburzeń w organizmie.

Zwykle zawartość spermy nie styka się z komórkami układu odpornościowego, a więc nie wywołuje odpowiedzi immunologicznej. Doprowadziło to do zainteresowania ze strony lekarzy i naukowców z powodu reakcji odpornościowej i możliwości wystąpienia takich chorób jak: reumatoidalne zapalenie stawów, młodzieńczej cukrzycy, stwardnienia rozsianego. Reakcje immunologiczne mogą również przyczynić się do późniejszego rozwoju miażdżycy i powikłań z tym związanych. Badania wykonane przez **HSAM** (*Homeland Security Acquisition Manual*) nie potwierdziły wystąpienia tych chorób.

Ryzyko raka prostaty po wykonanej wazektomii?

Chociaż **HSAM** i wiele innych badań nie wykazały wzrostu raka prostaty u mężczyzn, u których wykonano wazektomię, to ze względu na znaczenie tego zagadnienia, wszystkie te badania zostały dokładnie przeanalizowane, a naukowcy zdefiniowali kilka potencjalnych problemów mogących sugerować wzrost wystąpienia raka prostaty.

8. Osoby które zamierzają poddać się wazektomii częściej korzystają z opieki lekarskiej i dodatkowych badań dlatego możliwość wykrycia chorób nowotworowych w tej grupie jest szybsza jak też leczenie skuteczniejsze. Dlatego doniesienia mogą być fałszywe i wydają się zwiększać ryzyko choroby nowotworowej.

9. Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) sponsorowała -1991r- spotkanie ekspertów z całego świata w celu oceny dostępnych dowodów dotyczących związku między wazektomią a rakiem prostaty. Eksperci stwierdzili że nie istnieje bezpośredni związek raka prostaty i raka jąder z przeprowadzonymi zabiegami wazektomii . Wniosek oparto w dużej mierze na podstawie przeglądu wielu badań naukowych.

Przeprowadzono analizę badań w trzech regionach Stanów Zjednoczonych które sugerowały że grupa mężczyzn, którzy poddali się wazektomii przed 35 roku życia może mieć nieznacznie zwiększone ryzyko wystąpienia raka prostaty. Jednak wielkość tej podgrupy nie był wystarczająco duża, aby wynik ostatecznie mógł być uznany za prawdziwy. W badaniach tych nie znaleziono żadnego zwiększonego ryzyka u mężczyzn którzy przeszli wazektomię po 35 roku życia. W 1993 roku, znany zespół epidemiologów z Uniwersytetu Harvard opublikował wyniki dwóch dużych badań w "Journal of American Medical Association (JAMA)". Jedno z badań dotyczyło grupy retrospektywnej a druga analizowana grupa dotyczyła bieżących zabiegów. W jednej i drugiej grupie stwierdzono umiarkowane podwyższone ryzyko wystąpienia raka prostaty. Po 20 latach od czasu wykonania wazektomii, narażenie na raka prostaty okazało zwiększone istotnie statystycznie. Mimo, że wniosek ten może wydawać się zaskakujący, to naukowcy uznają te wyniki zwiększonego ryzyka o wątpliwym

znaczeniu. Badania te zostały zweryfikowane przez biegłych z kilku profesjonalnych organizacji, jak również opublikowane w czasopiśmie naukowym JAMA. Autorzy artykułu stwierdzili, że badań tych nie należy ignorować a dalsze badania powinny być prowadzone.

NICHD(*National Institute of Child Health and Human Development*) zwołał w 1993r. posiedzenie, na którym panel ekspertów analizował wstępne wyniki badań naukowych, dokonał analizy ośmiu badań epidemiologicznych, w tym dwóch sprawozdań wymienionych powyżej. Grupa ekspertów stwierdziła, że wzrost wystąpienia ryzyka raka prostaty jest stosunkowo niewielki, po przeprowadzonych zabiegach wazektomii. Dlatego procedury wazektomii powinny być w dalszym ciągu zalecane.

10. Wazektomia jest stosowana przez około pół wieku jako środek regulacji urodzeń. Posiada wieloletnie doświadczenie jako bezpieczna i skuteczna metoda antykoncepcji i jest wykonywana u milionów ludzi na całym świecie. W oparciu o wiele dowodów, ekspertów uważa, że wazektomia może bezpiecznie być nadal używane, jak miało to miejsce w przeszłości, podczas gdy dalsze badania są przeprowadzane. (*National Institutes of Health – NIH-USA.gov.*)

VII. Inne pytania po wykonanej wazektomii.

Jak długo trwa procedura WBS(Wazektomia bez skalpela) i powrót do stanu fizjologicznego?

Sama Procedura WBS zazwyczaj trwa 15-20 minut. Jednak pacjent przebywa z nami ok. 35 min., a związane to jest z przygotowaniem, przeczytaniem i podpisaniem dokumentacji, sprawdzeniem wyników badań, rozmową przed i po. Zachowania po zabiegu wymagają delikatności w ciągu najbliższych kilku dni w trakcie powrotu do codziennej aktywności, kiedy to można odczuwać delikatne pobołowanie i pociąganie.

Jaka jest skuteczność WBS?

Wazektomia w porównaniu do innych metod antykoncepcji mieni się najbardziej efektywną metodą antykoncepcji w zapobieganiu ciąży. Współczynnik niepowodzenia tej metody jest mniejszy niż 0,2 w skali Pearla (Dla porównania prezerwatywą 12 lub więcej, diafragma 18). Pary które wybierają wysoce niezawodną i trwałą formę antykoncepcji często optują za wazektomią, gdzie skuteczność metody sięga powyżej 99,8% (*gwarantujemy pacjentowi 100% skuteczność*)

Czy skuteczność jest natychmiastowa?

Nie. Po wazektomii zalecana jest ostrożność w czasie dwóch pierwszych cykli partnerki. Bezpośrednio po wazektomii obserwuje się nieznaczną ilość plemników w spermie. Mija pewien okres czasu kiedy nasienie jest wolne od plemników. Po **60 dniach(8 tygodni)** zalecane jest wykonanie morfologii nasienia. Drugie badania morfologii nasienia zalecane jest **po 90 dniach(12 tygodniach)** Niektórzy z naszych pacjentów wykonują kolejne badania np.: po roku, celem zaspokojenia własnej ciekawości.

Co dzieje się z wytwarzanymi plemnikami?

Jest to tajemnica dla wielu naszych pacjentów, lecz odpowiedź jest prosta i naturalna. Organizm absorbuje nieużywane komórki spermy, niezależnie od wykonanej wazektomii (okresowy czy też dłuższy celibat). Po zabiegu, jądra dalej kontynuują proces wytwarzania plemników. Nasienie w naturalny sposób jest absorbowane przez organizm.

Czy seks będzie tak samo udany i efektowny?

Procedura wazektomii jedynie blokuje przekazywanie plemników, lecz nie wpływa na zachowania seksualne, takie jak: zdolność do erekcji, orgazmu, ejakulacji czy też przyjemnego seksu. Plemniki są tylko niewielką frakcją całości nasienia. Ilość płynu, konsystencja- jednakowy kolor i skład nie wykazują zmian, nawet jak sperma jest nieobecna. Męskie hormony są obecne we krwi, a dodatkowe zmiany, takie jak: zarost czy głos, nie ulegają zmianie. Ok. 80% par zgłasza polepszenie relacji partnerskich po okresie wykonania wazektomii.

Jaki jest koszt WBS - Wazektomii Bez Skalpela?

Aktualny koszt procedury wazektomii w krajach europejskich 600EU do 1000EU, lecz ten koszt jest poniżej wielu programów zdrowotnych (nasze realia poniżej 900\$). W innych krajach koszty te można uzgodnić ze swoim ubezpieczycielem, w Polsce, jak do tej pory, nie jest to możliwe. Jednemu z naszych pacjentów koszty pokryła Firma. W Szwajcarii (1000 Fr) jest taki niepisany zwyczaj, że partnerka funduje opłatę swojemu partnerowi. Praktyka takich przepływów finansowych sprowadza się do przekazania finansów z jednego konta rodzinnego na drugie, ale jest to miły zwyczaj. Trzeba na to popatrzeć jak pewną inwestycję. Tabletki antykoncepcyjne rocznie kosztują od 350 do 540zł. Czyli po 5 latach stanowi to 2100-2700, czyli po 5 latach zwracają się koszty wazektomii. To tylko aspekt ekonomiczny, natomiast powikłania ze stosowania tychże tabletek, a tym samym zdrowia partnerki, są nieprzeliczalne. Można na ten cel wziąć mały kredyt i spłacać miesięcznie, tak jakbyśmy płacili za tabletki w aptece.

Czy istnieje ryzyko powikłań po zabiegu?

Tak, tak jak przy każdej procedurze chirurgicznej. Powikłania te powinny być przedyskutowane z lekarzem jeszcze przed zabiegiem wazektomii. Literatura opisuje, że jest to najbezpieczniejsza procedura chirurgiczna, lecz w przypadku wystąpienia mikro powikłań, to są niewielkie i łatwe w leczeniu. Wymienia się tutaj miejscową infekcję, krwawienie, przemijające zasinienie, czasowy obrzęk z powodu nagromadzenia płynów tkankowych.

W opisywanej procedurze, niektórzy mężczyźni odczuwają niewielkie pobolewania, klucia, lub jako tępy ból w okolicy najądrza. Zazwyczaj użycie niewielkich dawek środków przeciwbólowych usuwa te dolegliwości. Niektóre prace naukowe analizowały mężczyzn, którzy mieli wykonaną wazektomię 20 lat wcześniej. Wykazano nieznacznie większe ryzyko wystąpienia raka prostaty w porównaniu do innych, którzy nie mieli wazektomii. Większość innych badań nie potwierdziła tych doniesień. Amerykański Związek Urologów oraz Amerykańskie Towarzystwo Onkologiczne, zaleca wykonanie badania PSA u mężczyzn powyżej 50 r.ż. oraz badanie kliniczne prostaty, celem wczesnego wykrycia wszelkich zmian w prostacie. Zalecenia te są te same dla mężczyzn w

przedziale wiekowym 50-70 lat. Dotyczy to zarówno tych u których wykonano wazektomię jak i tych którzy nie mieli wykonywanych tych procedur. Wiele wcześniejszych badań analizujących ok. 2000 mężczyzn nie potwierdziły ryzyka wystąpienia raka prostaty po wykonanej wazektomii. (*The Journal of the American Medical Association*).

Podsumowanie.

- Należy być przygotowanym do zadawania wielu pytań: przemyślane decyzje są najlepsze.
- Zawsze przedyskutuj swoje konkluzje związane z wyborem metody z lekarzem..
- Wazektomia jest prostą, bezpieczną i bardzo skuteczną procedurą.
- Metoda WBS[Wazektomia bez Scalpela] jest bardziej faworyzowana niż wazektomia tradycyjna
- Rezultat skuteczności antykoncepcji nie jest natychmiastowy, może to być nawet 8 tygodni.
- Wazektomia nie zmienia możliwości wystąpienia erekcji, czy też odczuć przyjemnego seksu.
- Sama procedura jest bezpieczna, ryzyko niskie a powikłania bardzo rzadkie.
- Wazektomia powinna być skuteczna i trwała, i może być trudno odwracalna.
- **Wiadomość z ostatniej chwili: dzisiaj mija doba po wykonanej wazektomii u Grzegorza. Panie Doktorze czuję się dobrze właśnie wróciłem z jazdy na rolkach. Wspaniale Grzesiu, pozdrów żonę. A wczorajszego szampana wypiliście.. zapytałem.. Nie dopiero dzisiaj.. To życzę szampańskiego wieczoru..**
- I kolejna sobotnia wiadomość od Krzysztofa po piątkowej wazektomii wykonanej w Katowicach. „**Czuje się świetnie, właśnie jestem z żoną na grzybach**”, zapewne gdzieś tam w okolicach Wałbrzycha.

VIII. Kolejne pytania

Jakie przygotowania należy poczynić w dniu zabiegu?

Zaplanować podróż, czasami jest to 600 km. a nawet podróż samolotem. Nasi pacjenci przylatują na lotnisko Okęcie z Wrocławia, Szczecina, Krakowa, Londynu, Poznania... Dobrze przyjechać 15 min przed planowanym czasem. Należy być ogólnie zdrowym. Zalecamy wykonanie „małego fryzjera”. W jakim miejscu? U nasady penisa, po lewej i prawej stronie . Zabrać ze sobą bardziej obcisłe slipy(nie tzw. bokserki). W czasie wczorajszej wizyty Andrzeja z jego partnerki Joanny z Łodzi, rozmawialiśmy przeszło godzinę zadając i odpowiadając na większość pytań zawartych w e-booku. Przy tej okazji można się zaprzyjaźnić, zaplanować datę i godzinę zabiegu. Jest to komfortowa sytuacja, nie każdy pacjent może sobie na taki luksus pozwolić ze względu na obowiązki i odległość od Warszawy.

Czy trzeba przyjechać z asystą?

Nie jest to wymagane. Przy metodzie WBS (Wazektomia Bez Skalpela) pacjent nie jest usypiany. Po zabiegu może sam wracać samochodem do domu. Asysta jest zawsze mile widziana, tym bardziej że otrzymuje od nas słodki prezent.

Czy nie należy jeść i pić 5-6 godzin przed zabiegiem?

Nie ma takich wymagań ponieważ, nasz Pacjent nie jest usypiany, ale o znieczuleniu w dalszej części pytań. Można przed zabiegiem zjeść każdy posiłek. Istnieje jedyny wyjątek, gdyby zabieg wazektomii był planowany w uśpieniu ogólnym ze względu na wskazania kliniczne i wówczas 5-6 bez jedzenia i picia obowiązuje.

Czy zabieg jest bolesny?

Zabieg nie jest bolesny, mimo znieczulenia miejscowego. Znieczulamy specjalnym aparatem Meda Jet. Środek znieczulający podawany jest bezpośrednio przez skórę (bez nakłuwania) pod ciśnieniem. Nie stosujemy żadnych wstrzyknięć w okolice jąder. Czasami pacjent pyta czy już operujemy?

Czy takie znieczulenie jest bezpieczne?

Tak jest to najbardziej bezpieczne znieczulenie jakie stosujemy w całym postępowaniu zabiegowym. Gdybyśmy porównali to do znieczulenia tzw. nasiękowego, kiedy należy użyć igły i strzykawki, to na takie jedno znieczulenie należałoby zużyć ok. 15 ml środka znieczulającego. Przy tym znieczuleniu używamy jedynie 1,0ml i to obustronne.

Korzyści z takiego miejscowego znieczulenia

- ❖ Używa się 1/10 objętości środka znieczulającego, w porównaniu do znieczulenia za pomocą strzykawki
- ❖ Znieczulenie jest natychmiastowe
- ❖ Całkowity komfort znieczulenia, znieczulenie całkowite, żadnych odczuć bólowych
- ❖ Komfort psychiczny w samopoczuciu pacjenta
- ❖ Akceptacja techniki znieczulenia, można po zabiegu prowadzić samochód, polecieć samolotem, czy też pójść na przyjęcie

Jak wygląda sam zabieg? Ważne i dociekliwe pytanie.

Stosujemy technikę „bez skalpela” (*No scalpel*). Powierzchnia skóry, nad ufiksowanym nasieniowodem jest rozwarstwiana specjalnym narzędziem przypominającym zwykły pean, wcześniej jest dezynfekowana specjalnym płynem. Po uwidocznieniu nasieniowodu, część nasieniowodu jest wycinana (jest zabezpieczona do badania histopatologicznego), a na końcu nasieniowodów zakładane szwy chirurgiczne, lub zaciski tytanowe. Czasami zdarza się że pacjent jest bardziej odważny i prosi o pokazanie jakiegoś narzędzia, aparatu do znieczulenia, lub chce zobaczyć jak zakładany jest szew. Po zaspokojeniu jego ciekawości mówi: ok.! operujemy dalej. Gorzej bywa wtedy gdy „napalona” partnerka chce asystować przy zabiegu, wówczas zanim zaczniemy zabieg przeprowadzamy negocjacje, tłumacząc że jest to tajemnica pacjenta. Faktycznie jest to tajemnica lekarska, a dla pacjenta jest to osobista decyzja i im mniej osób o tym wie tym lepiej.

Jeszcze raz co to znaczy wazektomia bez skalpela – WBS(No scalpel, No Needles!).

Od momentu powstania tej uproszczonej techniki „eliminującej użycie skalpela”, metoda ta rozwija się i jest szeroko stosowana i popularna w niektórych krajach. Wykonuje się ją mniej inwazyjnie.

W porównaniu do tradycyjnej wazektomii technika ta zapewnia wiele korzyści, np.: **brak szwów, skrócenie czasu zabiegu i rehabilitacji, zmniejszenie ryzyka krwawienia, mniejszy dyskomfort i większa skuteczność, dzięki czemu jest coraz szerzej akceptowana na całym świecie.** W Indiach technika „bez skalpela” została zaakceptowana przez bardziej wykształconych mężczyzn, co spowodowało trzykrotnie większy wzrost akceptacji niż w przypadku jej konwencjonalnego odpowiednika wazektomii. Taki sam wzrost zanotowano w USA. Patrz również skrót ABISSS na początku tego opracowania.

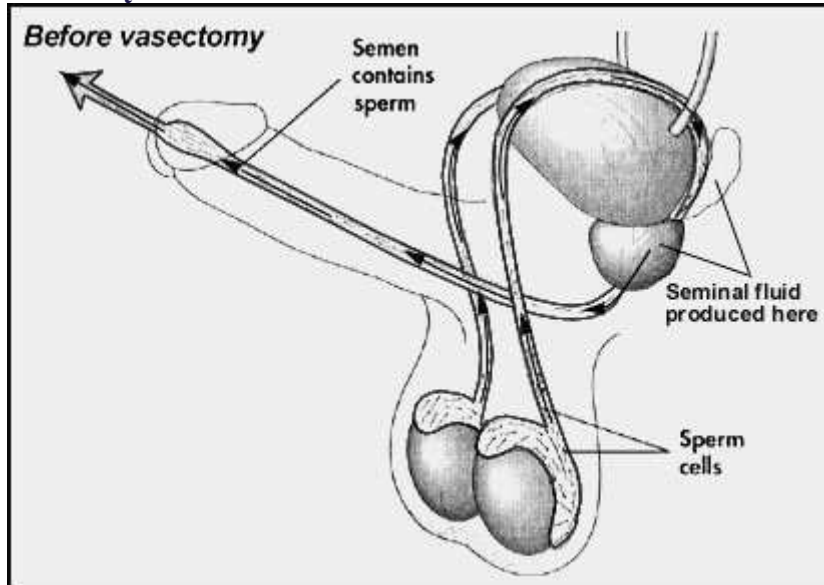
Jednak podobnie jak tradycyjna wazektomia, metoda „bez skalpela”, także nie gwarantuje 100 procentowej rewazektomii, ale jak już wspomniano można wykorzystać jedną z metod in vitro., lub przekazać nasienie do banku nasienia.

Tzw. procedurę „bez skalpela” wykonujemy wg. własnej modyfikacji wg. www.vasectomy.com

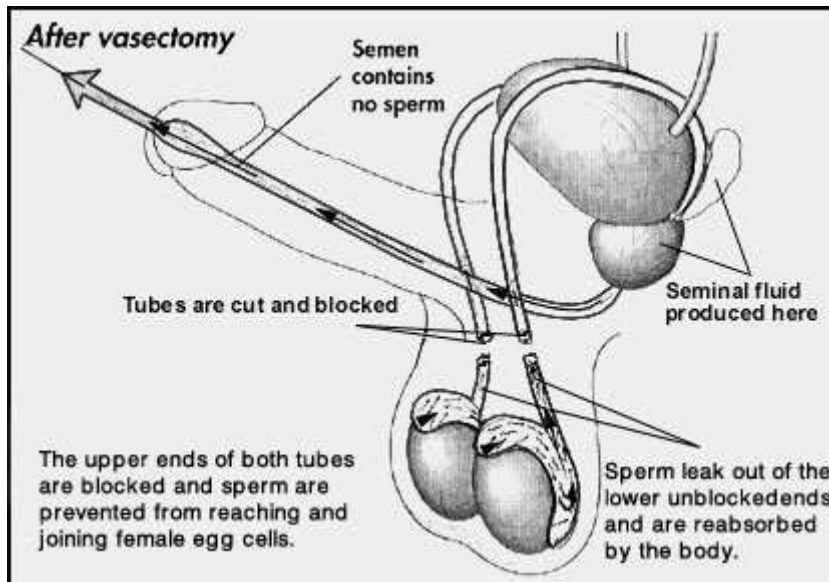
Szczegóły dotyczące wazektomii najlepiej ilustrują poniższe animacje oraz film z zabiegu wazektomii bez skalpela: www.wazektomia.com

Bezłågowa technika znieczulenia strumieniowego wykorzystana w wazektomii metodą „No scalpel”

Przed wazektomią



Po wazektomii



Film jest na stronie: <http://pollockclinics.com/video.html> - Kliknij na napis: Click here to view Vasectomy video (na dole strony)

Mimo, że napisy są w języku angielskim to widać wyraźnie miejsce zabiegu, czyli zablokowania nasieniowodów

Czy są zakładane szwy na skórę i czy będzie widoczna blizna?

Przy technice „No scalpel” nie zakładamy szwów na skórę, nie ma takiej potrzeby, po trzech dniach, praktycznie nie ma śladu po zabiegu. Po przyjeździe do domu w momencie brania prysznic zdejmujemy opatrunek założony w trakcie zabiegu, powierzchnie moszny wysuszamy ręcznikiem i to jest koniec naszych medycznych zabiegów.



Blizna w drugim dniu po zabiegu, w znacznym powiększeniu, całość do 5 mm., ale i te 5 cm potrafi spędzać sen z powiek.

Jak długo trwa taki zabieg?

Czas zabiegu zależy od warunków anatomicznych.. Średnio od 15 do 30 minut. Praktycznie to po 30 minutach możemy wypić szampana, filiżankę kawy...lub mile porozmawiać o innych sprawach.

Jak mam się zachować w dniu po zabiegu?

Należy założyć bardziej obcisłe slipki, żeby „brylanty” nie dyndały się w bokserkach, stąd nie odczuwamy praktycznie żadnych dolegliwości. Po przyjeździe do domu, wziąć prysznic, zdjąć opatrunek założony w trakcie zabiegu, nie zakładać żadnych opatrunków i to są wszystkie starania. Oczywiście należy przyjąć zaproszenie ze strony Partnerki, jeżeli zaproponuje, teatr, kino lub specjalną kolację.

Czy mogę stosować środki przeciwbólowe?

Można jak najbardziej. Czasami przepisujemy receptę na środek przeciwbólowy, ale bardzo rzadko są wykupywane. Jeżeli na drugi dzień czeka nas ważne spotkanie, to żeby czuć się komfortowo dobrze jest profilaktycznie zażyć jedną tabl. przeciwbólową.

Jak wygląda aktywność po zabiegu i trzy dni po?

Bezpośrednio po zabiegu można prowadzić samochód nie ma żadnych przeciwwskazań. Od dnia następnego nie zalecamy specjalnego oszczędzania się. Oczywiście ciężki wysiłek w pracy czy trening sportowy (np.: długotrwała jazda na rowerze) nie jest zalecany przez te kilka dni. Dotychczas nie stosowaliśmy żadnych zwolnień lekarskich nie było takiej potrzeby. Niektórzy Pacjenci planują przyjazd w sobotę, jest to bardzo dobry pomysł, jeszcze inni biorą dzień urlopu, ze względu na odległość od Warszawy (jak wspomniałem w innym miejscu- dzień po grzybobranie, i kolejny dzień po jazdzie na rolkach)

Jak z seksem i antykoncepcją?

Zalecamy delikatne postępowanie przez pierwszy tydzień., ale pacjenci i tak stosują takie zachowania które im odpowiadają. Przez okres 2 cykli zalecamy antykoncepcję jak przed zabiegiem. Nasz zanotowany rekord to 25 ejakulacji w ciągu pięciu dni od wykonanej wazektomii. Prosiłem naszego Pacjenta żeby się nieco oszczędzał. W odpowiedzi usłyszałem „panie doktorze ja już taki jestem”. Wszystko jest o.k!

Kiedy mam wykonać badanie morfologii nasienia na obecność plemników po zabiegu?

Prosimy o wykonanie takiego badania po **2 i 3 miesiącach(8 i 12 tygodni)**. Można kupić małe plastikowe naczynko w aptece i zanieść nasienie do najbliższego laboratorium.

Co będzie gdy w badaniu nasienia będą jeszcze plemniki w ilości wskazującej na drożność któregoś z nasieniowodów?

To bardzo interesujące pytanie. Jeżeli tak jest i mamy potwierdzenie z badania histopatologicznego, że po danej stronie badana tkanka nie posiada struktury nasieniowodu, wówczas zapraszamy naszego PACJENTA i wykonujemy korektę po danej stronie. W ciągu 6 lat mieliśmy 2 takie przypadki, po korekcie zakończone sukcesem (*najczęstsze problemy gdy pacjent waży ponad 100 kg*). Może być też taka sytuacja kliniczna, że jajowody wycięte zostały prawidłowo a po 12 tygodniach jest np.: 5 mln zdrowych plemników. Wówczas nie mówimy pacjentowi, że mamy rację i zapraszamy go na ponowną wazektomię a on zapłaci ponownie honorarium jak za pierwszy zabieg (tak praktykuje się np.: w USA). Ponowna korekta bez dodatkowych wydatków finansowych. Badanie kontrolne powinno stwierdzić jednoznacznie – „brak plemników w ejakulacie”. Nie może być antykoncepcji na 99,8%. Istniejąca ciąża jest na 100% a nie na 99,8%. Antykoncepcja również, na 100%, ponieważ taki jest cel tego zabiegu.

IX. Korespondencje. Literatura

Jakie powikłania mogą wystąpić po operacji?

Czasami może wystąpić niewielki obrzęk, zasinienie, pobolewanie. Niekiedy występuje niewielkie sączenie się z okolicy rozwarstwienia skóry, wówczas to miejsce należy przemyć wodą utlenioną. Największym? powikłaniem jakie mogłoby się zdarzyć to ciąża po wazektomii. Gdyby na to zdarzenie popatrzeć bardziej spokojnie to może się okazać, że urodzi się kolejny genialny noworodek?!

Co wówczas należałoby wykonać?

- Wykonać badanie morfologii nasienia na obecność plemników(***pilnować terminu 8 i 12 tygodniu po zabiegu***).
- Po urodzeniu u dziecka wykonać badania genetyczne
- Wykonać dyskretny wywiad, kto może być jeszcze potencjalnym ojcem przyszłego dziecka?
- Czasami po latach może to być miła niespodzianka (myślę o nowym potomku)

4 dni o zabiegu, Witam Pana Doktora.

1. Minęło 4 dni od zabiegu. Jądra są jeszcze lekko napuchnięte, maść kasztanową stosuje około 2x dziennie rano i wieczorem. Na pewno jest o niebo lepiej niż w piątek i sobotę, mam nieco problemów z poruszaniem się. Jądra pobolewają przy zmianie pozycji, najbardziej bolące miejsce to tylna strona jąder - najądrze, połączenie moszny z ciałem. Jak wynika z obserwacji każdy dzień jest coraz lepszy, już nie mogę się doczekać kiedy będzie normalnie. Pozdrowienia. Piotr z Gdyni.

Szanowny Panie Piotrze!

Proszę dołożyć do maści kasztanowej altacet w żelu. Jeżeli po 7 dniach nie miną dolegliwości to Biseptol 2x2 dziennie przez trzy dni. Czekam na wiadomość o poprawie stanu Pana brylantów. Pozdrawiam E.S.

2. Chciałbym Pana poinformować, że jest wszystko ok. po obrzęku nie ma już śladu gram w piłkę i czuję się dobrze. Za 3 miesiące przesyłam badania, lub po 33 ejakulacjach.? Pozdrawiam gorąco i jeszcze raz dziękuję za zabieg i miłą rozmowę. Piotr z Gdyni.

3. Ponownie witam Panie Doktorze. Pragnę poinformować, że wykonałem badanie spermy na obecność plemników, po trzech miesiącach. Wynik badania to zero plemników w ejakulacie!!!

Jest tylko jeden problem i proszę o informację: od dwóch dni odczuwam cykliczny ból w rejonie prawego jądra. Za jądrem (od strony ciała) zrobiło mi się zgrubienie (opuchlizna), czuję od czasu do czasu ból w tym rejonie przechodzący na podbrzusze. Po lewej stronie jest ok. Taka sama sytuacja była 7 dni po zabiegu. Proszę o radę co dalej robić? Piotr z Gdyni.

Hej Piotrze!

Co to się tam wyprawia na wybrzeżu? Może tym razem spróbujemy ochłodzić brylanty czymś zimnym z lodówki. Trzeba będzie też zakupić zwykłe szare mydło i dwa razy dziennie szorować delikatnie całą okolice, brylantów. Przyczyna tak późnych powikłań nie jest spowodowana przez bakterie, wirusy, lecz opisywana jest w literaturze jako wzrost ciśnienia w najądrzach, których ujścia są zablokowane. Słowem relaks, może jakiś masaż Shiatsu w tej okolicy? Za trzy dni poproszę o korespondencje.

Wiem, że na dzień dzisiejszy nasz Pacjent czuje się bardzo dobrze. Przytaczanie korespondencji może sprawiać wrażenie że każdy nasz Pacjent ma takie czy inne dolegliwości. Tak nie jest, ale 3-5% to liczba wokół której oscylują wymienione dolegliwości.

Syndrom bólowy po wazektomii - Pain Syndrome (PVPS, PVP, CPTP, CPVSP) Jest powikłaniem po zabiegu wazektomii, niezbyt częstego, bólu występującego z nieznaną częstością(*Jeannette M. Potts (2008). Obecna kliniczna Urologia Diagnostyka Układ moczowo-płciowy bólu i stanu zapalnego i Zarządzania. Prasa Humana. PP. 201. doi : 10.1007/978-1-60327-126-4_13 . ISBN 978-1-58829-816-4*). Zespół bólowy może być spowodowany przez wzrost ciśnienia w najądrzach, przewlekłe zapalenie, zwłóknienia, ziarniniaków spermy, podrażnienia nerwów przez szew i wzrost, zmian aktywności elektrycznej w nasieniowodzie. Kiedy ból najądrza jest głównym objawem po wazektomii jako – zespół bólowy- określany jest również jako objaw **zastoinowego zapalenia najądrza**. Ten ból może być obecny w kilku sytuacjach: **orchialgia** (przewlekłe bóle jądra lub moszny), ból podczas stosunku wytrysku lub wysiłku fizycznego, bólu w całości lub okolicy najądrza. (<http://www.vasectomymedical.com/vasectomy-pain.html>)

Dolegliwości bólowe po wazektomii.

1. Natomiast Ahmed I, Rasheed S, w badaniu retrospektywnym stwierdzili że na 560 badanych mężczyzn, przewlekłe dolegliwości bólowe trwające ponad trzy miesiące stwierdzono u 20 mężczyzn (3,5%). U 17 pacjentów podjęto próbę usunięcia nerwu z czego u 13 uzyskano całkowite ustąpienie objawów.(33) [*Ahmed I, Rasheed S, White C, Shaikh N "Częstość występowania przewlekłego bólu jąder po wazektomii i roli nerwów w odnerwieniu powrózka nasiennego." British Journal of Urology. 1997; 79:269-270. PMID 9052481*]

Mechanizm bólowy

1. Obserwuje się wzrost ciśnienia w nasieniowodach w części dystalnej od strony najądrza po przeprowadzonej wazektomii/ *Choe J, Kirkemo A. "Kwestionariusz badania opartego na nie onkologicznych powikłaniach po wazektomii. Journal of Urology. 1996 r.; 155:1284-1286. PMID 8632554* / W przewodach odprowadzających kanalików nasiennych obserwuje się zwiększenie ich grubości i powierzchni/*Jarvis L, Dubbins P. "Zmiany w najądrzach po wazektomii: USG " American Journal of Roentgen. 1989; 152:531-534. PMID 2644777/*
2. Shafik opisuje przemijający „obrzęk najądrza” jako wzrost ciśnienia spowodowanego zablokowaniem nasieniowodu u połowy badanych pacjentów/ *Shafik A. "Electrovasogram w grupie kontrolnej i po wazektomii mężczyzn, oraz u pacjentów z azoospermią . Archiwum Andrologia. 1996; 36:67-79. PMID 8824668/* . Gałązki włókien nerwowych mogą zostać częściowo uciśnięte w tkance włóknistej po przeprowadzonej wazektomii, powodując doznania bólowe. Ból ten jest może pojawić się w czasie stosunku i ejakulacji w trakcie podniecenia jako efekt czynności skurczowej otaczających włókien mięśniowych. Wiele mikro włókien nerwowych biegnących równoległe do nasieniowodu może być uciśnięte przez założony węzeł lub zacisk tytanowy założone w trakcie zabiegu wazektomii/ *S. Schmidt "ziarniniak nasienny: często bolesne zmiany." Płodność i niepłodność. 1976; 27 (3) :271-274. PMID 761679 /*

Leczenie

W pierwszych dniach po zabiegu stosuje się środki przeciwbólowe, przeciwzapalne lub poprzez mikrochirurgiczne uwolnienie tkanki włóknistej w miejscu podrażnienia gałązki nerwowej[<http://www.vesectomymedical.com/vasectomy-post-pain.html>]

Gdzie mogę wykonać zalecane badania takie jak: morf. Wr. Hbs i mocz b.o.? oraz kontrolne badanie nasienia? Kto za nie płaci?

Takie badania najlepiej wykonać w miejscu zamieszkania w swoim zaprzyjaźnionym laboratorium. Płacimy sami. Czyli są to dodatkowe niewielkie koszty, ok. 50 zł.

Kto płaci za zabieg i ile? Marcin z Raciborza.

Niestety są to koszty pacjenta. Honorarium można zabrać ze sobą lub wpłacić na podane konto. W niektórych krajach europejskich za zabieg płaci PARTNERKA. Dlaczego taki miły zwyczaj? Dlatego że Partnerka docenia odwagę i poświęcenie swojego Partnera, a na wieczór po zabiegu zaprasza Go na uroczystą kolację.

Jeden z przykładów korespondencji jakie prowadzimy na temat kosztów samego zabiegu.

1. Panie Doktorze. Chciałbym poddać się zabiegowi wazektomii. Proszę o szczegóły, jak wyglądałaby procedura, oraz koszty. Jestem aktywny zawodowo, praca umysłowa, jestem zdrowy, bez znaczących zabiegów w przeszłości. Jestem od dłuższego już czasu zdecydowany na poddanie się trwałemu zabiegowi. Jestem z południa polski, z Raciborza. jestem dawcą krwi, czy wystarczą wyniki badań z czasu ostatniej donacji, czy muszę robić coś ekstra, coś co nie mieści się w zestawie- choć już widzę, że mocz. Jeżeli chodzi o termin, to chciałbym się umówić pod koniec miesiąca, lub sobotę w razie potrzeby, podaję swój numer telefonu 123456789, aczkolwiek czasem nie mogę ze względu na pracę odbierać telefonu, czym proszę się nie zrażać. Marcin z Raciborza. Pozdrawiam!

1.a. Dobrze byłoby zajrzeć na stronę www.wazektomia.com . Po stronie lewej kolumny są wyszczególnione badania: morf., mocz.b.o., Wr i Hbs. Takie badania odbiera się na drugi dzień. Na stronie znajdzie Pan również opis całej procedury. Następnie wystarczy telefon i umawiamy się na dany dzień i godzinę..

I poproszę o tel. komórkowy. Czekam na wiadomości lub dodatkowe pytania. Koszty 2500 minus 200 na podróż i kolację. Pozdrawiam E.S

2. Dzień dobry ponownie!

Proszę o kilka dni cierpliwości, choć termin mi odpowiada, to muszę na nowo skalkulować koszty, przewidywałem cenę zabiegu na maksymalnie 2000 zł, więc przy wyższej kwocie robi mi się dziura w budżecie. postaram się w ciągu tygodnia odpowiedzieć, potwierdzając termin, lub sugerując odsunięcie terminu zabiegu. Pozdrawiam serdecznie! Marcin

3. Dzień dobry!

Niestety, po przeszacowaniu planów finansowych, jestem zmuszony odsunąć zabieg na jakiś czas. Myślę, że co najmniej do końca lata, niestety koszty przekraczają moje obecne możliwości, musiałbym zrezygnować z wcześniejszych planów wakacyjnych. Niemniej nie rezygnuję z zabiegu, więc jeśli nie uda mi się znaleźć tańszej oferty, zapewne odezwę się za kilkanaście tygodni, by sprawę sfinalizować. Pozdrawiam Marcin!

Szanowny Panie Marcinie

Proszę powiedzieć jakie finanse przeznaczył Pan na ten cel, pytam bo widzę Pana determinację, no i wakacje, proszę mi odpisać, a razem coś pomyślimy. Tym bardziej że jest promocja wakacyjna. W dalszym ciągu aktualna jest oferta kredytu w PKO BP, miesięczna rata to tyle co koszt tabletek antykoncepcyjnych. Pozdrawiam. E.S.

4. Dzień Dobry

Nastroił mnie Pan nadzieją.

Założyłem koszty na poziomie 2000. Zakładam do tego koszty dojazdu, noclegu, natomiast te kilkaset złotych dodatkowych, to przy moim sposobie podróżowania to niemal połowa kosztów. Proszę o wiadomość, jeżeli zdołamy się umówić na cenę, to jestem dyspozycyjny w tym, jak i w następnym tygodniu niemal bez ograniczeń. (*Nocleg nie jest potrzebny*). Pozdrawiam. Marcin

4.a. Panie Marcinie.

W takim razie ok. Proponuje termin 25 czerwiec. sobota. godz. 17.00. Proszę dać znać czy ten termin Panu odpowiada?

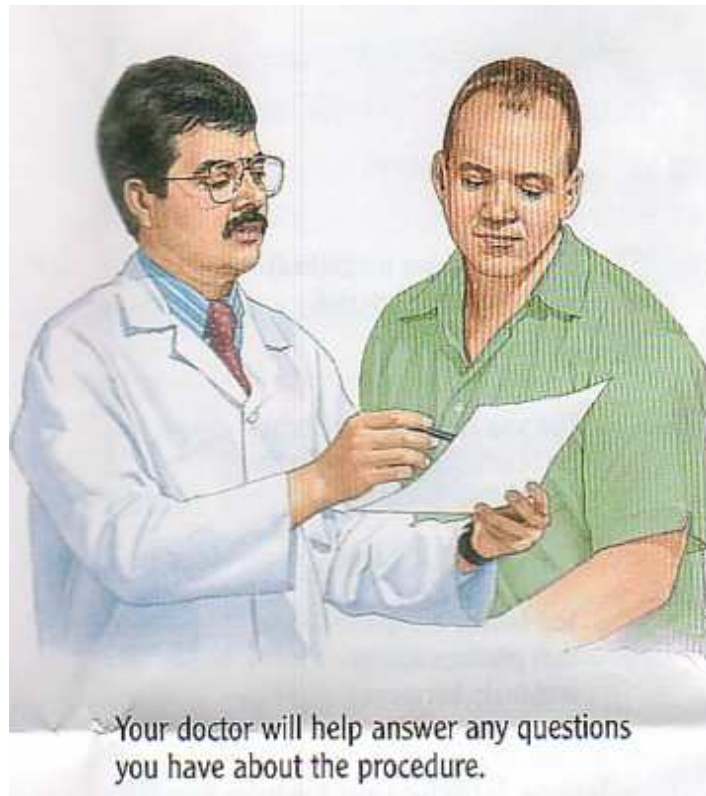
Pozdrawiam i czekam na potwierdzenie terminu.

5. Panie MARCINIE

Przejrzałem naszą korespondencję. Jest Pan honorowym dawcą krwi, w takim razie Pan honorarium to 1900. Proszę dać znać? Pozdrawiam ponownie. I proszę się nie poddawać. E.S.

P.S. Umówiliśmy się telefonicznie na termin a zabiegu. Marcin jest już po zabiegu. Pojechał na wakacje. Powiedział, że będzie miał tam czas na przeprowadzenie wszelkich praktyk cielesnych skoro jest teraz 100% kochankiem swojej Partnerki. Otrzymaliśmy również podziękowania jak i relacje z pięknych wakacji w Iranie.

Jest to jedna z wielu rozmów jakie są przeprowadzane w czasie korespondencji czy też w czasie bezpośredniej rozmowy w gabinecie.



[\[http://susiebright.blogs.com/photos/uncategorized/4.jpg\]](http://susiebright.blogs.com/photos/uncategorized/4.jpg)

X. Pytania o finanse i procedury. Kto operuje?

Podwiązanie nasieniowodów – studium przypadku.

Czy pełnoletni mężczyzna, kawaler może domagać się podwiązania nasieniowodów, by móc prowadzić swobodniejsze życie seksualne? Studium przypadku.

Zagadnienia do rozważenia:

- Prawo praktykowania(wiek pacjenta)
- Świadoma zgoda pacjenta (niedogodność)
- Precyzja oświadczenia pacjenta
- Odpowiedzialność lekarska

1. W płaszczyźnie prawno-międzynarodowej

A/ Jeśli rozwój psychiczny pacjenta pozwala mu na należyte rozumienie wymaganej interwencji, nic nie powinno przeszkadzać w przystaniu na jego żądanie, nawet choćby wazektomia miła polegać na definitywnym wyrzeczeniu się fundamentalnego prawa do prokreacji

B/ Świadoma zgoda pacjenta, jak również wszelka uprzednia informacja mogąca pozwolić mu na ścisłe zrozumienie korzyści i niedogodności terapii, lub jakiegokolwiek aktu lekarskiego, nie podlegają dyskusji

C/ Brak odpowiedzi

2. W płaszczyźnie etycznej

Brak specjalnego tekstu deontologii międzynarodowej.

Europejski Przewodnik Etyczny(1986), mówi tylko, że lekarz udzieli pacjentowi na jego żądanie wszelkich pożytecznych wskazówek z dziedziny reprodukcji, oraz antykoncepcji

3. W płaszczyźnie moralności religijnej

a/ **Katolickiej**

Z punktu widzenia moralności katolickiej dobrowolna „sterylizacja”, czyli wazektomia, nie jest dopuszczalna, chyba że wyłącznie z powodów terapeutycznych, ponieważ godziłaby w zasadę nie rozporządzalności ciałem[*Paweł VI: Humanae Vitae, 17; Pius XII, A.A.S.50(1958),734-735(96)*]

b/ **Protestanckiej**

Przypadek spoczywa w domenie osobistej odpowiedzialności zarówno żądającego, jak i lekarza. Stąd kwestia „co jest działaniem odpowiedzialnym”. Przejawione motywy wydają się co najmniej płache i wysoce wątpliwe.

c/ **Żydowskiej**

Obowiązek prokreacji zasadniczo spoczywa na mężczyźnie; jest więc dla mężczyzny zakazany podejmować inicjatywę mającą za cel

położenie kresu możliwości prokreacji. (Tora potępia i uznaje za ohydny gest Onana – Gn.,38,9-określany jako jedno z najcięższych wykroczeń przeciwko Prawu, ponieważ niszczy on życie u samego źródła). W trzech ośrodkach klinicznych w Izraelu wykonywane są zabiegi rewazektomii(vasovasostomii), jak też wazektomii. Czy zabiegi wazektomii wykonywane są u kawalerów pozostaje znakiem zapytania.

d/ Muzułmańskiej

Podwiązanie nasieniowodów u mężczyzny kawalera nie jest dopuszczalne, ponieważ jest ono niemoralne i karygodne, skoro dąży on do tego, by to mu pozwoliło na bardziej swobodne Życie seksualne

e/ Buddyjskiej

Opinia negatywna: byłoby to najściślejszym prawem żądającego, gdyby tak operacja nie rodziła problemów dla innych. Jednakże:

1. Rodzi to ryzyko popierania rozwiązłości; ogólnie rzecz biorąc, buddyzm dostrzega w przywiązaniu, między innymi w pragnieniu fizycznym, zasadniczy powód cierpienia jednostek. „Żyjemy szczęśliwi bez usychania z pragnienia przyjemności zmysłowych pośród tych, którzy ich pragną” Dharmmapada.v.199)
2. Problem odwracalności operacji.

Obecnie przy technice In vitro i mikrochirurgii problem odwracalności operacji nie stanowi większego problemu.[\[Luciano L.: Zagadnienia medyczno prawne w położnictwie i ginekologii, USA., w Położnictwo i Ginekologia Beck W W jr, Urban&partner, 1995, 465-477\]](#)

25 lat, nie mam dzieci!

Szanowny Panie Doktorze!

Jestem osobą potencjalnie zainteresowaną zabiegiem wazektomii. Mam 25 lat, nie mam dzieci, nie mam problemów ze zdrowiem i problemów mogących być przeciwwskazaniami medycznymi do wykonania tego zabiegu. Moja partnerka również jest osobą bez problemów zdrowotnych. Zdecydowaliśmy, że nie chcemy mieć dzieci, dlatego zastanawiamy się nad zabiegiem. Mam w związku z tym kilka pytań dotyczących warunków i procedury. *Czy wykonanie takiego zabiegu w moim przypadku jest w ogóle możliwe, jeśli prawdopodobnie nie istnieją ku temu wskazania medyczne oraz nie posiadamy z partnerką potomstwa? Jak przedstawia się kwestia bezpieczeństwa zabiegu, w jakich warunkach i w obecności jakich specjalistów jest przeprowadzany? W dzieciństwie miałem przeprowadzony zabieg sprowadzenia do moszny jądra, które nie zstąpiło z jamy brzusznej. Jaki jest prawidłowy przebieg całej*

procedury - począwszy od badań poprzedzających zabieg do ostatnich badań po zabiegu potwierdzających jego ostateczną skuteczność? Proszę o wyszczególnienie wszelkich czynności wraz z kosztami oraz ewentualnymi adnotacjami o zalecanych przez Pana Doktora miejscach, w których można by te badania przeprowadzić. ***Czy to w jakiś sposób wpływa na możliwość lub skuteczność przeprowadzonego zabiegu?***

Nie chcę mieć dzieci!?

Dziękuję za odpowiedź, ale mam jeszcze kilka pytań. ***Jaki jest koszt przeprowadzenia zabiegu?*** Nie znalazłem tej informacji na Pańskiej stronie. ***Po jakim czasie od zabiegu można rozpocząć współżycie bez dodatkowych środków antykoncepcyjnych ze strony partnerki?*** Rozumiem, że trzeba to potwierdzić badaniami morfologicznymi nasienia po 12 ejakulacji, ale czy jest jakiś dodatkowo zalecany okres czasu? Jaki jest orientacyjny koszt takich badań morfologicznych? Serdecznie dziękuję za poświęcony czas. Pozdrawiam serdecznie.

Jacek T.

W korespondencji tej nasz Pacjent Jacek zadał tyle pytań, poruszył tyle problemów, że udzielenie dokładnych odpowiedzi, powoduje zamknięcie e-booka i co najwyżej poszerzenie własnej wiedzy o stronę www.wazektomia.com i wiele innych stron, prac naukowych wypowiedzi itp. Odpowiedź zebrałem w postaci zestawienia, jak poniżej:

- ❖ **Wiek 25 dyskusyjna sprawa.?! Otóż mieliśmy pacjenta w podobnym wieku z Pabianic, zadziornego sportowca. Było to 4 lata temu. Przyjechał na rozmowę. Wówczas ze względu na wiek odłożyłem termin zabiegu. Zaczęliśmy korespondować i telefonicznie i poprzez pocztę e-mailowa. Determinacja z jaką walczył o wykonanie wazektomii była zdumiewająca, dało się wyczuć w głosie zdenerwowanie na moje odkładanie terminu zabiegu. Minęło ok. 3 miesiące naszej korespondencji. Ostatecznie napisałem do Niego list żeby opisał to wszystko jeszcze raz. I wówczas zaprosiłem Go na zabieg. Zabieg został wykonany, jest szczęśliwy na swój tylko sobie wiadomy sposób. Cały opis był znacznie dłuższy, ale jeden opis przewijał się w całej korespondencji, mianowicie na samo wspomnienie, że miałby mieć dziecko, dostawał silnych torsji(w innym miejscu e-booka szerzej opisane są decyzje). Jest to również ważna przyczyna osobistej decyzji. Po wielu**

latach, jeżeli sytuacja psychiczna i życiowa ulegnie zmianie, będzie mógł wykonać rewazektomię.

- ❖ **Nie mam dzieci.** W większości krajów ograniczenie wiekowe nie jest brane pod uwagę, rzecz jasna jeżeli przyjdzie osiemnastolatek to zapewne wskazana będzie konsultacja psychologiczna, czy nawet psychiatryczna i kilku latach można wrócić do rozmowy. 21 lat od tego wieku możemy rozmawiać o wazektomii!
- ❖ **Moja partnerka jest tego samego zdania.** Ten problem jest całkowicie otwarty, ponieważ dzisiaj jest ta partnerka, za rok może być inna. W tym okresie jest to wspólna decyzja, widocznie taka para dobrała się w „garncu maku”. Jakie rozwiązanie po latach, jeżeli zaistnieje taka potrzeba? Rewazektomia lub wcześniejsze oddanie nasienia do Banku Nasienia.
- ❖ **Jak przedstawia się kwestia bezpieczeństwa zabiegu, w jakich warunkach i w obecności jakich specjalistów jest przeprowadzany?**

Bardzo zasadnicze i ważne pytanie. Jak studiuje się literaturę naukową, lub przegląda się kliniki na świecie, które między innymi wykonują wazektomię, to można często tam natknąć się dosłownie na takie samo pytanie jakie zadał Pan Jacek. *„Zanim do nas przyjedziesz sprawdź nas”*, *tak* odpowiadają. W Polsce mamy z tym problem, bo jak potwierdzą słuszną decyzję Pacjenta, że chce pojechać do Ośrodka w Toruniu, to wiem, że włos mu z głowy nie spadnie i będzie z tego bardzo zadowolony. Do Wilanowa również zapraszam, przyjeźdź, porozmawiaj, dotknij, jeżeli Ci się spodoba wracaj, jeżeli nie to pojedź do Torunia, Berlina, Kopenhagi, jesteśmy w środku UE i mamy wszelkie możliwości, zapomniałem o Szwajcarii.

- ❖ **W dzieciństwie miałem przeprowadzony zabieg sprowadzenia jądra do moszny.**

To zdanie w wywiadzie zdrowotnym jest pretekstem do zaproszenia pacjenta na wcześniejszą wizytę, zbadania przebiegu nasieniowodu, rozmawiania i zaplanowania zabiegu lub wręcz odłożenia ad acta.

❖ **Dalsze procedury.**

- ✓ Należy wykonać podstawowe badania: morfologia krwi, Wr, Hbs, i Mocz b.o.
- ✓ Po odebraniu wyników badań umawiamy się na termin zabiegu
- ✓ Przed przyjazdem na zabieg należy wykonać „**małego fryzjera**”, najczęściej jest to największy problem, należy uważać żeby **Dużego** nie obciąć.
- ✓ Gdy mija doba od dnia zabiegu telefonujemy do siebie i rozmawiamy o tym jak przebiegała podróż, jak spanie, czy były jakieś dolegliwości?
- ✓ Wycinek nasieniowodu wysyłamy do Zakładu Histopatologicznego, celem zbadania czy wycięta tkanka jest nasieniowodem
- ✓ Po 8 tygodniach(*i po 12*) wykonujemy u siebie w miejscu zamieszkania w laboratorium, morfologię nasienia na obecność plemników, dokładniej mówiąc na nieobecność plemników.
- ✓ Powtarzamy to badania po 12 tygodniach od dnia zabiegu, nie musi to być taka dokładność

❖ **Koszty i gdzie te badania można wykonać.?**

Badania wstępne to koszt ok. 45-60 zł w zależności od laboratorium

Morfologii nasienia na obecność plemników to koszty ok. 40 zł.

Za badanie hist-pat, my płacimy, koszt w ramach wazektomii

Badania te najlepiej jest wykonać we własnym zaprzyjaźnionym laboratorium

- ❖ **Jaki jest koszt zabiegu?** To pytanie czasami stawiane jest na pierwszym miejscu i słusznie. Jeżeli analizuje się nowe przedsięwzięcie to sprawy finansowe muszą być wzięte pod uwagę. Koszty w Warszawie to 2500zł, ale indywidualne negocjacje mile widziane.

❖ **Po jakim czasie od zabiegu można rozpocząć współzycie bez dodatkowych środków antykoncepcyjnych ze strony partnerki?**

Nasze zalecenia to 7 dni delikatnego celibatu. Ale nasze zalecenia są przestrzegane najczęściej tylko do czasu przyjazdu do domu. Jeden z naszych sympatycznych pacjentów w ciągu 5 dni po zabiegu wykonał 27 ejakulacji, to rekord w UE. Kiedy zapytałem go, jak długo chce pożyć odpowiedział mi: „panie doktorze ja już taki jestem”. Od dawna utarło się, że te pierwsze dwa cykle do czasu kontroli obecności plemników w ejakulacie zaleca się antykoncepcję w dni płodne u partnerki.

Jest to jeden z przykładów korespondencji z Pacjentem przez Internet. Dochodzą do tego rozmowy telefoniczne. Jeżeli pacjent może pozwolić sobie na przyjazd i rozmowę przed zabiegiem to przy filiżance kawy rozmawiamy o wielu innych sprawach, dobrze jest odrobinę zaprzyjaźnić się.

Odpowiedzialność za żonę, mam 31 lat, 2 zdrowych dzieci..

Witam i Dzień Dobry!

Chciałbym poddać się zabiegowi wazektomi, (mam 31 lat, żonaty). Mam dwójkę zdrowych dzieci. Jestem osobą zdecydowaną na ten zabieg, przede wszystkim chcę **wziąć większą odpowiedzialność** na siebie pod kątem antykoncepcji (by moja żona nie była tym cały czas obarczona). W związku z tym mam kilka pytań. Z góry dziękuję za odpowiedź.

Ile kosztuje ten zabieg? Czy płacę przed czy po zabiegu?

Podobne pytanie. Obecny koszt to 2500 PLN niezależnie od liczby wizyt. Honorarium w czasie przyjazdu na zabieg lub wpłata na konto. To honorarium może być zwiększone o 400zł w przypadku, gdy nasz pacjent potrzebuje znieczulenia ogólnego, czyli uśpienia(bardzo rzadki przypadek, występujący przy nadwadze pacjenta- trudniejsze warunki operacyjne).

Jak wygląda kwalifikacja do zabiegu?

Jak wygląda kwalifikacja do zabiegu (poza aspektami medycznymi, badaniami, etc). Chodzi mi przede wszystkim, o to czy podczas rozmowy z lekarzem mam być tylko ja, czy też lekarz chciałby na ten temat porozmawiać z moją żoną (ew. wspólna rozmowa).

Przyjemnie jest, gdy Partner jest obecny w czasie rozmowy. Ostatecznie pod uwagę bierzemy Pana decyzję...Rozmowa może być razem, ale nie wymagamy obecności Partnera..Im większa dyskrecja tym lepiej.. Po latach w czasie np.: kłótni lub innych zawirowań życiowych partner będąc świadkiem pewnych tajemnic medycznych może to wykorzystać...!!! Więc uwaga Panowie. Ale gdybyście mieli nową partnerkę, to honorowo powinniście poinformować ją o wykonanej wazektomii. Jeden z naszych pacjentów w wieku 52 wykonał wazektomię. Dwa lata wcześniej zmarła mu Żona. Nową młodszą, partnerkę powiadomił, że miał wykonaną wazektomię, ona przyjęła to za fakt i obecnie są szczęśliwą parą małżeńską.

Czy dokonujecie Państwo wazektomię obecnie tylko tą nową metodą “bez skalpela” czy też “starą” i “nową” metodą?

Czy jest różnica w cenie?

Obecnie tylko bez skalpela(no scaplel), bez igły(no needle) i jest tylko jedno honorarium jak wyżej..

W jakich terminach wykonujecie Państwo zabieg wazektomii? Czy jest to zależne tylko i wyłącznie od “zainteresowania” i czy jest duża elastyczność, co do uzgodnienia dnia i godziny?

Każdy dzień od godz.17.00, plus weekendy...(soboty, niedziele) w dowolnej godzinie!!!Wystarczy zatelefonować 3 dni wcześniej. Natomiast zabiegi w Katowicach wykonywane są jedynie w czwarty piątek miesiąca.

Ile jest koniecznych wizyt u Państwa przed zabiegiem (mając na uwadze, że będę miał zgromadzoną całą dokumentację medyczną z badań).

Wizyty nie są konieczne, ale jeżeli jest potrzeba rozmowy na miejscu, to każdy nasz pacjent jest mile widziany. Jest wiele wskazań żeby przyjechać na rozmowę i badanie, chociażby z powodu wcześniej przebytych operacji przepuklin pachwinowych, wodniaków jądra itp. Wyniki badań należy zabrać ze sobą ...lub zeskanować i wysłać e-mailem.

Czy jeżeli będę miał przeprowadzone wszystkie badania (i dokumenty) oraz podpisane wymagane przez Państwa dokumenty (na stronie www), zabiegu można dokonać w ciągu jednej wizyty, po wcześniejszym uzgodnieniu telefonicznym? Z wyrazami szacunku Andrzej z Bydgoszczy!

Z wynikami badań można przyjechać prosto na zabieg i po 30 min wracać do domu..(*pod warunkiem, że wyniki badań nie budzą podstawowych zastrzeżeń*). Czy na pewno trzeba jechać do Warszawy?

Czy wazektomia zmniejsza popęd płciowy?

Są to naturalne obawy zarówno pacjenta jak i jego partnerki. Pary często chcą wiedzieć, czy po wazektomii popęd płciowy będzie taki sam, ale czasami nie wiemy z kim na ten temat porozmawiać, bo jeżeli sąsiad miał wykonaną wazektomię to i tak się nie przyzna, ale znamy już też sympatyczne wyjątki od reguły milczenia.

Odpowiedź na tą wątpliwość jest prosta. **NIE!** Wazektomia nie zmniejsza popędu płciowego, a biorąc pod uwagę, poprawę relacji partnerskich po zabiegu, 80% przypadków nawet zwiększa, ponieważ ciągły stres wystąpienia ciąży niepożądanego poszedł w zapomnienie. Nadal doświadczają się erekcji i wytrysku! Relacje partnerskie są bardziej zmysłowe, partnerzy bardziej atrakcyjni niż przed wazektomią.

Szczęśliwa para po wazektomii

Czy sam zabieg nie wpływa na naczynia krwionośne i unerwienie?

Wazektomia nie wpływa na dotychczasowy przebieg naczyń i nerwów. Jednak układ krwionośny, nerwowy i limfatyczny regenerują kilkumilimetryową okolicę zabiegu. Jeżeli nawet są dyskretne dolegliwości to najczęściej w ciągu pierwszych 7 dni po zabiegu. Czasami nawet do 3 miesięcy.

Dwie ważne uwagi!

- Poprzednio zalecaliśmy wykonanie badania morfologii nasienia po 12-16 ejakulacjach. Nie zdało to egzaminu, bo jak praktyka wykazuje to 25 ejakulacji osiąga się w 5 dni. Obecne zalecenia to: badanie morfologii nasienia należy wykonać **po 8 i 12 tygodniach**. Dlatego do czasu otrzymania wyniku badań należy zachować względną ostrożność i zastosować jedną z metod antykoncepcji szczególnie w okolicach dni płodnych.
- Wazektomia nie stanowi ochrony przed chorobami przenoszonymi drogą płciową. Jeśli potencjalnie taka możliwość istnieje to Ty i Twój partner nadal potrzebujecie zabezpieczenia chociażby przez zastosowanie prezerwatywy.

Co dzieje się po wazektomii?

- Po wazektomii należy wrócić jak najszybciej do codziennych zajęć i obowiązków
- Jedyna różnica to, że w nasieniu-ejakulacie brakuje plemników. Gruczoły produkujące ejakulat nie ulegają zmianie po wykonanej wazektomii. Optycznie nie obserwuje się żadnych zmian w ejakulacie oprócz nieobecności plemników. Niektórzy autorzy oceniają, że objętość ejakulatu, może zmniejszyć się do 2%, co nie może zostać zauważone. Kolor, zapach i spójność ejakulatu nie zmieniają się.
- Wazektomia nie ma wpływu na męskość. Organizm otrzymuje tak samo odpowiednią ilość hormonów nie zmienia się głos, ani nie rośnie nadmiernie broda-zarost.



Słowem, akcje po wazektomii idą w górę, hossa.

- Nadal jądra wytwarzają plemniki, które nie opuszczają ciała. Niewykorzystane plemniki są po prostu resorbowane przez plemniki, jest to znane zjawisko i bez stosowania wazektomii, np.: przy celibacie, ***dlatego ta grupa mężczyzn żyje dłużej, patrz dalsze części e-booka.***

Podsumowanie cz.III.

- **Przed wazektomią dobrze jest przeprowadzić dyskusję z żoną-partnerką (obecnie żona to również partnerka) i jeżeli to możliwe z lekarzem, osobiście lub drogą e-mailową lub telefonicznie.**
- **Wazektomia nie zmniejsza popędu płciowego.**
- **Procedura tylko eliminuje możliwość zajścia w ciążę aktualnej partnerki życiowej.**
- **Antykoncepcja nie jest w 100% natychmiastowa: wykazane jest zachowanie ostrożności przez pierwsze dwa cykle.**
- **Wazektomia nie stanowi żadnej ochrony przed chorobami przenoszonych drogą płciową.**
- **Organizm w dalszym ciągu wytwarza męskie hormony.**
- **Cechy męskie pozostają takie jak przed wazektomią (śpiew, broda zarost).**
- ***Dłużej żyjesz!!!***
- ***Jesteś idealnym kochankiem***
- **Wciąż zachowujesz erekcję i ejakulat**

XI. Odpowiedzialność. Wskazania kliniczne do zastosowania wazektomii.

Przykład korespondencji z Danielem z Olkusza.

Jest to jeden z przykładów korespondencji uzasadniających wskazania do wazektomii, i tym samym do odpowiedzialności za swoją życiową Partnerkę. *(dane personalne w korespondencji zostały zmienione)*

Odpowiedzialność za Partnerkę.

Jestem zdecydowany poddać się zabiegowi wazektomii *(teraz już wiem, wazektomii a nie sterylizacji gdzie są usuwane gonady, w tym przypadku jest to tylko antykoncepcja)* Mam 42 lata. Jestem żonaty (od 15 lat). Mamy jedno zdrowe dziecko. Przyczyną, która spowodowała zwrócenie mojej uwagi na taką właśnie formę antykoncepcji/planowania rodziny jest stan zdrowia mojej małżonki. Po konsultacjach z lekarzem ginekologiem, okazało się że nie może Ona stosować antykoncepcji hormonalnej, ze względu na wystąpienie pierwszych objawów choroby zatorowo-zakrzepowej *(choroba ta występowała w linii żeńskiej jej rodziny, babcia z tego powodu umarła)*. Dodatkowo przebyła ostatnio laparoskopową operację wycięcia woreczka żółciowego. Należy również nadmienić, że poród naszej Córki zakończony był cesarskim cięciem. Ze względu na budowę narządów rodnych *(tutaj wybaczy Pan moją nieznamość określić medycznych)* przy ewentualnym kolejnym porodzie również zalecany byłby poród przez cesarskie cięcie. Byłem przy porodzie. Widzę jej stan zdrowia po laparoskopii. Małżonka wyraźnie źle znosi wszelkie operacje chirurgiczne. Zdaję sobie sprawę, że kolejna ciąża, wraz z ewentualną "cesarką" znacznie pogorszyłaby i tak już nadwątłony stan jej zdrowia. Nasz znajomy lekarz ginekolog proponuje wewnątrzmaciczną wkładkę antykoncepcyjną. Jak jednak zdążyliśmy się zorientować nie jest to metoda tak skuteczna jak wazektomia. Co szczególnie dla mnie istotne nie jest tak bezpieczna dla organizmu. Chciałbym zatem przejąć na siebie antykoncepcję i odciążać małżonkę. Źle się czuję psychicznie w sytuacji, kiedy przy wymienionych wyżej problemach ze zdrowiem, koszty zdrowotne antykoncepcji hormonalnej ponosi małżonka. **Nie czuję jednocześnie żadnego psychicznego dyskomfortu w przypadku potencjalnego poddania się zabiegowi wazektomii.** Jednocześnie chciałbym wyraźnie zaznaczyć, że decyzja o posiadaniu jedynie jednego dziecka była ustalona między nami znacznie wcześniej i nie wynikała z obecnych problemów zdrowotnych. Piszę to również w swoim własnym imieniu. Czuję się spełniony jako ojciec i nie czuję potrzeby

posiadania dalszego potomstwa. Podobnie moja małżonka. Propozycję poddania się zabiegowi przedyskutowałem z małżonką i uzyskałem również od niej zgodę. Zaznaczam, że pomysł wyszedł ode mnie. Jest to decyzja przemyślana i nie działałem pod wpływem chwili. Zaznajomiłem się również z materiałem dostępnym na Pańskiej stronie internetowej, jak również z materiałami anglojęzycznymi z innych źródeł dotyczącymi przebiegu operacji i jej skutków. Zwracam się zatem do Pana z pytaniem, czy podejmie się Pan przeprowadzenia zabiegu. Jeżeli wyrazi Pan zgodę, miałbym jeszcze parę pytań, powiedzmy "technicznych", odnośnie terminu, pobytu i opieki lekarskiej po zabiegu.

Czekam na odpowiedź

Z poważaniem

Daniel Ś.

Szanowny Panie Danielu!

Dziękuję bardzo za korespondencję i miłą rozmowę telefoniczną. Na stronie internetowej www.wazektomia.com jest opisana większość problemów o jakie Pan pytał. Ale niezależnie od strony internetowej, na bieżąco możemy udzielić odpowiedzi na wszelkie pytania przez telefon lub pocztę e-mailową. Zwykle dni w tygodniu spotykamy się od godz. 17-ej, w soboty i niedziele jak Pan sobie tylko życzy. Trzeba zarezerwować ok. 45 minut czasu po przyjeździe na miejsce, zwykle jest to czas przeznaczony na rozmowę, odrobinę przyjaźni nie zaszkodzi, wypić filiżankę kawy, sprawdzić wyniki badań.. Po zabiegu można samodzielnie wracać do domu samochodem będąc równocześnie kierowcą i najczęściej tak jest, ale zawsze zapraszamy Partnerkę, jest to bardzo mile widziane.

Pozdrawiam serdecznie i czekam na telefon. Proszę pozdrowić cały Olkusz, jako że w dawnych czasach odwiedzałem tam mojego kolegę z ławy szkolnej

Panie Doktorze!

Zgodnie z naszą wcześniejszą rozmową telefoniczną przygotowałem wszelkie niezbędne badania o jakie pan prosił i jakie są wyszczególnione na stronie(wymagane dokumenty wydrukowałem i podpisane zabiorę ze sobą). Jestem zdrowy i jak do tej pory jeszcze nie złapałem żadnej infekcji ani w czasie minionej jesieni ani tej zimy (odpukać!). Chciałbym umówić się na zabieg wazektomii w dniu 20 lutego (następna sobota) około godz. 11-12. Tak jak Pan sugerował, przyjadę z samochodem, ok. 360 km, razem z małżonką i tego samego dnia wrócimy. Czy ten podany termin Panu odpowiada? Jeżeli nie, to generalnie chciałbym przyjechać w następną sobotę. Będę jeszcze kontaktował się z Panem telefonicznie. *Daniel z Olkusza*

Nazywam się Grzegorz, mam 39 lat, żona, dwójka zdrowych Dzieciaków.

Żona „mniej aktywna”

Witam serdecznie!

Mam 39 lat, jestem żonaty od 19 lat. Oboje z żoną dorobiliśmy się dwójki dzieciaków: syn lat 17 i córka lat 14. Od czasu gdy urodziła się nam córeczka, oboje z żoną postanowiliśmy nie mieć więcej dzieci. Z jednej strony cieszyłem się z tego obrotu sprawy lecz z drugiej strony miałem ciągle wyrzuty że moja żona niemalże co dzień łyka te pigułki które na pewno nie bez znaczenia odbijają się na jej zdrowiu, poza tym stała się powiedzmy "mniej aktywna". Ja natomiast od dawna zastanawiałem się nad poddaniem się wazektomi i byłem gotów na zabieg lecz żona jeszcze 5 lat temu była przeciwna. Powtarzała że w życiu różnie bywa i może będę żałował tej decyzji mając na względzie np. związek z inną osobą (z różnych przyczyn) i chęć posiadania kolejnego potomstwa. Na dzień dzisiejszy żona już nie bierze pigułek (zrobiliśmy przerwę 3 m-ą aby dać trochę odpocząć organizmowi) i postanowiła zmienić rodzaj antykoncepcji. Bardzo się ucieszyłem i ponownie zaproponowałem że poddam się zabiegowi, bo zdecydowanie NIE CHCĘ mieć więcej potomstwa oraz pragnę aby była zawsze zdrowa i nie chcę by nadal brała te pigułki. Żona po namyśle przystała na propozycję i postanowiliśmy że napiszę do Państwa ten e-mail z prośbą o kwalifikację do zabiegu. Jestem przekonany co do swojej decyzji i myślę że zabieg ten sprawi nam większy komfort psychiczny oraz fizyczny. Chciałbym się dowiedzieć czy poza dokumentami do wypełnienia z waszej strony internetowej i badaniem krwi oraz moczu muszę spełniać jeszcze jakieś inne warunki? Czy są jakieś jeszcze inne pytania na które powinienem odpowiedzieć? Pozdrawiam i czekam odpowiedzi” Grzegorz K.

Jest to jeden z niezwykle ciekawych listów jakie otrzymałem w czerwcu 2010r. W przygotowaniu jest materiał, który zostanie zamieszczony na stronie internetowej dotyczący wypowiedzi par po wazektomii z uwzględnieniem wypowiedzi i opinii Partnerek.

Nasz pacjent sam bardzo precyzyjnie opisuje swoje uzasadnienie wykonania wazektomii. Od wielu lat, to właśnie jego żona przyjmowała tabletki antykoncepcyjne licząc się z ewentualnymi powikłaniami, które wymienimy jeżeli będą takie pytania. Wskazanie do zaprzestania stosowania tabletek o których mąż wie są jednym ze wskazań do wazektomii. Żona „mniej aktywna” domyślały się że chodzi o zmniejszone libido przy tabl. hormonalnych

używanych w antykoncepcji. Kolejna ciekawa myśl tym razem po stronie Żony „*Powtarzała że w życiu różnie bywa i może będą żałował tej decyzji mając na względzie np. związek z inną osobą (z różnych przyczyn) i chęć posiadania kolejnego potomstwa*”. Niezwykle ciekawa uwaga. **Otóż metoda wazektomii jest odwracalna i jej skuteczność jest 2-3 razy większa niż in vitro, a zleży to od ilości lat jakie minęły od czasu wykonania zabiegu wazektomii(po 14 latach skuteczność rewazektomii do 30%)** Po drugie można oddać nasienie do banku nasienia i po trzecie wykonywane są zapłodnienia **In vitro poprzez nakłucie najądrza i pobrania plemników**. Jest to dobra okazja do wyjaśnienia tego problemu. Odpowiedzialność Męża za zdrowie Żony jest wyraźnie sygnalizowana w korespondencji. Niestychanie piękny przykład. „*Jestem przekonany co do swojej decyzji i myślę że zabieg ten sprawi nam większy komfort psychiczny oraz fizyczny*”.. Wg danych pochodzących od lekarzy niemieckich, relacje partnerskie po wykonanej wazektomii ulegają poprawie w 72%, wg. naszych badań można mówić nawet o 80%. Pacjent pyta czy są jeszcze inne warunki do kwalifikacji do zabiegu. Czy można w tym przypadku podać jeszcze więcej wskazań do zabiegu? W zasadzie dobrze byłoby wykonać przed przyjazdem na zabieg „**małego fryzjera**”, **ale nie na głowie tylko właśnie tam...**

Komentarz dotyczący odpowiedzi na najczęściej zadawane pytania. Tak najczęściej korespondujemy. Nie ma praktycznie żadnej rozmowy w której nie byłyby zawarte pytania w stylu:

- czy boli,
- jak długo mam się oszczędzać,
- czy mogę bezpośrednio wracać samochodem,
- czy przyjechać z kierowcą,
- jakie mogą być powikłania.,
- kiedy mogę rozpocząć uprawianie seksu,
- czy mam brać zwolnienie z pracy,
- czy dokumentacja jest dobrze chroniona bo w razie kontroli z naszej parafii żeby pan dr zniszczył wszelkie moje dane...
- kiedy mam wykonać badania na obecność plemników w nasieniu????

W czasie zabiegu nic nie boli, po.. czasami można wziąć tabletkę np.: pyralginy, nic się nie oszczędzać ale przez kolejne trzy dni zachowywać się dostojnie i ostrożnie, samochodem można samodzielnie wracać do domu jak najbardziej, z powikłań może być nieznaczne pobołowanie, obrzęk czy zasinienie wówczas o każdej takiej dolegliwości proszę nas powiadamiać, lub jeżeli to możliwe proszę o przyjazd do gabinetu (jeden z pacjentów z Poznania za bóle w tej okolicy po

zabiegu nieźle nas „opieprzył” na forum internetowym, ale wszystko zakończyło się sukcesem) nasze zalecenia co do czasu uprawiania seksu nie mają się nijak do rzeczywistości , ponieważ pacjenci i tak się nie słuchają zaleceń niektórzy z nich rozpoczynają trening jeszcze tego samego dnia, zwolnienie z pracy nie jest potrzebne, dokumentacja niezależnie od parafii nikomu bez zgody nie może być udostępniona(*takie były prośby, włącznie z prośbą o zniszczenie dokumentacji*) proszę się o to nie martwić, badania wykonujemy dwa razy w 8 i 12 tygodniu po zabiegu....

Rzecz jasna tych pytań i odpowiedzi jest nieco więcej, ale te najważniejsze wyglądają podobnie niezależnie od szerokości geograficznej...

**WAZEKTOMIA TO NAJBARDZIEJ WSPÓŁCZESNA
ANTYKONCEPCJA DLA KOBIET !!!!
Dr Eugeniusz Siwik**

XII. Wskazania do wazektomii z powodu chorób

internistycznych, onkologicznych itp.

Jakie mogą być generalne wskazania do wykonania wazektomii z powodu chorób internistycznych, onkologicznych itp.

Wskazań tych jest bardzo wiele. Wydawałoby się, że z ciężko chorą partnerką, nie powinno uprawiać się seksu. Ale życie pokazuje że tak nie jest, czy też w przypadku zaistnienia ciąży, która może zakończyć się ciężkimi powikłaniami ... Wymienione poniżej choroby, które z punktu widzenia medycznego stanowią wskazanie do zapobiegania ciąży 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.

Oto skrótowe zestawienie chorób, których występowanie powinno skłaniać do zapobiegania ciąży, a tym samym **wyrażania szacunku dla swojej partnerki życiowej.**

Opracowano na podstawie książki pt. „Ginekologia”, autor Prof. R.Klimek

Choroby kobiece

- zatrucia ciążowe
- EPH-gestoza nie poddająca się leczeniu, zagrożenie rzucawką.
- zwężenie miednicy dużego stopnia?
- przebyte operacje przetok pęcherzowopochwowych 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 obciążonego wadami dziecka
- nieprawidłowości rozwoju jaja płodowego i znacznego stopnia wielowodnie, zaśniad groniasty
- guzy macicy lub przydatków zaklinowane w zagłębieniu odbytniczo macicznym, jeśli kobieta nie wyraża zgody na zabieg operacyjny
- trzy poprzednio przebyte porody zakończone cięciem cesarskim

Choroby przenoszone na potomstwo.

- dziedziczne schorzenia umysłowe u rodziców
- nałogowy alkoholizm u rodziców
- choroby dziedziczne dające się stwierdzić w poprzednich ciążach, n: choroby Tay'aSachsa, Friedricha
- listerioza i cytomagalia u matki
- przyjmowanie talidomidu lub jemu podobnych
- leczenie 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 wskazuje 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

Należy zawsze pamiętać, że jeśli kobieta zajdzie w ciążę mimo współistnienia ciężkiej choroby i nie zdecyduje się na jej usunięcie, zdaniem 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.

Choroby układu krążenia ostre zapalenie mięśnia sercowego

- Przewlekłe zapalenie osierdzia
- 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 układu nerwowego

- stwardnienie rozsiane wieloogniskowe
- rozmiękanie mózgu
- guzy mózgu i rdzenia kręgowego
- gruźlicze zapalenie opon mózgowych i stany po nim
- zespół Parkinsona
- zaburzenia pourazowe ośrodkowego układu nerwowego
- Pani doktorze, mam 36 lat, 1 dziecko biologiczne, moja żona jest po trzech operacjach kręgosłupa L5 - S1, następna ciąża grozi Jej wózką, ma 2 dzieci z I małżeństwa, razem mamy trójkę, tabletki odpadają. Pańska metoda jest dla Nas najlepsza. Badania i zgoda w załączniku proszę o kontakt i ustalenie terminu
- Jest to tylko niewielka grupa chorób układu nerwowego, ale możemy umieścić ją również w dziale chirurgii. Jedno z ciekawszych wskazań do wazektomii, słowem cała interna(choroby wewnętrzne) wazektomia

Choroby oczu

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

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
- ciężkie plamice krwotoczne
- nowotwory złośliwe skóry (mięsak, czerniak)
- skóra pergaminowata i barwnikowa

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 naczynne i wole obojętne duże z objawami ucisku
- ropnie płuc
- tętniaki dużych naczyń

Choroby ortopedyczne

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

Choroby wątroby

- marskość wątroby
- ropne stany zapalne dróg żółciowych
- żółtaczka mechaniczna
- nowotwory wątroby

Choroby przewodu pokarmowego

- wrzód trawienny lub wrzód przełyku ze skłonnością do krwawień
- choroba wrzodowa żołądka i dwunastnicy w okresie zaostrzenia
- guzy żołądka lub jelit
- wrzodziejące zapalenie dwunastnicy

Choroby metaboliczne

- ciężka postać cukrzycy
- 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

- Gruźlica nerek
- Progresa procesu chorobowego nerek
- Obustronna kamica nerek
- Torbielowatość nerek
- Stany po operacji wszczepiającej moczowody
- Wady wrodzone nerek
- Wodonercze
- Wady rozwojowe pęcherza moczowego i cewki moczowej
- Niedorozwój obustronny nerek

Choroby psychiczne

- 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

Zalecana literatura

1. Siwik.E., Zb.Lew Starowicz., *Antykoncepcja, Planowanie Rodziny u progu XXIw., Emmmpres, 2003.(tekst książki na stronie www.wazektomia.com)*
2. LlewellynJones,D.(1989)., *Everywoman, A Gynaecological Guide for Life.*

XIII. Historia wazektomii

Nie mamy tutaj miejsca na długie opowiadanie o historii wazektomii, lecz jest to dla nas nowa dziedzina więc większość wiadomości jest niezwykle interesująca. Ogólnie mówi się o początku lat pięćdziesiątych ubiegłego wieku, czyli to już około 60 lat, u nas 7 lat. Jednak historia wazektomii i samych badań jest znacznie dłuższa i bardzo interesująca. Całość poszukiwań i kolejnych badań dotyczyła anatomii i fizjologii układu rozrodczego u mężczyzn, jak też kontroli urodzeń.

Przy nazwie nasieniowód, wymienia się tutaj nazwisko Berengarius Capri (1470-1530), a znaczenie z języka łacińskiego *prowadzenie statku-hotelu, oraz „deffere”- schodzenie w dół*. Capri był w błędzie tłumacząc schodzenie plemników w dół, a nie do góry w kierunku najądrza i kanału pachwinowego. Najstarsze dowody na stosowanie prezerwatyw w Europie pochodzi ze scen na malowidłach naskalnych w Combarelles we Francji. Najstarsze prezerwatywy znaleziono w fundamentach Dudley Castle niedaleko Birmingham. Archeolodzy w czasie połowów rybackich znaleźli małe skrawki podobne do cienkiej skóry, które zostały uznane za fragmenty prezerwatyw. Prawdopodobnie były one wykonane z jelit owiec lub świń [1642-1647][<http://goeurope.about.com/cs/sex/a/condom.htm>]

Jakie korzyści mamy z wazektomii? Nieco historii.

Naukowcy śledzą od wielu lat korzyści wynikające z przeprowadzenia zabiegu wazektomii. Jedną z pierwszych prac dotyczących skutków wynikających ze stosowania wazektomii pochodzi z 1830r. a jej autorem był sir Ashley Cooper[*B.B.Ohri M.S.F.R.C.S. & DR. P.S. Jhaver M.S., F.I.C.S.The Indian Journal of Suregery.,XX Dec., 1968 No 6 ,480-484*][Inni autorzy to: Brissaud(1880), Shattock, Selignam, Oslund(1924)

Nieco o przeszłości z 1889 roku. Lekarz zakładu karnego Harry Sharpon miał pod swoją opieką 19 letniego podopiecznego, który skarżył się na „nadmierną masturbację” i nalegał na kastrację. Sharp zrezygnował z kastracji, jako metody radykalnej natomiast zdecydował się na wykonanie wazektomii. Po kilku tygodniach od dnia zabiegu –mimo braku plemników w ejakulacie- powtórzono wazektomię. W kilka miesięcy od powtórnego zabiegu u opisywanego pacjenta zgłosił zatrzymanie masturbacji oraz znaczne postępy w więziennej szkole. Dr Sharp stwierdził, że jego pacjent „stał się bardziej pogodnego usposobienia, jaśniejszego rozumu i zaprzestania masturbacji”. Wnioski te poparł jeszcze

innym stwierdzeniem, mianowicie „*ludzki umysł i system nerwowy stają się wzmocnione przez ponowne wchłanianie spermy*”.

W roku **1911** po raz pierwszy zasugerowano istnienie zależności między dawką wyciągu z gonad a odpowiedzią organizmu. Wzmianka ta ukazała się drukiem, gdy André Pézard zaobserwował, że większe grzebienie rozwijają się u kogutów, które otrzymały większą dawkę wyciągu z gonad. W tym czasie lekarze zaczęli wykonywać pierwsze zabiegi, które wg dzisiejszych standardów były nie tylko dziwaczne, ale również niezwykle ryzykowne pod względem infekcji i odrzucenia tkanek. „**Apatycznym mężczyznom w średnim wieku**” aplikowano operację Steinacha – w zasadzie wazektomię w celu „**odmłodzenia organizmu**”, **poprzez poprawę fizycznego i psychicznego stanu w starszych mężczyzn**. Twierdzono, że po zabiegu **zanikało łysienie, poprawiała się erekcja, mężczyźni mniej narzekali na przedwczesny wytrysk i następowała u nich poprawa libido**. Krytycy uważali, że wyniki te należy przypisać efektowi placebo, mimo to lista pacjentów Steinbacha zawierała nazwiska wielkich intelektualistów, m.in. Zygmunta Freuda i Williama Butlera Yeatsa (sławny brytyjski poeta). Historia opisuje, że podczas operacji Steinbach szepnął Freudowi do ucha: „Mamusia cię kocha”, co miało wywołać późniejsze podniecenie seksualne./
(<http://www.musculardevelopment.pl/doping/art,81,historia-i-rozwoj-androgenicznych-sterydow-anabolicznych-wrzesien-2009.html>).

- **Gosselin** to **1847** i badania eksperymentalne skutków podwiązania i wycięcia nasieniowodów u psów. **1861** pierwsza reklama prezerwatyw w „New York Times”. **1873 Anthony Comstock** to polityk o wiktoriańskiej moralności, pocztowy inspektor przez 40 lat . Zakazał między innymi jakiegokolwiek kontroli urodzeń, a także zakaz na usługi pocztowe do wysyłania prezerwatyw. Wszelka grafika z udziałem nagości została zakazana, podobnie teksty ,medyczne traktujące o aborcji, antykoncepcji naukowe podręczniki traktujące o fizjologii człowieka Bernad Shaw stworzył termin „comstokery”[*cenzura literatury i innych form wypowiedzi i porozumiewania się w przypadku odczucia nieprzyzwoitości i niemoralności*] [*Helen Horowitz: Rereading Sex: Battles over Sexual Knowledge and Suppression in Nineteenth Century America: New York: Knopf: 2002: ISBN 037540192X.,Andrea Tone: Devices and Desires: A History of Contraceptives in America, New York: Hill and Wang, 2001. Available electronically at: <http://books.google.com/books?id=ClHpjlw8zQEC&printsec=frontcover&dq=devices+and+desires&cd=1#v=onepage&q=&f=false>*]

1890, Bissaud, Griffiths, Moulin- stosowali wazektomię celem leczenia ciężkiego przerostu prostaty z dużymi sukcesami.

1899-według Jhaver Hrry Sharp wykonano wazektomię u pacjenta 19 letniego, który w zakładzie karnym stosował nadmierna masturbacje. W kilka miesięcy później nie uprawiał masturbacji i zaczął robić postępy w więziennej szkole, obserwowano bardziej pogodne usposobienie, jaśniejszy rozum. Nie stwierdzano żadnych niekorzystnych objawów u pacjenta po wazektomii. Sharp twierdził również, że „*ludzki umysł i system nerwowy zostały wzmocnione poprzez ponowne wchłanianie spermy*”.(*Ochsner AJ Surgical treatment of habitual criminals. JAMA 1899*). Kolejna ciekawostka to doniesienie Harrisona który opisuje 100 przypadków wazektomii zastosowanej celem usunięcia kamieni z pęcherza moczowego. Drewno opublikowała studium 193 pacjentów poddanych wazektomii jako leczenie powiększenia gruczołu krokowego. Uzyskał 15% poprawy oddawania moczu, 67% poprawienia stanu ogólnego organizmu.

W stanie Indiana **-1907-** wprowadzono projekt ustawy upoważniającej do: **”sterylizacja obowiązkowa w niektórych przypadkach karnych- gwałcicieli, o rozpoznaniu idiota, kretyn przebywających w insytucji państwowej”**. Ostatecznie po 29 stanach w USA , w Wielkiej Brytanii nie udało się wprowadzić takiego zapisu.

I inne radykalne podejścia: Belfield-**1908-** publikuje gazetę „Sucicide Race” traktującą o społecznych pasożytach. Był jednym z propagatorów stosowania wazektomii u przestępców.

- Sharp (**1909**) w czasopiśmie JAMA wymienia wazektomię jako środek zapobiegania prokreacji u ułomnych (*ja też już miałem takie propozycje, ale nie doszły do skutku*). Namawiał kolegów do zmiany przepisów ustawodawczych, by umożliwić klinicystom do wykonania wazektomii u mężczyzn we wszystkich instytucjach.

1890, Bissaud, Griffiths, Moulin- stosowali wazektomię celem leczenia ciężkiego przerostu prostaty z dużymi sukcesami.

1899-według Jhaver Hrry Sharp wykonano wazektomię u pacjenta 19 letniego, który w zakładzie karnym stosował nadmierna masturbacje. W kilka miesięcy później nie uprawiał masturbacji i zaczął robić postępy w więziennej szkole, obserwowano bardziej pogodne usposobienie, jaśniejszy rozum. Nie stwierdzano żadnych niekorzystnych objawów u pacjenta po wazektomii. Sharp twierdził również, że „*ludzki umysł i system nerwowy zostały wzmocnione poprzez ponowne wchłanianie spermy*”(Ochner AJ., *Surgical treatment of habitual criminals. JAMA 1899*).

Kolejna ciekawostka to doniesienie Harrisona który opisuje 100 przypadków wazektomii zastosowanej celem usunięcia kamieni z pęcherza moczowego.

Drewno opublikowała studium 193 pacjentów poddanych wazektomii jako leczenie powiększenia gruczołu krokowego. Uzyskał 15% poprawy oddawania moczu i 67% poprawy stanu ogólnego organizmu.

W stanie Indiana -1907- wprowadzono projekt ustawy upoważniającej do: *”sterylizacja obowiązkowa w niektórych przypadkach karnych- gwałcicieli, o rozpoznaniu idiota, kretyn przebywających w insytucji państwowej”*. Ostatecznie po 29 stanach w USA, w Wielkiej Brytanii nie udało się wprowadzić takiego zapisu.

I inne radykalne podejścia: Belfield-1908- publikuje gazetę „Sucicide Race” traktującą o społecznych pasożytach. Był jednym z propagatorów stosowania wazektomii u przestępców.

Sharp (1909) w czasopiśmie JAMA wymienia wazektomię, jako środek zapobiegania prokreacji u ułomnych (*autor tego opracowania też już miał takie propozycje, ale nie doszły do skutku i całe szczęście*). Namawiał kolegów do zmiany przepisów ustawodawczych, by umożliwić klinicytom do wykonania wazektomii u mężczyzn we wszystkich instytucjach państwowych.?

1992 Benjamin publikuje dokumenty opisujące zasady naukowe w teorii i praktyce. Ciśnienie wsteczne w jądrze spowodowane przez przecięcie nasieniowodów prowadzi do **zwiększenia produkcji hormonów męskich**. Im blokada jest bliżej jądra tym więcej stymulacji hormonalnej. Zgłosił szereg przypadków w których *pacjenci zgłaszali większy porost włosów, intensywniejszy kolor, lepszą erekcję, zmniejszenie przedwczesnego wytrysku , oraz zwiększone libido*.

1927. W stanie Virginia zakwestionowano prawo do przymusowej sterylizacji - wazektomii. Jednak w przypadku jednej z rodzin epileptyków i umysłowo nienormalnych, sędzia wyraził zgodę na zabieg uzasadniając wyrok- *„trzy pokolenia kretynów są wystarczające”*. Zanotowano że między rokiem **1909 a 1924**, wykonano ponad 6000 zabiegów, z tego połowa była wykonana w Kalifornii.

1927- W Niemczech powołano do życia –Kaiser-Wilhelm Instytut Antropologii i Genetyki Człowieka - jako początek *„dyskryminacji rasy na podstawie grupy krwi, języka i kształtu ucha zewnętrznego i półksiężyca na podstawie paznokcia”*.

1928- Szwajcaria wprowadza na rynek pierwsze Europejskie Prawo Eugeniki.

1938- Jest to ciekawa data, pod którą zanotowano pierwszy przypadek- z sukcesem, jako zaistniałej ciąży- wykonanej *rewazektomii* u pacjenta w 4 roku od wykonanej wazektomii.

1945- Po zakończeniu II wojny światowej, alianci zakazują w Niemczech przymusowej sterylizacji. W latach 1933-1945 zanotowano 320 000 przypadków wymuszonej sterylizacji. Nie jest to pierwszy i ostatni przypadek wykorzystania medycyny w celach niezgodnych z jej etyką, przez polityków, przywódców.

1948 - O'Connor tworzy pierwszą listę wskazań do wazektomii:

- Osoby niepoczytalne, zabójca niepoczytalny, szalony
- Ze względu na stan zdrowia żony i brak jej zgody na podwiązanie jajowodów
- Umowa między żoną i mężem w celu zapobiegania ciąży
- W celu zapobiegania zapaleniu najądrzy po operacji prostaty
- W celu odmłodzenia (Procedura Steinarch)
- Sterylizacja masowa wielu ograniczeń rasowych???

1950- Garrison & Gamble publikują dokument pt. „*Seksualne skutki wazektomii*”. Raport opiera się jedynie na 50 przypadkach wykonanych wazektomii. W 47 przypadkach osiągnięto sukces. Co ciekawe większość mężczyzn zgłaszało nieznaczny wzrost libido i częstotliwości współżycia.

1951- odnotowano kolejny przypadek wykonanej *rewazektomii* zakończonej sukcesem u pacjenta, którego żona zaszła w ciążę w 6 miesiącu po operacji.

1953- Walker donosi, że nie ma żadnego negatywnego wpływu na fizyczne lub psychiczne samopoczucie pacjenta. Analizował grupę pacjentów, którzy mieli wykonaną wazektomię 30 lat wcześniej. Stwierdzono jedynie, że powikłania jakie wystąpiły były wynikiem błędów techniki chirurgicznej.

1963 –Poffenberger z Kalifornii publikuje swój raport z 2000 wazektomii przeprowadzonych w latach **1956-1961**. Raport donosi „ *pacjenci byli zadowoleni z wyniku operacji, ale mówili też o zaletach by przekonać innych do zabiegu wazektomii. Zdarzało się, że pacjenci pokonywali dystans kilkuset mil żeby przyjechać na zabieg. W tamtym analizowanym okresie zabieg wazektomii nie był stosowany jedynie w przypadku planowania rodziny*”

1967- Bergen opublikowała raport dotyczący legalizacji wazektomii w USA. Wg. raportu wazektomia stosowana w celach leczniczych nie została zakazana w żadnym państwie, z wyjątkiem stanów: Connecticut, Kansas i Utah. Wazektomia dla niektórych celów eugenicznych została utrzymana w 28 Stanach.

1970- ciekawe doniesienie. Amerykański JAMA (Journal of the American Medical Association), zatytułowany „Szczepionka przeciwko spermie” stwierdza, że reakcja autoimmunologiczna u mężczyzn po wykonaniu wazektomii, może być wstępem do badań nad szczepionką antykoncepcyjną dla mężczyzn (badania te zostały opisane w książce

1971- W mieście Cochin, Kerali w Indiach w czasie „Festiwalu Planowania Rodziny” wykonano 62 913 wazektomii w ciągu jednego miesiąca. Szacunkowy koszt to 9 mln rupii, łączna szacowana oszczędność do 162 mln rupii.

1971- Jhaver donosi o analizie wykorzystania klipsów tytanowych –czasami również je stosujemy- do blokowania nasieniowodów. Klipsy tytanowe stwarzają większe problemy w procedurze **revasektomii**.

1972 – W Wielkiej Brytanii NHS(National Health Service) Narodowa Służba Zdrowia zezwala na wprowadzenie wazektomii w celach antykoncepcyjnych.

1973 - W Indiach przeprowadzono 7 000 000 wazektomii do **1973** roku. Termin „WAZEKTOMIA” ukuty w raporcie D&H Wolfers. W tym czasie rządy wielu krajów nie stosowały specjalnych zachęt do wykonywania wazektomii. Raport sygnalizował, że ludzie-pacjenci nie powinni żyć pod presją, kiedy podejmują decyzje zastosowania tej procedury a sami świadomie podejmują decyzję kierowania własną płodnością. Niezwykle ciekawe doniesienie przedstawia ten raport. Minowicie następujące powody nie mogą być podawane jako wskazania do wazektomii.

- ✓ Jest to najlepszy prezent jaki można dać żonie(fakt)
- ✓ Że jest odwracalny(jest odwracalny)
- ✓ Że mężczyźni mogą mieć większe libido i lepsze ogólne samopoczucie(mają)
- ✓ Że nie w celu odmładzania(fakt)
- ✓ Że nie jest to sposób do rozwiązywania światowych problemów demograficznych(fakt).

1974 – jest to szczególna data. *Dr Li Shunqiang* z Instytutu Planowania Rodziny, prowincji Syczuan, przedstawił metodę wykonywania wazektomii jako „*No scaple!*”, czyli „*wazektomia bez skalpela*”. W tym okresie zabiegi wazektomii u mężczyzn w Chinach nie były zbyt popularne. Podwiązanie jajowodów było najczęściej stosowane, jako metoda dobrowolnej „sterylizacji”. Procedura ta zyskała natychmiast uznanie ze względu na znacznie mniejszą inwazyjność niż wykonywanie podwiązania jajowodów. Również ze względu na prostotę, można ją wykonywać w obszarach wiejskich. W krajach rozwiniętych – bogatych- wazektomia stawała się coraz bardziej popularna, a przyczyniły się do tego również doniesienia o niekorzystnych działaniach pigułek

antykonceptyjnych. Podkreślono również coraz większą świadomość i odpowiedzialność mężczyzn w sprawach seksualnych.

1975:

- W Niemczech sąd odrzuca, oskarżenie pacjenta o urodzenie dziecka po wykonanej wazektomii. Pacjent podpisał zgodę na wykonanie zabiegu.
- **Wagenaar** donosi o wynikach badań, które nie potwierdziły polepszenia stanu po operacji gruczołu krokowego, jako rutynowego stosowania wazektomii w takim przypadku. Potwierdził skuteczność metody, jako skutecznej metody antykoncepcji.
- **Kaplan i Huether** – długość usuniętych nasieniowodów nie jest kluczowa, natomiast usunięcie mniej niż **15** mm stwarza większą możliwość wystąpienia awarii-cięży.
- **Drueschke, Zaneveld, Burns, Rodzeń, Wingfield&Maness**- zastosowali specjalne urządzenie wprowadzane do światła nasieniowodu, jako metodę odwracalną, metoda nie uzyskała większego uznania.
- **Na Filipinach**, podsumowano program sponsorowany przez kościoły i szpitale, z którego wynikał znaczny wzrost popularności wazektomii, ponieważ przewidywane poprzednio sankcje karne zostały usunięte.

1977-2007

- **Towarzystwo Planowania Rodziny w Hong Kongu** przeprowadziło kampanię telewizyjną mającą na celu zachęcenie społeczeństwa do otwarcia się nową wiedzę planowania rodziny. Były przedstawiane przez osobistości telewizyjne dwie postacie jako „**Pan Planowania Rodziny**” i „**Pan Wazektomia**”(1977)
- **Turcja** legalizuje wazektomię i salpingektomię.(1983).
- **USA**, pierwsza wazektomia wykonana w metodzie „*No scalpel*”, przez Dr **Marka Goldstein’a**. w Nowym Jorku w Presbyterian Hospital Cornell Medical Center. Dr Goldstein jest członkiem Association of Voluntary Surgical Contraception-AVSC(Ochotnicze Stowarzyszenie Chirurgów w Antykoncepcji). Metoda została przywieziona z Chin od doktora **Li Shunqianga**. Procedura ta została wprowadzona do innych krajów świata przez kolejne zespoły lekarskie(1985).(21 lat później w Polsce).
- **FDA** w USA zatwierdza „Norplant” dla kobiet jako kolejną metodę antykoncepcji hormonalnej(wszczepienia pod skórę przedramienia)(1990).
- **Brazylia** legalizuje wazektomie i salpingektomię(1997).
- Norplant przestaje być dostępny w Anglii z powodu notowanych powikłań: przewlekłe bóle głowy, nieregularne krwawienia miesięczkowe, nudności i depresja(1999).

- We **Francji** zmieniono pierwotne zasady prawne umożliwiając wykonywanie wazektomii i salpingektomii(2001)
- Opublikowano w Chinach wyniki długoterminowych badań dotyczących powikłań po wazektomii. Jednoznacznie stwierdzono zmniejszenie występowania (BPH-benign anlargment of the prostate), łagodnego przerostu gruczołu krokowego.(2003)
- **VASCLIP** – zatwierdzone przez FDA(2003). Obecnie rzadziej stosowane.(2007)9 W metodzie VasClip wykorzystuje się małe plastikowe zaciski wielkości ziarna ryżu zakładane na nasieniowody a całość przypomina klipsy zakładane na pępowinę po porodzie. „*No Needles*” , czyli „*Bez Igły*”- wprowadzenie metody znieczulania do praktyki lekarskiej przez Dr **Ronalda Weiss’a** z Uniwersytetu Ottawa w Kanadzie. Do znieczulenia **nie** używa się igły i strzykawki, a środek znieczulający podawany jest pod ciśnieniem przez skórę w okolicę przebiegu nasieniowodu. Używa się 1/10 objętości środka znieczulającego, bez bólu, lepszym komforcie i bez najmniejszych powikłań(2005). Zabieg można rozpocząć w 5 sek. po podaniu środka znieczulającego.
- Metoda **ABISSS(autor)**–zastosowana w Warszawie dr E. Siwik (2006), podobnie dr Nowak w Toruniu.

Bez nęstwa i bez stresu (No anaesthesia) (No stress) (No stress)

Dla większości z nas posiadanie potomstwa jest czymś zupełnie naturalnym, jest to kolejny etap w życiu. Pragnienie posiadania dziecka nie może wynikać jedynie z sympatii posiadania przy sobie istoty miłej, wesołej i posłusznej. Często zdarza się, że dorośli decydują się na dzieci realizując swoje cele i ambicje, nie rozumiejąc do końca, jak wielkiego poświęcenia, oddania i odpowiedzialności wymaga wychowanie dzieci. Dość powszechne jest przekonanie, że w naturze kobiety jest urodzenie dziecka. Jeszcze obecnie w wielu kulturach panuje przekonanie, że kobieta musi być nie tylko dobrą żoną, ale i matką, a jeśli jest bezpłodna, to może się nawet liczyć z odtrąceniem przez męża(50% przyczyn niepłodności leży po stronie męczyzny).

Coraz więcej par wstrzymuje się przed posiadania potomstwa z wyboru. Bezdietne pary mają czas, wolność osobistą i środki finansowe których nie miałyby przy posiadaniu dzieci. Takie pary nazywa się DINK’ami- co oznacza *DUAL INCOME NO KIDS (podwójnie zarabiający bezdziećni)*. Mówiąc o

naszym pacjencie z Łodzi nie rozpisywałem się o szerokich przyczynach niechęci do dziecka. Na stronach Wikipedii można wyliczyć, aż 32 powody dla których ludzie decydują się na nieposiadanie dzieci, a mikro procent z nich decyduje się na wykonanie wazektomii, ten mikro-mikro procent dotyczy tylko Polski a nie krajów wysoko rozwiniętych.

Przyczyny braku chęci posiadania dzieci

- Brak ewidentnych powodów do posiadania dzieci
- Brak instynktu macierzyńskiego/ojcowskiego
- Ogólna niechęć do zachowań towarzyszących typowym dzieciom
- Ogólna niechęć do dzieci
- Obserwacja wpływu posiadania dzieci na rodzinę lub znajomych
- Niechęć do poddania się wyznaczonym rolom społecznym
- Wystarczająca satysfakcja czerpana z posiadania zwierząt domowych
- Przekonanie osobiste, że dzieciństwo jest zbyt stresującym doświadczeniem

Pobudki osobiste, środowiskowe i zawodowe

- Niechęć do poświęcenia swojej prywatności i wolności osobistej dzieciom
- Niechęć do poświęcania swojego czasu dzieciom
- Niechęć do rosnącej odpowiedzialności finansowej za dziecko, bądź finansowa niemożność posiadania dziecka
- Przeświadczenie, że posiadanie dziecka utrudni rozwój kariery
- Obawa, że posiadanie dziecka spowoduje utratę pracy lub ubezpieczenia zdrowotnego przy braku urlopu macierzyńskiego
- Przeświadczenie, że nie spodoba się rola rodzica
- Przeświadczenie, że utrzymanie odpowiednich więzi z partnerem, zarówno emocjonalnych jak i intymnych, nie będzie możliwe przy posiadaniu dzieci
- Urojona lub rzeczywista niezdolność do bycia odpowiedzialnym i cierpliwym rodzicem
- Utrzymanie wolności osobistego wyboru
- Utrzymanie spontaniczności i elastyczności w przypadku zmiany pracy lub zamieszkania w krótkim czasie

Pobudki pro zdrowotne

- Obawa o zdrowie rodzica (głównie matki) lub dziecka.

- Obawa, że istniejąca choroba jak np.: cukrzyca, depresja, lub ryzyko ciąży pozamacicznej może spowodować ciężę wysokiego ryzyka lub późniejsze problemy z wychowaniem dziecka
- Strach przed śmiercią matki lub dziecka
- Obawa, że dziecko odziedziczy chorobę genetyczną
- Niedostępność dobrej jakości i przystępnych cenowo opcji nad dzieckiem
- Strach przed ciążą, porodem, położeniem, jak również przed trwałymi zmianami ciała(np.: spadająca atrakcyjność).

Osobiste przekonanie, że dobrym uczynkiem jest dalsze zaludnianie świata.

- Przekonanie, że większy wkład społeczny można osiągnąć pracą niż posiadaniem dzieci.
- Troska o środowisko i przeludnienie świata
- Przekonanie, że ludzie mają tendencję do posiadania dzieci ze złych powodów
- Przekonanie, że sprowadzanie na świat niechcianych dzieci jest niemoralne?
- Opinia, że czyjeś poświęcenie się karierze wpłynie negatywnie na rodzicielstwo lub wykonywany zwód, nie pozwoli na bycie dobrym rodzicem
- Przekonanie ze rozmnażanie się jest niemoralne
- Uczucie, że świat jest zbyt okropny, żeby na niego sprowadzać dzieci.

Podejście filozoficzne

- Pogląd, że wychowanie dzieci, którego skutkiem jest podział ról rodzicielskich jest z góry założeniem społecznym, które ogranicza wybór stylu życia i rozwoju danej jednostki. Mocny argument wśród ruchów feministycznych.

XXIV. Salpingektomia – zablokowanie jajowodów-

antykoncepcja dla kobiet.

Salpingektomia jajowodów wykonywana jest najczęściej w wyniku przez pępkowej koagulacji jajowodów. Najczęstszym sposobem postępowania jest laparoskopowa bądź pelwiskopowa metoda elektrokoagulacji bipolarnej.

Do niedawna kobiety w USA szukające stałej metody antykoncepcji nie miały innego wyboru, jak tylko podwiązanie jajowodów [**salpingektoma**]. Jedenaście milionów (**11 000 000**) kobiet w wieku od 15 do 44 lat – (25% tej populacji) – przeszły ten zabieg, co czyni ten zabieg najbardziej rozpowszechnioną formą antykoncepcji wśród kobiet USA (zgodnie z krajowym rejestrem **Centers for Disease Control and Prevention**) i najbardziej rozpowszechnioną formą kontroli urodzeń na świecie. Co roku ponad 700 000 kobiet w USA przechodzi tą procedurę. Zabieg przeprowadzany jest w znieczuleniu ogólnym. Chociaż wskaźnik skuteczności wynosi ponad 99% jest to jednak metoda inwazyjna a ryzyko powikłań związane jest z samą techniką operacyjną i znieczuleniem. Średni koszt to **1200-2500\$**. Koszty te objęte są ubezpieczeniem **Medicaid** i kilku prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych.

W procedurze laparoskopowej, laparoskop wprowadza się przez małe nacięcie przy pępku, aby umożliwić wizualizację jajowodów. Po porodzie stosuje się metodę minilaparatomii. W ramach tej procedury wykonuje się małe nacięcie nadłonowe, aby uzyskać dostęp do jajowodów. W metodzie minilaparatomii występują częściej bóle w dole brzucha i skurcze. Przy laparoskopii tego samego dnia pacjentka jest w domu. Poniżej przedstawiono w wielkim skrócie trzy metody blokowania światła jajowodów. Metoda Pomeroy'a polega na założeniu szwu chirurgicznego na jajowód i przecięciu, drugi sposób to założenie zacisku tytanowego na jajowód i bipolarna elektrokoagulacja jajowodu.

Pomimo wzrostu liczby wazektomii, eksperci twierdzą, że zabiegi salpingektomii są nadal bardziej popularne niż wazektomie. Według danych Centrum Kontroli Chorób i Prewencji, około 50% kobiet w wieku 40 do 44, którzy stosowali **kontrolę urodzeń** w 2002 roku przeszła operację salpingektomii, ale mniej niż 20% ich partnerów płci męskiej poddało się wazektomii. Według *USA Today*, lekarze powołują się na wiele przyczyn mniejszej popularności wazektomii. W porównaniu do kobiet, mężczyźni są zazwyczaj mniej odważni z powodu procedur medycznych, w szczególności procedur dotyczących narządów płciowych. Ponadto **mity** na temat skutków ubocznych procedury - takich jak zmniejszenie poziomu testosteronu i osłabione funkcje seksualne nadal wsytepują [www.nationalpartnership.org-Women's Health Policy Report]

Wskazania do salpingektomii.

Podwiązanie jajowodów u kobiet – **salipingectomia**, podobnie jak u mężczyzn – **wazektomia**- podwiązanie nasieniowodów, jest związane ze wskazaniami. Przy salpingektomii podkreśla się jego nieodwracalność i większe ryzyko powikłań niż przy wazektomii. Urodzenie dziecka po przeprowadzonej

salpingektomii jest według prawa uważane za szkodę, która powoduje konsekwencje cywilnoprawne dla operatora.

Wskazania medyczne – przy kolejnej ciąży u danej pacjentki należy się obawiać poważnych powikłań zdrowotnych, lub nawet zagrażających życiu. Jest to cały przekrój chorób internistycznych i onkologicznych, zamieszczonych w pracy przy omawianiu wskazań do wazektomii. Szczególnym problemem kompletnie nie uregulowanym prawnie jest wazektomia i salpingektomia u upośledzonych umysłowo. W tym przypadku brak jest zdolności do pojmowania przedstawianego problemu.

Wskazania genetyczne – gdy dana osoba jest nosicielką wady genetycznej i nie może liczyć na urodzenie przez nią zdrowego potomka.

Wskazania psychosocjalne- jest to radykalne zapobieganie ciąży u kobiet znajdujących się w ciężkiej, nie dającej się poprawić sytuacji materialnej (*Martius G., wsp. Ginekologia i położnictwo, Urban&Partner., 1997.409*)

Wskazania psychiczne-osobiste- nie mieszczą się w powyższych kategoriach.

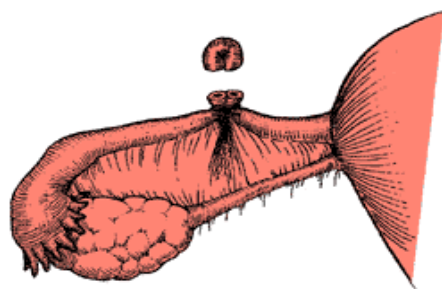
Konsultacja lekarska przed salpingektomią.

Najczęściej obejmuje (ale nie jest to warunek konieczny!) obojga małżonków, chociaż w obecnych czasach częściej mówi się o partnerach, przy czym najpierw powinna zostać przedstawiona kwestia wazektomii u mężczyzny.

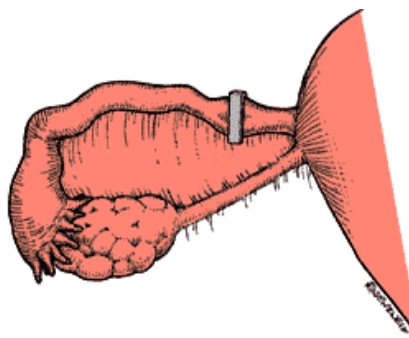
Z własnej praktyki wynika, że kobiety same podejmują taką decyzję. W czasie wizyty omawia się wszelkie aspekty bieżącej sytuacji rodzinnej, wskazania, przeciwwskazania, jak też możliwość powikłań.

Technika salpingektomii.

Salpingektomię najczęściej wykonuje się w uśpieniu ogólnym w wyniku przez pępkowej koagulacji jajowodów. Najczęstszym sposobem postępowania jest laparoskopowa bądź pelwiskopowa (przez miedniczną) metoda elektrokoagulacji bipolarnej. Inna metoda to nałożenie na jajowód klipsów z tworzywa sztucznego lub tytanu.



**Metoda Pomeroy'a
tytanowy**



Clips



Metoda bipolarnej koagulacji jajowodu

http://translate.google.pl/translate?hl=pl&sl=en&u=http://tubalreversalla.com/Ligation/coagulation.html&ei=w6tqTKfFDMiHOIOw9Y0J&sa=X&oi=translate&ct=result&resnum=2&ved=0CCUQ7gEwAQ&prev=/search%3Fq%3Dbipolar%2Bcoagulation%2Btubal%26hl%3Dpl%26sa%3DG%26rlz%3D1R2GGLL_en- [Centrum Zdrowia Kobiet i Płodności-Luizjana]

W porównaniu z innymi środkami antykoncepcyjnymi, salpingektomia (procedury przy zabiegu wymagają sali operacyjnej, skomplikowanego sprzętu, większych kosztów) jest bardzo skuteczna, wygodna i jajniki nie biorą żadnego udziału w postaci hamowania ich fizjologicznej działalności (w porównaniu do wazektomii, gdzie wtórnie plemniki są resorbowane przez organizm). Jest to jedna z najbardziej popularnych metod antykoncepcji na świecie z ponad 160 milionów wykonanych zabiegów (*1 Sieci: Fall 1997, obj.18, nr1*).

Jest to metoda wolna od działań niepożądanych, które należy uwzględnić przy innych metodach antykoncepcji: pamiętanie o łykaniu tabl. (plus efekty uboczne), manipulacje przy zakładaniu krążków dopochwowych czy prezerwatyw, wprowadzanie wkładek wewnątrzmacicznych do jamy macicy, wypisywania recept, a w perspektywie lat jest to również najtańsza metoda antykoncepcji. Ponieważ metoda ta jest trwała (nieodwracalna) dlatego nie jest odpowiednia dla każdej pacjentki. Dlatego przed podjęciem decyzji wykonania **salpingektomii** należy rozważyć takie metody jak IUD, zastrzyki lub implanty,

które w perspektywie dają możliwość posiadania potomstwa. **Zawsze pozostaje do dyspozycji metoda in vitro.** Porady dotyczące salpingektomii muszą być wykonane starannie i muszą wymagać więcej czasu niż doradztwo dla innych metod antykoncepcji. Młode kobiety -w szczególności – mogą potrzebować więcej czasu na wybór alternatywnych metod antykoncepcji, żeby w późniejszych latach nie żałować wcześniejszych decyzji. *"Každy przypadek musi być podjęty indywidualnie"*, mówi dr Sangeeta Pati, z AVSC International (*Association for Voluntary Surgical Contraception* – Międzynarodowego Stowarzyszenia - Wolontariat Chirurgicznej Antykoncepcji [<http://www.avsc.com>], nowojorskiej organizacji non-profit, która działa na całym świecie w celu poprawy jak i dostarczenia wysokiej jakości, usług salpingektomii i wazektomii. Najważniejsze jest żeby mieć odpowiedni wybór dla siebie po przestudiowaniu różnych metod antykoncepcji. Badania pochodzące z US Centers for Disease Control -CDC (Centrum Kontroli Chorób) dotyczyły analizy skuteczności *salpingektomii* w grupie **10 685 kobiet**.. Łączny 10-letni wskaźnik skuteczności wynosił 1,8 na 100 kobiet (salpingektomia), przy IUD 2,0 na 100 kobiet. Jednak długoterminowa skuteczność różni się wśród poszczególnych kategorii salpingektomii kobiet. Dla kobiet 34 i starszych, salpingektomia jest jedną z najskuteczniejszych wszystkich metod antykoncepcji, z 0,7% w skali ponad 10 lat. U młodszych kobiet w wieku 18-33 lat to ryzyko wynosiło 2,6 wg. CDC.

Ryzyko salpingektomii

Najbardziej niebezpiecznym powikłaniem jest wystąpienie ciąży pozamajacicznej. Każda kobieta dojrzała powinna znać ogólne objawy ciąży pozamajacicznej. Innym „powikłaniem” jest urodzenie zdrowego dziecka po przeprowadzonej salpingektomii. Wazektomia jest bezpieczniejsza, łatwiejsza do wykonania, oraz nieco bardziej wiarygodna niż podwiązanie jajowodów – salpingektomia- ale proces podejmowania decyzji wyłącznie na podstawie statystyki medycznej nie jest zalecany.

Objawy ciąży pozamaciczej

Objawy ciąży jajowodowej zostały podzielone na trzy stadia:

Stadium bezobjawowe (nienaruszona ciąża jajowodowa)

Bardzo często trudno jest w tym okresie odróżnić ciążę wewnątrzmaciczną od pozamaciczej. Test ciążowy w jednym i drugim przypadku jest dodatni. Brak miesiączki, może być bardziej skąpa miesiączka.

Stadium skąpo objawowe (krwawienie do jajowodu)

Pierwszym objawem pojawiającym się po około 6-8 tygodniach od ostatniej miesiączki, kiedy jajo płodowe zaczyna obumierać jest krwawienie czasem plamienie z macicy z towarzyszącym jednostronnym bólem w podbrzuszu po tej stronie po której doszło do zagnieżdżenia jaja płodowego w jajowodzie. Często jednak pęknięcie jajowodu nie jest poprzedzone krwawieniem, natomiast rzadko stwierdza się brak krwawienia przed poronieniem trąbkowym. Wizyta u lekarza konieczna!!!

Stadium podrażnienia otrzewnej (krwawienie z jajowodu). Poronienie trąbkowe w wyniku którego dochodzi do krwawienia z jajowodu charakteryzuje się bólem po stronie jednych przydatków oraz w okolicy odbytu i podczas oddawania gazów. Często dochodzi do wielokrotnych nagłych osłabień w wyniku podrażnienia otrzewnej wypływającą krwią, twarz jest blada, następuje przyspieszenie tętna a w badaniu ginekologicznym stwierdza się krwiak jajowodu (*haematosapinx*) krwiak okołojajowodowy (*haematoma peritubariale*, lub krwiak zamaciczny (*haematoma retrouterinum*).

W przypadku pęknięcia jajowodu dochodzi do nagłego, niespodziewanego napadu bólu z rozwijającym się wstrząsem (bladość, słabe tętno, trudności w oddychaniu, zimny pot, bolesny brzuch). Wstrząs, który jest stanem zagrożenia życia jest spowodowany nagłym wypełnieniem jamy brzusznej dużą ilością krwi. Szybki transport do szpitala!!!

(http://mediweb.pl/womens/wyswietl_vad.php?id=643)

Kiedy występuje najczęściej? Czynniki ryzyka.

Ciąża pozamaciczna (*graviditas ectopica*, *garviditas extrauterina*) inaczej nazywana ciążą ekotopową, jest każda ciąża, która rozwija się poza jamą macicy. Najczęstszą postacią jest ciąża rozwijająca się w jajowodzie (około 99%), rzadziej miejscem zagnieżdżenia może być jajnik oraz inne narządy jamy brzusznej lub obszar szyjki macicy. Ciąża ektopowa występuje najczęściej u kobiet między 26 a 30 rokiem życia. Przyjmuje się, że na każde 100 porodów występuje 1 ciąża ektopowa.

Do czynników ryzyka rozwoju ciąży ektopowej należą:

- Stany zapalne narządów miednicy mniejszej, opóźnione leczenie, złe leczenie _”myślałam że samo przejdzie”
- Zabiegi operacyjne jajowodów i jajników, endometriozy
- Choroby przenoszone drogą płciową (zakażenie dwoinką rzeżączki, Chlamydie i Mycoplasma hominis)
- Stosowanie antykoncepcyjnych wkładek wewnątrzmacicznych, niezwykle rzadko
- Stymulacje owulacji w terapii niepłodności
- Stany zapalne przy częściej zmianie partnerów
- Salpingektomia nieznacznie zwiększone ryzyko

Około 8-12 kobiet umiera na 100 000 przeprowadzonych salpingektomii w krajach rozwijających. Najczęstsze przyczyny powikłań to: przyczyny anestezyjologiczne, uszkodzenie dużych naczyń krwionośnych, zakażenia.

"W celu poprawy bezpieczeństwa, należy położyć nacisk na znieczulenie miejscowe, w poszczególnych przypadkach, zamiast znieczulenia ogólnego", mówi dr David Sokal z FHI(*Family Health International* <http://www.fhi.org/>) który przeanalizował wyniki badań „sterylizacji “ w szerokim zakresie. **"Znieczulenie minimalizuje możliwość powikłań."** Jednak znieczulenie ogólne nie jest odpowiednie dla wszystkich kobiet. Niektóre kobiety są uczulone na środki miejscowo znieczulające, a kobiety otyłe zwykle wymagają znieczulenia ogólnego, ponieważ operacja jest technicznie trudniejsza do wykonania. Ostatnio najczęściej stosuje się bezpieczniejszą technikę bipolarnej koagulacji jajowodów.

Ciekawym doniesieniem okazało się jedno z badań które analizowało **396 000** kobiet po przeprowadzonej **salpingektomii**. **Okazało się że w tej grupie ryzyko wystąpienia raka jajnika było mniejsze o 30%.**

Ograniczenia salpingektomii.

Większość międzynarodowych organizacji planowania rodziny przeciwstawiają się regulacjom, które zabraniają salpingektomii u kobiet poniżej pewnego wieku

lub z mniej niż określoną liczbę dzieci. *"Mimo, że para może być w młodym wieku nie ma znaczenia, czy decyzja jest prawidłowa w ich przypadku"*, mówi dr Marta Durand-Carbajal z Nacional Instituto de la Nutricia n³ Salvador ZubirÃ¡n w Mexico City, która dokonała salpingektomii i analizowała retrospektywnie zachowania co do właściwej decyzji i ewentualnego żalu po latach. ***"To nie wiek, jest istotny a osobiście podjęta decyzja"***. Niezależnie od ilości wizyt, konsultacji w ostatecznym rozrachunku liczy się własna decyzja.

Omawiając problem salpingektomii (podobnie jak i wazektomii) można natknąć się na wiele nieporozumień i mitów. Niektóre kobiety obawiają się, że po salpingektomii będą mniej kobiece, przytyją, zmniejszy się libido. Należy więc wyjaśnić, że wyżej wymienione obawy nie mają miejsca, a relacje z partnerem poprawiają się nawet do 80%. ***"Wiele kobiet myśli, że przyroście masy ciała"***, mówi dr Kamal Hazari, zastępca dyrektora w Instytucie Badań Rozrodu w Bombaju, Indie, który analizował medycznych następstwa salpingektomii u kobiet. *"Ponieważ analizowałem salpingektomię od początku lata 30-ych mogę stwierdzić że przybiera na wadze i tak , ponieważ jest to częścią starzenia się a nie procedury.* Inne nieporozumienia to, że dojrzałe jajeczka gromadzą się w organizmie, lub że jajowody łatwo ulegają ponownej drożności. Inne pytania dotyczące salpingektomii dotyczą stanu zdrowia po salpingektomii i wynikają z dyskusji naukowych. Niektórzy naukowcy uważają, że u kobiet z salpingektomią istnieje większe prawdopodobieństwo wystąpienia nieprawidłowości miesiączkowania, czasem określane jako *"zespół po salpingektomii"*. Ale najnowsze badania nie potwierdziły żadnej różnicy w zaburzeniach miesiączkowania w grupie z salpingektomią i bez.

Przeciwwskazania do salpingektomii, lub odroczenie terminu wykonania.

- Przeciwwskazaniem jest stwierdzenie wczesnej ciąży. Procedura jest odkładania do czasu wyjaśnienia podejrzenia ciąży.
- W naszym Kraju nieformalne decyzje co do wykonania salpingektomii przy trzecim cięciu cesarskim(*nieformalna umowa, każda pacjentka ma prawo poprosić o wykonanie takiego zabiegu*).
- Wg. zalecenia WHO przeprowadzenie salpingektomii można wykonać najwcześniej w 6 tygodniu po porodzie(pod warunkiem przebiegu ciąży i porodu bez powikłań) w tym czasie macica jest zazwyczaj normalnej wielkości.
- Nie ma powodów by nie stosować zabiegu u kobiet z malarią, nieprawidłowymi zmianami w komórkach szyjki macicy, gruźlicy w obrębie miednicy małej, zakażeniem wirusem HIV.
- Łagodne nadciśnienie krwi, zmiany naczyniowe w cukrzycy, łagodne choroby zastawek serca, niedokrwistość sierpowata wrodzone zaburzenia metabolizmu hemoglobiny.
- Duża ostrożność przy chorobach nerek, łagodnych lub złośliwych nowotworach wątroby
- Dostawcy usług powinni podjąć odpowiednie środki ostrożności, gdy pacjentki mają zdiagnozowane choroby nerek, łagodne lub złośliwe nowotwory wątroby, łagodną marskość wątroby, lub *schistosomiasis*.
- Zwiększone środki ostrożności należy zachować u kobiet otyłych lub niedożywionych ponieważ w grupie tej istnieje zwiększone ryzyko zakażenia rany popoperacyjnej.
- Wg. zaleceń WHO, niektóre kobiety (*zestawienie klinicznych wskazań poniżej*) mogą mieć wykonaną salpingektomię w warunkach szpitalnych z doświadczonym zespołem chirurgicznym, specjalistą anestezjologiem,

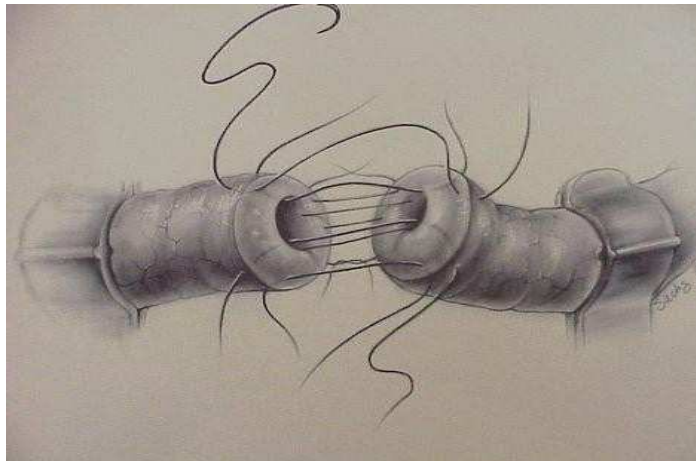
oddziałem intensywnej terapii, jednak wyżej wymienione jednostki chorobowe powinny być w trakcie leczenia lub najlepiej remisji

- ❖ Ciężkie nadciśnienie tętnicze (powyżej 160/100).
 - ❖ Zmiany naczyniowe w cukrzycy
 - ❖ Zaburzenia krzepnięcia
 - ❖ Zmiany anatomiczne miednicy małej, takie jak endometrioza, zmiany pozapalne
 - ❖ Infekcje płuc, astma, zapalenie oskrzeli i rozedma płuc ogólnych powikłań związanych z AIDS
 - ❖ Nadczynności tarczycy
 - ❖ Przepuklina pępkowa
- Inna grupa kobiet również wymaga stabilizacji lub poprawy obecnego stanu zdrowia w takich przypadkach jak:
- ❖ Głęboka zakrzepica żył.
 - ❖ Zatorowość płucna
 - ❖ Choroby przenoszone drogą płciową, inne niż HIV
 - ❖ Bieżące stany zapalne jamy brzusznej
 - ❖ Ostre choroby układu oddechowego
 - ❖ Ciężka niedokrwistość z niedoboru żelaza
 - ❖ Obecny stan zapalny dróg żółciowych
 - ❖ Kobiety mające raka szyjki macicy, raka trzonu lub jajnika nie muszą mieć przeprowadzanych tych procedur, ponieważ zastosowane leczenie powoduje że są niepłodne.
 - ❖ Niewyjaśnione krwawienia z pochwy, należy dokładnie ocenić przed sterylizacją.(Sarah Keller)

XV. Rewazektomia - odwrócenie wazektomii(reversal vasectomy, vasovasostomy, revasectomy). Czy możliwe jest zajście w ciążę po wazektomii?

Rewazektomia (vasovastomy) nic innego jak przywrócenie drożności nasieniowodów po uprzednio wykonanej wazektomii. Niezwykle rzadko może wystąpić tzw. (Scar Tissue), zwłóknienie tkanki łącznej po przebytej wazektomii – niezwykle rzadkie zjawisko- i wówczas skuteczność zabiegu rewazektomii będzie , mniejsza.

*Szanse na poczęcie dziecka po rewazektomii są zależne od czasu przeprowadzonego zabiegu i jakości spermy. Systematycznie skuteczność operacji spada do **30% w 15 roku** od czasu wykonania wazektomii.*



Rys. pochodzi z University of Virginia. Znaczne powiększenie.

Na tym rysunku widać – w wielokrotnym powiększeniu- końce nasieniowodów które szwami chirurgicznymi zostaną zbliżone do siebie. W zależności od Autora skuteczność podaje się w przedziale 30 - 85%. Te 30% dotyczy okresu powyżej 14 lat od czasu wykonania wazektomii.

Odwrócenie wazektomii jest bardziej znaczące niż operacja wazektomii i zazwyczaj ma pewne niewielkie dolegliwości. Pacjent będzie musiał unikać nadmiernego wysiłku a stosunki są zakazane przez okres **6 tygodni**. Inne dolegliwości to koszty w zakresie od 7000USD do 22 000 w zależności od ilości godzin przeprowadzonego zabiegu. W UE do 6000EU.

Lekarz może przepisać antybiotyki, ale one są opcjonalne i nie zawsze są konieczne, ponieważ rzadkością jest, że wystąpi zakażenie. Jeśli ból pojawia się, doustne środki przeciwbólowe mogą być stosowane.

Analizę nasienia należy wykonać 8 tygodni od zabiegu rewazektomii, lub do czasu uzyskania ciąży. Gdy koncentracja i ruchliwość plemników są w granicach normy, dalszą analizę należy przeprowadzić co 4-5 miesięcy w ten sposób monitoruje się, czy nie doszło do wtórnej niedrożności nasieniowodów. W USA wykonuje się 6% rewazektomii, a główną przyczyną są rozwody i nowy partner

Dowiedz się tutaj jak zająć w ciążę po wazektomii?

- Po wykonaniu rewazektomii sprawdza się w laboratorium morfologię nasienia na obecność i ilość plemników. Wymiernym rezultatem jest zającie w ciążę partnerki. Koszty procedury rewazektomii są wyższe niż wazektomii. W UE, średnio 6000EU.
- Rezultat rewazektomii może zależeć również od obecności przeciwciał, jakie mogą się rozwinąć się w trakcie trwania wazektomii. *Wymagane są dalsze badania mające na celu wyjaśnienie występowania większej możliwości wystąpienia przeciwciał gdzie w trakcie zabiegu wazektomii używano elektrokoagulacji zamiast szwów chirurgicznych (<http://www.buzzle.com/articles/discover-here-how-to-get-pregnant-after-vasectomy.html>).*
- **Inna możliwość** to zapłodnienie in vitro (IVF) i Intracytoplasmatic Sperm Injection(ICSI).
- **Kolejna możliwość** to oddanie nasienia do banku nasienia(przed planowana wazektomią) i jeżeli jest taka konieczność zajęcia w ciążę, nasienie z własnego banku nasienia zostanie wykorzystane w celu prokreacji.

XVI. Metoda antykoncepcji dla kobiet ESSURE- co to znaczy?

ESSURE jest trwałą i nieodwracalną metodą antykoncepcji która kreuje naturalną barierę przeciwko niepożądaney ciąży. Procedura może być wykonywana w gabinecie lekarskim bez konieczności wykorzystania sali operacyjnej, oraz znieczulenia ogólnego.

Metoda ESSURE polega na umieszczeniu w jajowodach, drogą pochwową i śródmaciczną wkładki z politereftalenu etylenu($C_{10}H_8O_4$)_n (PET) oplecionych na elastycznym ramieniu wykonanym ze stopu tytanu i niklu. Politereftalen etylenu(*fizjologicznie nieszkodliwy*) wywołuje reakcję włóknienia i następowego zablokowania światła jajowodu w ciągu trzech cykli. Jest to łagodna procedura, która może być wykonana w szpitalu, klinice, gabinecie lub przychodni.

W ciągu trzech miesięcy skuteczności dochodzi do 96,5%, a po 6 miesiącach, efekt jest 99,8%.

ESSURE dla jakiej grupy kobiet?

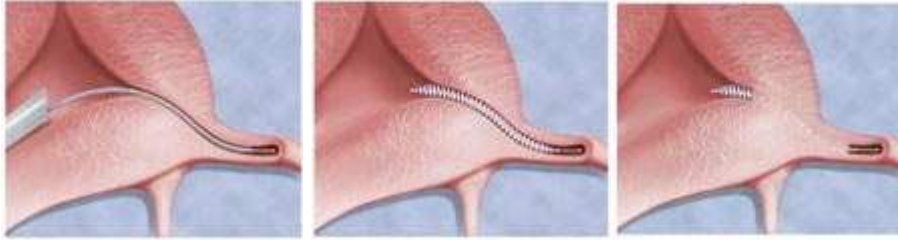
Jest to idealne rozwiązanie antykoncepcyjne dla Kobiet, których Rodziny są w komplecie a rodzina chce cieszyć się dobrą relacją z partnerem i dziećmi. Można by stwierdzić, że jest to metoda dla każdej grupy kobiet, włącznie ze wskazaniami klinicznymi do stałej antykoncepcji.

Nigdy nie musisz martwić się nieplanowaną ciążą.

- ✓ Nie ma śladów blizn na powierzchni brzucha
- ✓ Przy tabletkach hormonalnych antykoncepcyjnych po 35 roku życia zakaz ich stosowania, przy paleniu papierosów, tutaj nie ma takiego zakazu[co nie znaczy że należy czy też trzeba palić papierosy poniżej 35 r.ż]
- ✓ Nie jest to zabieg w znieczuleniu ogólnym
- ✓ Stop hormonom i ich działaniom ubocznym
- ✓ Samemu nie zgadywać – lekarz w czasie wspólnej rozmowy może potwierdzić, czy tą metodę można zastosować?
- ✓ Wolność od bólu i pobytu 8 godzin w oddziale po salpingektomii.
- ✓ Krótki czas zabiegu - Essure tylko około 10-15 minut
- ✓ Nie zaburza fizjologii cyklu miesięczkowego
- ✓ Procedura jest stała i nieodwracalna, co nie znaczy że nie można posiadać potomstwa przy zastosowaniu metody In vitro, jako że jajniki w dalszym ciągu pozostają w stanie fizjologicznym,

Nieco o procedurze

Procedura Essure nie wymaga nacięć powierzchni brzucha jakie stosuje się w czasie wykonywania salpingektomii, czyli podwiązania jajowodów.. Zamiast zacisków tytanowych na jajowody, lub bipolarnej elektrokoagulacji wykorzystuje się histeroskop wprowadzany przez pochwę do jamy macicy za pomocą którego zakłada się wkładki jajowodowe Essure.



Rys.I.

Rys.II.

Rys.III.

Rys. I przedstawia moment założenia wkładki jajowodowej

Rys. II. Wkładka jajowodowa w jajowodzie

Rys. III. Niedrożność jajowodu

Procedura nie jest odwracalna, zawsze pozostaje do dyspozycji In vitro.

Jak wygląda ESSURE?



Proces ten trwa do 8 tygodni. W tym okresie należy kontynuować inną formę antykoncepcji. Trzy miesiące po zabiegu Essure, należy wykonać HSG (histerosalpinografia) aby sprawdzić położenie wkładek jajowodowych, potwierdzając, że można polegać na skuteczności antykoncepcji (badanie to wykonuje się po trzech miesiącach od dnia zabiegu).

Jakie możliwe powikłania?

Nawet nowe urządzenie Essure ma potencjalne ryzyko ciąży pozamacicznej. (*Przepisywanie informacji" (PDF). Essure. Płodu. 08.09.2005. http://www.essuremd.com/Portals/0/Skins/Conceptus_Skin/PDFs/CC-0366-prescribing-info.pdf. Źródło: 12.12.2006).*,/ *Hurskainen R, Hovi SL, Gissler M, et al. (kwiecień 2009). "histeroskopowe jajowodów sterylizacji: przegląd systemu Essure" . Fertil. Sterylne.. doi : 10.1016/j.fertnstert.2009.02.080 . PMID 19409549 . [http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0015-0282\(09\)00507-X](http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0015-0282(09)00507-X)*

- Cięża i zwiększone ryzyko ciąży pozamacicznej
- Ból, skurcze, krwawienia z pochwy, zmiany w strukturze menstruacyjnej, okresowo przedłużone miesiączki, w czasie pierwszych 2 cykli.
- Nudności, wymioty, lub omdlenia
- Reakcja alergiczna na materiał

[<http://www.essure.com>]
 (http://www.endosource.com/sitepages/home.php?page_id=1]

ESSURE zatwierdzona przez FDA (Food Drug Administration)

W listopadzie 2002 r., US Food and Drug Administration zatwierdziła nową metodę kontroli urodzeń, która nie wymaga nacięcia powłok brzusznych. Jest to jedyna i dostępna metoda przez szyjkowa zatwierdzona przez FDA w USA. W metodzie tej wykorzystuje się histeroskop., wprowadzany przez pochwę i szyjkę macicy do jamy macicy.

W badaniach klinicznych oceniono skuteczność metody ESSURE. W ciągu trzech miesięcy skuteczność wynosiła 96,5% i 100% po sześciu miesiącach. Inne dane mogą być nieco inne, mianowicie po roku skuteczność wynosi 99,78%, a po dwóch latach 99,81%. W ciągu tygodnia od wykonania procedury, prawie wszyscy uczestnicy badania ocenili ogólny komfort jako „dobry” lub „doskonały”. a 98% kobiet oceniło długotrwałe zadowolenie z metody ESSURE jako „dobre” lub „doskonałe”. Procedura Essure przeszła gruntowne badania kliniczne w Stanach Zjednoczonych, Europie i Australii.

Metoda ESSURE jest dostępna dla tych Kobiet, u których podwiązanie jajowodów jest przeciwwskazane np.: z powodu współistniejących chorób, w tym otyłości, poprzednie operacje jamy brzusznej, alergie lub reakcje na znieczulenie ogólne. Procedura ta jest tańsza i może być wykonana w poradni, gabinecie lekarskim. Niektóre firmy ubezpieczeniowe zwracają koszty tej procedury.

Zalety i wady metody ESSURE

- Po zabiegu należy jeszcze stosować inną metodę antykoncepcji
- W tym okresie nie można zakładać wewnątrzmacicznych wkładek antykoncepcyjnych
- Istnieje potencjalna możliwość niezbyt dokładnego założenia wkładki jajowodowej
- Procedura jest nieodwracalna
- Potencjalnie większa możliwość wystąpienia ciąży pozamacicznej
- Procedura nie jest odwracalna, zawsze pozostaje do dyspozycji In vitro.

XVII. ADIANA kolejna metoda antykoncepcji dla Kobiet.

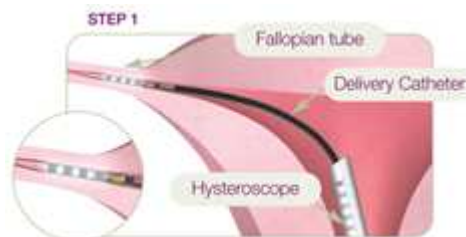
Adiana - stała , bezpieczna, prosta, mało inwazyjna metoda antykoncepcji dla kobiet.

Procedura systemu Adiana jest bardzo podobna jak w metodzie ESSURE, jedynie różni się wkładką jajowodową i zapewnia ochronę przed niepożądaną ciążą. Mikroimplanty zakłada się do jajowodów w warunkach ambulatoryjnych, w znieczuleniu miejscowym, sam zabieg trwa ok. 20 minut.[Mayo Clinic].. Jest to procedura minimalnie inwazyjna gdzie stosuje się histeroskop.

Jaka jest procedura?

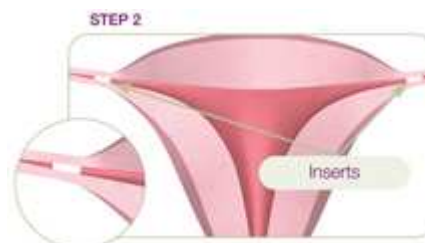
Dostępne są cztery proste kroki procedury Adiana:

Krok 1: cienkie, elastyczne narzędzie (cewnik) wprowadzone przez histeroskop do jamy macicy w okolicę macicznych ujść emitujące niski poziom energii fal radiowych (energia wytwarzająca ciepło celem wytworzenia powierzchniowych uszkodzeń śluzówki- mikrokoagulacja- w części widocznej na ryc.1.,,



Ryc.1

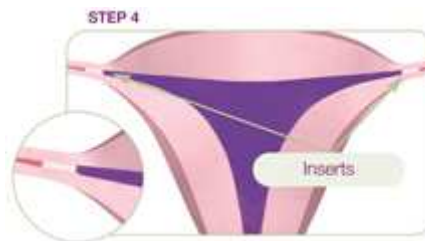
Krok 2: małe, miękkie wkładki - o wielkości ziarna ryżu - są umieszczane w każdym z macicznych ujść jajowodów z jajowodów, tam, gdzie zastosowano mikrokoagulację.



Krok 3: W ciągu trzech miesięcy należy użyć stosować dodatkową metodę kontroli urodzeń, aż do momentu, kiedy wkładki Adiana ostatecznie zablokują jajowody.



Krok 4: HSG - histerosalpingogram jest wykonywany po 3 miesiącach celem stwierdzenia czy światło jajowodów jest obustronnie zablokowane. Wykonanie testu HSG jest pewnego rodzaju dolegliwością ze względu na dostępność tego zabiegu.. Czasami w tym celu wykorzystuje się badanie USG, lub persuflację, jednak są to metody mniej dokładne.



[Błąd! Nieprawidłowy odsyłacz typu hiperłącze. <http://www.adiana.com>]

Po zabiegu. Działania niepożądane.

Po 30' od zabiegu zabiegu udajemy się do miejsca zamieszkania. Działalność wynikającą z obowiązków można podjąć tego samego dnia. Działania niepożądane mogą obejmować:

- Skurcze i poboiewanie w dole brzucha
- Bóle w okolicy krzyżowej
- Nudności, rzadko wymioty
- Poboiewania głowy
- Krwawienie lub plamienie
- W każdym przypadku telefon do lekarza!!!

Kiedy należy skontaktować się z lekarzem?

- ✓ Ciężkie krwawienie
- ✓ Ostre bóle utrzymujące się w obrębie miednicy
- ✓ Gorączka
- ✓ Patologiczna wydzielina z pochwy
- ✓ Osobisty kontakt z lekarzem!!!

„Jeśli uważasz, że jesteś w ciąży w dowolnym czasie po zabiegu, należy skontaktować się z lekarzem natychmiast”.

Ryzyko systemu Adiana

Ryzyka związane z systemem Adiana obejmują:

- Niedrożność jajowodów tylko po jednej stronie
- Perforacja macicy lub jajowodów
- Zakażenie
- Nieznacznie zwiększona możliwość wystąpienia ciąży pozamacicznej
- System Adiana nie chroni przed infekcjami przenoszonymi drogą płciową.
- Trudności w zastosowaniu systemu Adiana w przypadku stwierdzenia zrostów w jamie macicy(po ablacjach), lub przy znacznych zniekształceniach macicy przy istniejących mięśniakach
- Nie można zastosować tego systemu w przypadku poprzednio przebytej ablacji

- *Referencje*

1. *Adiana* (). *Bedford, Massachusetts: Hologic Inc, 2009.* [http:// www.accessdata.fda.gov/cdrh_docs/pdf7/P070022c.pdf](http://www.accessdata.fda.gov/cdrh_docs/pdf7/P070022c.pdf)
2. *Smith Rd.* *Contemporary hysteroscopic metod of sterilization women.* *International Journal Gin. Obst.* 2010:108; 79.
3. *J. Abbott* *Sterylizacja przezszyjkowa.* *Current Opinion in Obstet. Gynecol.* 2007; 19:325.
4. *RA Hatcher, et al.* *technology of contraception.* 19- ed. *Nowy Jork, NY: Ardent Media, Inc* 2007:1.
5. *Sterylizacja kobiet i mężczyzn.* *American College of Obstetrics and Gynecologists.* [http:// www.acog.org/publications/patient_education/bp011.cfm](http://www.acog.org/publications/patient_education/bp011.cfm)

Jak przygotować się do zabiegu?

Wizyta u lekarza obejmuje:

- Przegląd ryzyka i korzyści tej metody antykoncepcji
 - ✓ Zapytaj o swoje powody wyboru tej metody i czy jest sens stosowania tej metody w młodym wieku – późniejsze rozczarowania.
 - ✓ Wyjaśnić szczegóły tej procedury
 - ✓ Omówić przyczyny i prawdopodobieństwo niepowodzenia tej metody
 - ✓ System Adiana jest nieodwracalny
 - ✓ Omówić potrzeby, aby zastosować inną metodę antykoncepcji przez okres trzech miesięcy, zgodnie z procedurą, niedrożność jajowodów lub do czasu potwierdzenia
 - ✓ Lekarz pomoże Ci wybrać najlepszy czas do zastosowania tej procedury.

[[http:// www.hologic.com](http://www.hologic.com)]

ADIANA sytuacja w UE i na świecie. Hologic?

Hologic, Inc (NASDAQ: HOLX), wiodący deweloper, producent i dostawca systemów obrazowania medycznego i chirurgicznego włącznie z produktami przeznaczonymi do świadczenia usług zdrowotnych dla Kobiet. Hologic otrzymał zgodę na oznakowanie systemu Adiana CE ® jako systemu antykoncepcji..

Oznakowanie CE umożliwia Hologic homologację systemu Adiana na rynek w 27 krajach Unii Europejskiej (UE) i trzech krajach należących do Europejskiego Stowarzyszenia Wolnego Handlu[EFTA] z czterech państw członkowskich Europejskiego Stowarzyszenia Wolnego Handlu (EFTA). Oznakowanie CE jest uznawane w wielu krajach poza Europejskim Obszarem Gospodarczym. Hologic jest w trakcie rejestracji w systemie Adiana w Kanadzie i Australii.

Jest to kolejny krok milowy dla Hologic GYN w mikrochirurgii ginekologicznej stwierdził Tony Kingsley dyrektor Hologic GYN. „Przezszyjkowe metody antykoncepcji kobiet oferują znaczne korzyści w porównaniu do tradycyjnych metod laparoskopowych "Przezszyjkowe metody antykoncepcji kobiet oferują znaczne korzyści w porównaniu do tradycyjnych metod laparoskopowych, " zauważa ginekolog Sebastiaan Veersema, MD, Szpital Św Antoniego, Nieuwegein w Holandii.

"Antykoncepcja histeroskopowa daje możliwość innego wyboru dla kobiet stosujących antykoncepcję nieodwracalną” dodaje Andrew Baxter, konsultant, starszy wykładowca, w Katedrze i Klinice Położnictwa i Ginekologii, Szpitala Royal Hallamshire, Sheffield, UK. Zabiegi te wykonuje od 6 lat. Metoda ta pozwala na uniknięcie przyjęcia do szpitala, uśpienia, uniknięcia zagrożeń związanych z laparoskopią, nacinania powierzchni brzucha, powrotu po 30’ do domu z wysokim poziomem satysfakcji pacjentek. Jednak metoda ta wymaga dalszych badań, co jej skuteczności[www.medicalnewstoday.com/articles/136463.php.,www.ideasforsurgery.com/2009/01/15/adiana-tra...]

Najczęściej zadawane pytania

Co to jest nieodwracalna antykoncepcja Adiana ?

Adiana jest to nieodwracalna, bezpieczna, prosta i mało inwazyjna antykoncepcja dla Kobiet

Jaki jest mechanizm działania systemu Adiana?

W metodzie tej wkładki jajowodowe umieszczone są umieszczone wewnątrz jajowodów. Jajeczko po owulacji nie może zostać zapłodnione, jak też nie może dostać się do jamy macicy.

Jak jest różnica pomiędzy systemem Adiana a podwiązaniem jajowodów?

W przeciwieństwie do podwiązania jajowodów, procedura Adiana nie wymaga nacięcia, powierzchni brzucha, pozwala na uniknięcie ryzyka związanego z narkozą, nie wymaga kilkugodzinnego pobytu w szpitalu. Mniejszy dyskomfort..

Jaka jest skuteczność systemu Adiana?

W większości żadna z metod antykoncepcji nie jest skuteczna w 100%. Skuteczność metody Adiana określa się na 98.4%. Jak poprzednio wspomniano konieczna jest kontrola drożności jajowodów za pomocą HSG po 3 miesiącach od daty wykonania zabiegu.

Czy procedura Adiana jest odwracalna?

Procedurę Adiana należy uznać za metodę stałą i nie odwracalną, chociaż na świecie istnieją ośrodki które specjalizują się w chirurgicznym udrażnianiu jajowodów.

Właśnie urodziłam dziecko. Po jakim czasie mogę wykonać procedurę Adiana?

Jeżeli podjęliśmy taką decyzję to można wykonać ta procedurę najwcześniej 3 miesiące po porodzie.

Czy wkładki Adiana bezpieczne?

Małe, miękkie wkładki wykonane są z wysokiej klasy materiału, bezpieczne dla organizmu ludzkiego.

Czy owulacja występuje po zabiegu?

Tak. Procedura Adiana nie wpływa na funkcjonowanie jajników. Owulacja będzie nadal występowała do czasu menopauzy.

Jak długo trwa procedura Adiana?

Cała procedura trwa zwykle od 12- do 20 minut.. Może on zostać przeprowadzony w gabinecie lekarskim.

Kiedy dowiem się czy ta metoda jest już skuteczna?

Po trzech miesiącach należy wykonać HSG czyli histerosalpingografię. Na zdjęciach rentgenowskich widać czy kontrast jest blokowany w miejscu wkładek jajowodowych Adiana.

Jeżeli zostało stwierdzone że brak kontrastu w jajowodach, to znaczy, że skuteczność metody uznajemy za 100%.

Który z lekarzy może wykonać u mnie taką procedurę?

Jest to bardzo trudna odpowiedź w naszym Kraju. Ponieważ nikt nie został przeszkolony w dziedzinie Essure i Adiana. W USA po roku 2002 kiedy FDA zatwierdziła metodę ESSURE, przeszkolono 9000 lekarzy!!! Należy się spodziewać się, że te dwie metody będą dostępne pod koniec 2010 roku obecnej ery, czyli trzeciego tysiąclecia.

Czy procedura Adiana obejmuje moje ubezpieczenie?

W większości krajów procedury te są pokrywane z różnych rodzajów ubezpieczeń.

W naszym Kraju nikt nie słyszał o metodzie Essure, Adiana, więc tym bardziej o zwrocie kosztów.

Ilu pacjentów jest zadowolonych z procedury Adiana?

Wiele badań wskazuje na to, że Kobiety są zadowolone nawet do 99%.

Kiedy w naszym kraju?

Grudzień 2010

XVIII. ROZDZIAŁ SPECJALNY - OGÓLNE PROBLEMY

ANTYKONCEPCJI

XVIII.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*(w rozumieniu metod mikrochirurgicznych takich jak – wazektomii, salpingektomii, ESSURE i ADIANA, Anglosasi używają często określenia STRYLIZACJA, ale w rozumieniu wyżej wymienionych metod chociażby wazektomii(sterylizacja to usunięcie gonad, a wazektomia nie ma nic z tym wspólnego)*). 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.

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 a przyrost ludności jest tam 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 ciążę 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 (*Population reports: Family Planning Programs. The John Hopkins University, Series j, No 27, May-june 1984*) 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**).

Za szybko, za późno, za dużo, 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.

XVIII.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 nie domagań we wszystkich sprawach związanych z układem rozrodczym, jego 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. (Szamatowicz.M.: *Seksualność a niektóre [problemy medycyny rozrodu. Aktualne problemy seksuologii 1998;103-111]*). 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 sztucznych poronień w uzasadnionych przypadkach*
- *opieka przed porodem, w trakcie porodu i poporodowa*
- *problemy zdrowotne kobiet z wiązane 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:

- Akceptację
- Bezpieczeństwo
- Dostępność
- Odwracalność
- Przystępna cena
- Skuteczność

Wszystkie te kryteria spełnia między innymi wazektomia.

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 **wazektomia-salpingektomia** jest najskuteczniejsza dla tych małżeństw, które nie chcą mieć więcej dzieci, lub dla tych którzy w ogóle nie chcą mieć potomstwa, jak też dla kobiet z całą gamą chorób internistycznych, nowotworowych itp.

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 rozprowadzania. 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(**choć istnieją inne powikłania zdrowotne**).

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(*Douglas J.B.W., Simpson H.r.:Hight In relation to Huberty, family size and social class, za: Lesiński J., Family size. It's influence in family's health. Ecoomic Strus and social welfare, Obst.Gynecol. Survey, 1976,31,421*), 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. Jedynacy 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(*Lesiński J., Family size. It's influence In family's health. Economic status and social welfare. Obst. Gynecol. Survey, 1976,31,421*) [3].

Według Światowej Organizacji Zdrowia (*WHO – World health Organization* , *Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) jest jedną z wyspecjalizowanych organizacji działających w ramach ONZ. Zrzesza 131 krajów i zajmuje się sprawami zdrowia w skali międzynarodowej*) 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 (*Dingle J.H.,Badger G.F., Simpson H.R.,Illnesses In the Home: Study of 25000 illnesses In a grup of Clevelend familie.,Obst.Gynecol. Survey, 1976, 31, 421*). 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*” (Kozakiewicz. M., *Raport w sprawach: planowania rodziny, poradnictwa małżeńskiego i rodzinnego oraz wychowania seksualnego w Polsce w roku 1978, Problemy Rodziny, 1978,2*).

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 (Cekański A., *Postępy w zapobieganiu niepożądaną ciążą. Problemy Rodziny, 1982, 5-6, 86-95*).

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 niepożądaną ciążą (Programy dotyczące wychowania seksualnego przygotowane przez Ministerstwo Zdrowia i Opieki Społecznej w 1993, nie zostały zaakceptowane przez Ministerstwo Edukacji Narodowej).

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

XVIII.3 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 (*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*) 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 salpingektomia polegająca na podwiązaniu jajowodów u kobiet. W Polsce zabieg ten jest wykonywany bardzo rzadko, niekiedy podczas trzeciego cięcia cesarskiego, kiedy wiadomo, że następna ciąża grozi życiu kobiety. W chwili obecnej lekarze ginekolodzy są tak zastraszeni, że nawet przy wykonywaniu trzeciego cięcia cesarskiego nie wyrażają zgody na wykonanie salpingektomii.

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 (*Population report: Periodic abstinence: How well do New approaches work?, 1981, seria 1, no 3*).

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 miesiączkowe u kobiet są często nieregularne i tzw.

szczyt owulacyjny może występować w różnych dniach cyklu, zwłaszcza u kobiet młodych i u starszych, przed menopauzą. Na jego wystąpienie wpływa 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.

XVIII.4 Naturalne Planowanie Rodziny - NPR

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 **melasy**. Sądzone, 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, ałun 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 krążki 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 krążki dopochwowe wykonane z mięszu 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. 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 sztucznemu poronieniu, Hipokrates opracował inne metody zapobiegające ciąży.

Platon był zwolennikiem zmniejszenia rozrodczości 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 wstrzemięźliwość 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”, która 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 (pochrzn)*, w której korzeniach odkryto **diosgeninę**, z której mógł być wytwarzany progesteron. Początkowo wyłącznym źródłem hormonów były zwierzęta. W celu wyprodukowania pojedynczej dawki potrzebnej dla jednej pacjentki, 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, pielęgniarki 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 niezwykła placówka – Towarzystwo Świadomego Macierzyństwa, przemianowane w roku 1970 na Towarzystwo Planowania Rodziny, działające na terenie całego kraju.

XVIII.5 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 (*Imieliński K.: Życie seksualne. PZWL. Warszawa, 1967*).

Nowoczesna antykoncepcja dysponuje różnymi metodami i środkami antykonceptyjnymi, 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 ^{*)} lub spermatogenezę ^{**)}
- 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)*
- *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*
- *zaufanie do lekarza.*
- ^{*)} *Owulacja jest to uwolnienie dojrzałej komórki jajowej z pękniętego pęcherzyka.*
- ^{**)} *Spermatogeneza to proces przebiegający w kanalikach nasiennych jąder, a polegający na powstawaniu plemników z pierwotnych komórek rozrodczych męskich.*

Powyższe czynniki były przedmiotem badań, a szczególnie poddano badaniom wiedzę kobiet o antykoncepcji. Z badań Urszuli Bielak (*Bielak U., Stan wiedzy o sposobach zapobiegania ciąży. Akademia Medyczna, Wydział Pielęgniarstwa, Lublin, 1991, 1457*) 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 (*salpingektomia promil promila*)

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 (*Bielak**)

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. (*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. Tatum H.I.*

W badanej populacji (*Bielak**) 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. 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. 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*).

Amerykanki stosują dwukrotnie częściej doustne środki antykoncepcyjne, my przodujemy w męskiej prezerwatywie, stosunku przerywanym, metodach naturalnych i być może w stosowaniu WWA (wewnątrzmaciczna wkładka antykoncepcyjna), 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*)

Dobór poszczególnej 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 (**przy zastosowaniu wazwktomii do 78%**). Poziom lęku w grupie kobiet z wewnątrzmacicznymi wkładkami antykoncepcyjnymi oraz w grupie stosującej metodę objawowo-termiczną nie uległ istotnym zmianom w okresie prowadzonych badań (*Tomaszewski M.: Współczesna antykoncepcja, Lekarz, 2,98, 32-33*). 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 przyjściu 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 (**stąd coraz większe zainteresowanie salpingekomią, metodą ESSURE i ADIANA**)

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^o 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)*

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.**

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 antykoncepcyjnych (DŚA). Przy doborze odpowiedniego środka hormonalnego należy również rozważyć typ konstytucjonalny kobiety (*Tomaszewski M.*).

Metody niehormonalne

1. Metody barierowe. Nastolatki niechętnie stosują błonę dopochwową czy kapturki naszyjkowe jako stałą metodę antykoncepcji (**obecnie coraz częściej stosowana NuvaRing**). 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 „zajście”.

Coraz częściej stosowany jest medroksyprogesteron (Depo-Provera) do podawania domięśniowego, co 12 tygodni.

Sama antykoncepcja nie rozwiąże problemu niepożądanych ciąż wśród nastolatków. 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

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^{*)} i oralizm^{**)}.

Z chorób przenoszonych drogą płciową należałoby wymienić: rzeżączkę, nieswoistą infekcję narządów płciowych spowodowanych przez chlamydię^{***)}, opryszczkę narządów płciowych, kiłę, wirusowe zapalenie wątroby typu B oraz AIDS. AIDS jest chorobą najgroźniejszą z wymienionych, bo najczęściej nieuleczalną.

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

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

*****) Chlamydia jest to choroba wywoływana przez drobnoustrój z rodzaju drożdżopodobnych grzybów. Może on być przyczyną zapalenia pochwy i szyjki macicy, jak też nie rzeżączkowego zapalenia cewki moczowej i jajowodów.*

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 (obecnie jest to już pewne).

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.**

Medyczne przeciwwskazania do zajścia w ciążę.

Wymienione poniżej choroby, które z punktu widzenia medycznego stanowią wskazanie do zapobiegania ciąży lub jej przerwania^{*)} 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 wieloogniskowe
- 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 wszczęcie 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
- 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 cięża poważnie zwiększy niebezpieczeństwo lub uniemożliwi jej wykonanie
- nowotwory złośliwe i niezłośliwe przełyku, jelit, sutka, płuc, wątroby, trzustki wymagające leczenia chirurgicznego
- ciężki zespół porzekcyjny żołądka i jelit
- przepukliny przeponowe, rozległe przepukliny brzuszne lub kroczone
- wole naczynne 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
- żółtaczka mechaniczna.

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. [*KlimekR., Ginekologia, PZWL, Warszawa, 1982, 424-428*].

1.9. Substancje i leki teratogenne.

Ludzkie namiętności są silniejsze niż kliniczne przeciwwskazania do zachodzenia w ciążę, wynikające z przedstawionych powyżej ciężkich schorzeń. Stąd jest to potencjalna grupa do stosowania np.: **wazektomii**. 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, dihydrestreptomycyna
- leki przeciwwzimmiczne (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, chloramfenikol)
 - 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
 - inhybitory ACE
 - leki adrenergiczne: leki alfa-adrenergiczne, leki beta-adrenergiczne
 - leki przeciwwarytmiczne: 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, nitroprusydek 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, meprobramat
- witamina D

1.10. Opieka ginekologiczna nad kobietami chorymi na padaczkę – antykoncepcja.

Ekspertki 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 [*EL-Sayed Y.; Obstetric and Gynecologic Care of Women with Epilepsy. Epilepsia. 1998.39;8:17;17-25*]. Opieka ginekologiczno-położnicza nad kobietą z epilepsją wymaga współpracy z neurologiem, genetykiem, pediatrą, pielęgniarką [*Devinsky O, Yerby M.: Women with epilepsy: reproduction and effects of pregnancy on epilepsy. Nerol. Clin 1994;12:479-95*].

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

Poniżej przedstawiono leki przeciwpadaczkowe obniżające działanie leków antykoncepcyjnych.

Tab. Wpływ leków przeciwpadaczkowych na doustne środki antykoncepcyjne(DŚA).

Redukują efekt antykoncepcyjny	Bez zmian na DŚA
barbiturates	felbamate
carbamazepine	gabapentin
oxcabazepine	lamotrigine
phenytoin	vigabatrin
toprimate	volproate

Niektórzy autorzy proponują zastosowanie większych dawek EE nawet powyżej 50 µg w tabletkach antykoncepcyjnej [Trussell J. Thatcher R.A.]. 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.

1.11. 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 [Beck W.W.jr.: *Poożnictwo i ginekologia, Urban&Partner, WMW, 1995,263*].

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%.

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 [Kultys J.A., Naprawska E.: *stan wiedzy o antykoncepcji wśród uczniów śląskich szkół*

ponadpodstawowych w dobie zagrożenia AIDS/Hiv, *Seksuologia* 1998; 5:21-27]... Mianowicie autor badał pochodzenie źródeł wiedzy na temat znajomości tematów dotyczących antykoncepcji.

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 [*Sirko I., Poręba R.: Czynniki wpływające na poziom wiedzy z zakresu wychowania płciowego u młodzieży środowiska miejskiego. Gin Pol. 1993;64:381-385*]. „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 „prozdrowotnych zachowań”. To wypowiedź mgr M. Sawickiej, z zawodu położnej, która w artykule dyskusyjnym omawia skalę zjawiska poprzez przyczyny, wzory zachowań i konsekwencje [*Sawicka M.: Dlaczego dzieci rodzą dzieci, macierzyństwo nastolatek. Magazyn Pielęgniarki i Położnej 2000;8:34-35*]. 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 [*Money J.: Sexual resolution and couterrevolution. Horn Res*

1994;41:44-48]. 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.

1.12. 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 [*Department of Health, Teenage Pregnancy-Report from the Social Exclusion Unit – Cm 4342,1999*] [King H.: *Antykoncepcja nastolatków, Wiadomości położniczo-ginekologiczne, 2001,6:4-12*]. 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. rozumienie Gillick (nazwa pochodzi od precedensu sądowego, w którym sąd uznał, że niepełnoletnia pacjentka, panna Gillick, dobrze rozumiała 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 nastolatek w wieku 15-19, który wynosi 96/1000, czyli jedna na 10 dziewcząt zachodzi w ciążę [*Hamburg D.A., Nightingale E.O, Tkanishi R.: J Am Med. Assoc.1987; 257:3405-3446*]. Podane statystyki nie obejmują często ciąż zaistniałych przed 15. rokiem życia, ciąż zaistniałych z młodocianym partnerem i ciąż powstałych w wyniku współżycia rodzeństwa [*Krzysiek j., Czop A, i wsp. Ciąża u nieletnich – współczesny problem cywilizacyjny. Sztuka leczenia, 1997;3:43-50*]. Ocenia się, że w Kanadzie 40 tysięcy nieletnich mieszanek tego kraju zaszło w ciążę w roku 1995 [*Miller R.: Preventing adolescence*

pregnancy and associated risks. Can. Fam. Physician, 1995;41,1525-31]. 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 [*Komorowska A.: Ginekologia wieku rozwojowego, PZWL, Warszawa, 1991,379-384].* 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 [*Spitz A.M. et al.:Pregnancy, abortion, and birth rates among US adolescent – 1980 and 1990. JAMA; 275:989-995].*

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 [*Fiedling J.E., Williams C.A.:Adolescents pregnancy In the United States; a review and recommendations for clinicians and research Leeds. Am J prev Med.1991;7;47-52].* 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 [*Walker A.R., Walker B.F., Stelma s.: Is Brest cancer avoidable? Could dietary changes help? Int J Food Nutr. 1995;46:373-381].* 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 [*Dawcewicz R. i wsp. Analiza opieki przedporodowej u młodocianych rodzających w Klinice Położnictwa IGP AM w Szczecinie w latach 1990- 1992. Gin.pol. 1993;64:395 398].*

Stwierdzono, że konsumpcja alkoholu, palenie papierosów lub stosowanie narkotyków bywają częstsze w grupie młodocianych ciężarnych [*Davis R.L. et al.: Trends In teenage smoking During pregnancy. Am J Dis Child. 1990; 144: 1297-1301].* 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 [*Stevens-Simon C., Lowy R.:Teenage childbearing and adoptive strategy for socio-economically disadvantaged Or a strategy for adoptoing to socio- economic disadvantage? Arch pedr Adolesc Med. 1995; 149:912-915].*

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 odgrywają 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. Jak 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 niepełodna [The Journal Medical Association, 1998;12 VIII]. 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 [Oh M.K., Reinstein R.A., Solieu E.J.: *Chlamydia trachomatis cervical infection and*

oral contraceptive use among adolescent girls. J Adolesc Health Care 1989;10:376-381], z tego 8-10% każdego roku zachodzi w ciążę [*Shaefer M., Sweet R.: Pelvic inflammatory disease In adolescent females. Pediatr Clin North Am 1989;36:513-533*].

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 [*Berenson A.B., Wiemann C.M.: use of levonorgestrel implants versus oral contraceptives In adolescence. A case control study. Am J Obst Gynecol 1995;172:1128-37*]. 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 [*Tempelton C.L. et al.: Postpartum Contraceptive Use Among Adolescent Mothers. Obstetrics Gynecology. 95;5:770-76*].

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. Zannotowano 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.**

Prof. W. 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 wstydlivości, 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 [*Preventing and reducing the adverse effects of unintended teenage pregnancies. Effective health Care Bulletin. NHS Centre for reviews and Dissemination, University of York, 1997;1(3)*].

1.13. 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*
- *Młodziutka 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** (Doustne Środki Antykoncepcyjne) 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 [*Wo:Iner-Hansen 200*] 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 [*Wo:Iner-Hansen: Zapalenie narządów miednicy mniejszej, rozpoznanie, Ginekologia po Dyplomie 2000;2:39-41*]. 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 [*Sweet R.L.: Zapalenie narządów miednicy mniejszej: leczenie. Ginekologia po dyplomie 200;2000;2:42-44*].

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), naglące 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 przebytych 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,
- dyspaurenia (bolesne stosunki), zrosty w miednicy mniejszej wymagające interwencji chirurgicznej (występują w 15-20% przypadków) [*Frank-Herrmann p., Freundl G., et al.: Effectiveness and acceptability of the symptothermal method of Natural Family Planning In Germany. Am.J Obstet Gynecol 1991;165:2052-2054*].

Zmiany pozapalne w obrębie jajowodów odpowiadają za około 20% przypadków niepłodności i dotyczą około 1-2% wszystkich kobiet. Jak wynika z badań szwedzkich mimo agresywnego leczenia około 6% gonokokowych i 17% niegonokokowych zapaleń przydatków prowadzi do niepłodności. [*Wgestro:m L.: Effect of acute pelvic inflammatory disease on fertility. Am J Obstet Gynecil. 1975;121:707-713*]

Prawdopodobieństwo wystąpienia niepłodności na skutek pozapalnego uszkodzenia jajowodów zwiększa się, jeśli oprócz zakażenia w wywiadzie stwierdza się stosowanie WWA (Wewnątrzmaciczna Wkładka Antykoncepcyjna), 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 ciąż, 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 [Gibson M.: *Zapalenie narządów miednicy mniejszej: odległe następstwa zapalenia przydatków. Ginekologia po Dyplomie 2000;2:45-47*].

XVIII.6 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 uzasadnionym 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” [Niemiec K.T.: *Antykoncepcja – czy wciąż wybór mniejszego zła? twój Doktor. 2003;2:27*]. 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 klinicznych

przyczyni się zapewne do stworzenia odpowiedniego programu rządowego..
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. [*Karta Lekarza. Zasady wykonywania zawodu lekarza w nowym tysiącleciu, Medycyna praktyczna, wydanie specjalne. 2002;2:1-8*]

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 embriion 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 [*Schenker J.G.: Women's reproductive health: monotheistic religious perspectives. Int J Gynecol Obstet 2000;70:77-86*]

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 zaspokojenia 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 dopuszczą 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.

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 niepełna 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 przyjścia 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 zapału 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.

XVIII.7 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. Obecnie w Izraelu wykonuje się zarówno wazektomię jak rewazektomię.

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.

XVIII.7 Rozważania ogólne

Międzynarodowa Federacja Planowanego Rodzicielstwa

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, bezpiecznych sztucznych poronień 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” [*Mastroianni L. Jr., Doustne środki antykoncepcyjne: korzyści poza antykoncepcją* > *Medycyna po dyplomie, wol.2,3, 1993,166*].

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 być ona 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 spożycia 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 postkoitalnych wypowiedziała się w Medycynie Praktycznej prof. Eleonora Zielińska z Katedry Prawa Karnego Wydziału Prawa Uniwersytetu Warszawskiego (do dnia dzisiejszego uważa wazektomię za sterylizację!!!) 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”[Czyli salpingotomii]?

[Słowo „sterylizacja” umieszczono w cudzysłowie mając na uwadze to, że chodzi o wazektomię lub salpingektomię a nie usunięcie gonad]

Kobiety w Polsce nie mają prawa do „sterylizacji”[czytaj salpingektomii czyli zablokowania jajowodów a nie usunięcia gonad] na życzenie. „Sterylizacja”[salpingektomia] może być przeprowadzona jedynie ze wskazań lekarskich [*Beck W.W.: Zagadnienia medyczno prawne w położnictwie i ginekologii, Położnictwo i ginekologia, Urban-Partner, Wydawnictwo Medyczne, Wrocław 1995,483.,93*]. Przeprowadzenie „ sterylizacji” (sterylizacja to usunięcie gonad a salpingektomia jest jedynie metoda antykoncepcji i nikt nigdy nie zabraniał tej metody) bez wskazań, nawet za

zgoda 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.**

Podwiązanie jajowodów: studium przypadku

Czy kobieta zamężna, będąca już matką, może domagać się podwiązania jajowodów? [*Lekarz a prawa człowieka. Dobrowolna sterylizacja kobiety. Wydawnictwo Comer, 1996, 97-99(94)*].

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 abstractio*: 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 [*Kongregacja doktryny Wiary, A.A.S. 68019760.,738-740(95)*]
- **Protestanckiej:** 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. Małżonek winien być o tym poinformowany. [*Beck W.W. jr., Ginekologia Urban&Partner, 1995, 465-477*]

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 **Naruszanie 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/pacjent 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).

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 [*Sprawa Jorgensen przeciw Mead Johnson laboratories, 1973*].

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
- Ciąże 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.^o. rozmaz pobierany jest co 6 miesięcy, jeżeli I.^o - 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 [Siwik E., Czekanowski R.: *estimation of cytological Sears of IUD. Abstarcts of papers presenred AT the Heidelberg International symposium on „New Aspects In Female Contraception: Update and Trends”*, *Gynecological Endocrinology, Pantheon Pu blishing, 198757*].

„Sterylicacja” (wazektomia, salpingektomia) w USA.

„Sterylizacja”(wazektomia, salpingektomia) jest zabiegiem operacyjnym wykonywanym w celu pozbawienia okresowej zdolności do prokreacji.

Sterylizacja na życzenie

Szpitala 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 ekotopową - zewnątrzmaciczną).

Sterylizacja bez zgody pacjentki.

W 20 stanach USA prawo zezwala na sterylizację „pacjentki” bez jej zgody. Dotyczy to pacjentek niedorozwiniętych umysłowo z powodu chorób genetycznych, przebywających 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.

1.27. 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 (te same zasady dotyczą pacjentów)

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/pacjenta 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.
- 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.

XX. Antymacierzyństwo w Polsce !!! Salpingektomia metodą antykoncepcji z wyboru?

Dla większości ludzi posiadanie potomstwa jest czymś zupełnie naturalnym, jest to kolejny etap w życiu. Pragnienie posiadania dziecka nie może wynikać jedynie z sympatii posiadania przy sobie istoty miłej, wesołej i posłusznej. Często zdarza się, że dorośli decydują się na dzieci realizując swoje cele i ambicje, nie rozumiejąc do końca, jak wielkiego poświęcenia, oddania i odpowiedzialności wymaga wychowanie dzieci. Dość powszechne jest przekonanie, że w naturze kobiety jest urodzenie dziecka. Jeszcze obecnie w wielu kulturach panuje przekonanie, że kobieta musi być nie tylko dobrą żoną, ale i matką, a jeśli jest bezpłodna, to może się nawet liczyć z odtrąceniem przez męża (50% przyczyn niepłodności leży po stronie mężczyzny).

Poprzednio opisałem przypadek naszego pacjenta z Łodzi. Poniżej co człowiek to opinia i uzasadnienie nieposiadania potomstwa. Przykłady wypowiedzi Kobiet, które chcą mieć wykonaną salpingotomię, lub partner wazektomię. Ta grupa będzie szukała trwałej metody antykoncepcji. To nie jest ta grupa która ma dzieci, jedno dwoje czy czwórkę i więcej nie planują, a sama myśl o niechcianej ciąży powoduje wieloletnie stresy.

Żadnych zupek, kupek, ząbkowania, pieluch i niańczenia. Coraz więcej polskich małżeństw nie chce mieć dzieci... jak wielka jest to skala nie wiadomo.

W Polsce realizuje się niemiecki scenariusz. Już 20 proc. kobiet w wieku 40 - 45 lat nie ma dzieci, dwa razy więcej niż w latach 80. Podobnie dwukrotnie więcej mężatek niż 20 lat temu pozostaje bezdzietnych (blisko 15 proc.) Najczęściej z dzieci rezygnują kobiety dobrze wykształcone i dobrze zarabiające. O tym, ilu mężczyzn wybiera bezdzietność, nie ma danych.

XX.1. Niemowlęta nie wzbudzają u mnie żadnych pozytywnych uczuć.

„Nigdy nie bawiłam się lalkami imitującymi niemowlę, niemowlęta nie wzbudzają u mnie żadnych pozytywnych uczuć, raczej zdecydowanie negatywne, nigdy nie poczułam nawet śladowego instynktu macierzyńskiego, ogólnie dzieci przez całe życie omijam szerokim łukiem. I pomimo tego czuję się szczęśliwa i spełniona na wielu płaszczyznach, a jako matka byłabym co najmniej fatalna”

„Joanna przyznaje otwarcie „jestem egoistką”: „Nie mam najmniejszej ochoty znosić trudów ciąży i porodu, a potem kolejnych trudów macierzyństwa. Uśmiech dziecka nie wynagrodziłby mi niewyspania (obecnie śpię ok 9 -10 h na dobę), obrzanych pieluch (jestem megawrażliwa na smród, wszystkie śmierdzące rzeczy do wyczyszczenia muszę dawać mojemu chłopakowi, bo ja od razu mam odruch wymiotny, dosłownie), problemów z moim ciałem (rozstępów już mi wystarczy na całe życie, za więcej dziękuję. Na przytycie też nie mam ochoty. A tym bardziej na problemy z kręgosłupem i nietrzymaniem moczu)” - wylicza na blogu, podkreślając, że nie zamierza się „poświęcać i być z tego powodu nieszczęśliwa” .

*„Znam całą masę kobiet bezdzietnych, bez celu w życiu... Mężczyźni zostawiali je dla młodszych, bo ząb czasu jakoś mężczyzn oszczędniej traktuje” - uważa **Analogowy**. Wobec swoich rówieśniczek jest bezlitosny: „Teraz chce się mieć wszystko od razu, mieszkanie, plazmę (LCD), samochód, pralko-suszarke, kuchnię z wyspą, komputery, bajery... solaria, fitnessy, tipsy, pillingi, korekty plastyczne, aparaty na zęby, markowe ciuchy, markowe perfumy, wykwintne knajpki, ogrody... i gdzie tu miejsce dla dziecka? Lepiej kupić Yorka, bo to i przewijać nie trzeba i fajny lansik, jak nasra na skwerku, lub adaptować kota”. Jest to przykład dzielenia anty macierzyńskich poglądów młodych Polek.*

„Do mnie dość późno dotarło, że nie każdy musi mieć dziecko i że to nie jest jedyny życiowy cel. Niestety wciąż nie bierze się mnie i mojego zdania poważnie, bo przecież " każda chce mieć dziecko, a jak nie chce to nienormalna". Cóż, wolę być nienormalna niż taka jak wszyscy. Bez planów, bez ambicji, bez pasji, bez życia”.

I kolejna wypowiedź: *„ wiesz, czemu kobieta w dzisiejszym świecie nie chce być matką? Bo: dzieciak zawsze jest na jej głowie, bo facet "ma lewe ręce" albo włoży, wyjmie i ucieknie, więc po co samej się męczyć. Bo: w tym kraju dzieciak bardzo dużo i długo kosztuje. Czasy się zmieniły. Dziś, żeby mieć dzieci, to ojciec musi tyle samo pracy włożyć w ich wychowanie i opiekę co matka. Po tych postach dopiero możesz zauważyć, jak wiele kobiet nie chce dzieci i jak*

bardzo pomyliłeś się w swoim postrzeganiu świata i kobiet". Inne niezwykle ciekawe spojrzenie, na antymacierzystwo.

I na podsumowanie: „*Zabawa, moda, kariera... lecz przychodzi dzień kiedy wszystko to mija i nie pozostaje nic innego jak adoptować kota".* Czyli **najpierw urodzić jeżeli to możliwe a dopiero później wykonać salpingektomię lub wazektomię???**

XX.2. Antymacierzyństwo na świecie.

W Niemczech, USA, a nawet Japonii "*no kidding*" jest zjawiskiem na ogromną skalę. W Stanach Zjednoczonych już 15 lat temu powstało stowarzyszenie **Childless by Choice (Bezdzielnicy z wyboru)**, które zachwala rezygnację z macierzyństwa. Zdaniem wielu feministek kobieta nowoczesna to taka, która nie jest matką - mówi dr Derek Hoschiko, Amerykanin japońskiego pochodzenia i naukowiec z Seattle. No cóż odważne powiedzenie!

XX.3. Wybieram życie samotne lub we dwoje.

Według Fiony McAllister i Lyndy Clarke, autorek raportu dla brytyjskiego ośrodka Family Policy Studies Centre, bezdzietność jest wpisana w nowoczesne społeczeństwo. Amerykanka Yvonne Marie Vissing, profesor socjologii z USA i apologetka bezdzietności, idzie krok dalej. – „*Możecie być dumne z tego, że nie macie dzieci. Nie jesteście niepełnowartościowe. Wręcz przeciwnie, wybierając bezdzietność, stawiacie na siłę, piękno i miłość* „. Wyjątkiem jest tu Francja i kraje skandynawskie”. Prasa francuska pisze o wielkim „reour au foyer”- powrocie Francuzek do domu na łono rodziny.

Danielle Rousseau, prezes stowarzyszenia kobiet dyrektorów Dirigeantes, opowiada na łamach "La Croix" o młodych adwokatkach, dyrektorkach finansowych, które wyhamowują karierę, żeby wychowywać dzieci. - Kobiety są lepiej niż kiedyś wykształcone w zakresie psychologii dziecka. Wiedzą, że poświęcając im pierwsze lata życia, dadzą im lepszy start- tłumaczy. Niezwykle ciekawy przykład kariery wraz z dziećmi.

XX.4. Kobieta nie równa się matka

- „*Nie rusza mnie maluch w wózku, a opowieści o zupkach i ząbkowaniu wywołują mdłości - nie przebiera w słowach 27-letnia **Karolina**, absolwentka architektury. - Koleżanki niedosypiające miesiącami z powodu dzieci uważam za szalone. I dodaje: - Większość z nich na szczęście poszła po rozum do głowy i wie, do czego służy antykoncepcja.*”

*Dziś fakt, że nie chcę być matką, nie przesądza o mojej wartości - mówi 30-letnia **Magda**, prawniczka z Warszawy. - Kiedyś takie jak ja uważano za zakatę społeczeństwa. Na szczęście stajemy się coraz bardziej tolerancyjni. Moje otoczenie rozumie, że moje życie to moja sprawa. Problem w tym, że mężczyźni niekoniecznie. Niedawno z powodu niechęci do macierzyństwa rozstała się z wieloletnim partnerem. – Bartek jest już szczęśliwym mężem i wkrótce zostanie ojcem córeczki. Ja nie chciałam, a przede wszystkim nie mogłam mu tego dać – mówi bez żalu”*

„ Z macierzyństwa całkowicie rezygnuje wiele Polek i Polaków, ale na odwagę mówienia o tym stać niewielu – najczęściej SA to osoby publiczne i to kobiety. Bez oporów opowiadają o tym Hanna Bakuła. Olga Lipińska, Maria Czubaszek, czy amerykańska pisarka Amy Tan. Najczęściej tłumaczą swoją decyzję brakiem instynktu macierzyńskiego, egoizmem, chęcią robienia tego co jest dla nich ważne”.

Bezdzielnymi są znanne aktorki, dziennikarki np.: Daryl Hannah, Oprah Winfrey, Jennifer Aniston, Ashley Judd. W Polsce dzieci nie mają Grazyna Torbicka i Dorota Warakomska. Słynnymi orędownikami „no kidding” są George Clooney i Hugh Grant. Jedną z młodych polskich aktorek o kreśliła z pogardą swoje koleżanki jako „niańczące”. Z niechęcią o przemianie koleżanek w mamy wypowiadała się też Anna Mucha. Brak potomstwa nie zawsze wynika z takiej postawy, ale często ze zwyczajnej niepłodności własnej lub partnera.

XX.5 Czy ja potrafię?

Czy "kids-free"(wolne od dzieci) mają wspólne cechy, co ich łączy? - Być może bezdzietni mają jakieś doświadczenia życiowe, które zdecydowały o ich postanowieniu - mówi Tatiana Ostaszewska-Mosak, psycholog kliniczny. Zastrzega jednak, że ustalenie profilu psychologicznego bezdzietnych może być karkołomne. - Pewne cechy mogą być dla nich wspólne: *koncentracja na sobie, własnych potrzebach i osiągnięciach, poddanie się charakterystycznym zachodnim wzorcom kulturowym i obowiązującemu stylowi życia, nastawienie na branie bez równowagi dawania. Być może także brak zaufania do własnej*

sity emocjonalnej, której wystarczy tylko dla siebie i partnera – wymienia Ostaszewska-Mosak. Trend anty-dziecięcy jest silny wśród dziennikarzy i w świecie show-biznesu. Ich styl pracy i życia nie sprzyja utrzymywaniu rodzinnych więzi, za to upowszechnia modę na bezdzietność. Nieobciążony potomstwem jest postrzegany często jako "cool", wiecznie młody, bardziej zadbany niż „podtatusiały” mężczyzna czy „mamucha”. „Niechęć do posiadania potomstwa otwarcie deklaruje też 44-letni **Witold**, szef działu informacji w jednym z tygodników. - *Dzieci to strata czasu. Nie boję się samotności, nie mam potrzeby powielania swojego materiału genetycznego. Nie chcę nic nikomu przekazywać ani poznać smaku ojcostwa - wylicza. - Nie widzę powodu, żeby zachwycać się tym, że ktoś zrobił pierwszy krok czy powiedział jakieś słowo. Wszyscy dorośli, których znam to potrafią – żartuje”.*

Jest zwolennikiem popularnych w krajach anglosaskich stref "**no kids**", czyli restauracji i innych obiektów publicznych, gdzie może przebywać z ludźmi "kompletnymi". Takim opiniom nie dziwi się 30-letni **Marcin**, młody aktor. Zawsze gdy wsiada do samolotu, rozgląda się, czy nie ma tam dzieci. - Bachory najczęściej wyją mi nad uchem - mówi. Po czym dodaje: - Sam jestem jeszcze dzieckiem, jak mam wziąć za kogoś odpowiedzialność? Do tego na resztę życia. Bo niby dzieci dorastają, ale tak naprawdę ciągle żyjesz ich sprawami. A ja chcę pożyć dla siebie – mówi.

XX.6. Lęk, stres, przepracowanie, jedyna zasada to brak zasady!

Fakty są nie do podważenia: w Polsce rodzi się coraz mniej dzieci. Odnawialność na poziomie 1,3, jedna z najniższych w UE, w USA -1,9. Z badań wynika, że przyczyny wielu decyzji o nieposiadaniu dzieci związane są z brakiem poczucia bezpieczeństwa życiowego: stałej pracy, poziomu zarobków. Do tego upowszechniana jest postawa "radź sobie sam i dojdź do czegoś" – mówi socjolog MariaMossakowska. Dziecko to następna osoba w naszym życiu. To nie ono ma dawać coś nam, ale my jemu.

Według **Pauliny**, dyrektor artystycznej w jednym z wydawnictw prasowych, ludzie odpowiedzialni mają problem z podjęciem decyzji o posiadaniu dzieci. - Zawsze mogę stracić pracę i co wtedy? *Najwięcej dzieci mają osoby niefrasobliwe i niewykształcone twierdzi Paulina.*

Uważa też, że dziecko wypełnia pewną pustkę w życiu człowieka. - Mam pasjonującą pracę i wiele zainteresowań, nie muszę dzieckiem wypełniać jakiegoś braku. Poza tym nie mam chyba instynktu macierzyńskiego – podsumowuje.

Bez wątplenia część osób, które nie chcą dziecka, ma odpowiednie warunki, żeby sobie na nie pozwolić. - Problem leży nie w poziomie życia, lecz w gotowości do zajęcia się kimś w pełni od ciebie zależnym, przejęciem na siebie ciężaru ukształtowania małego człowieka – mówi Derek Hoschiko.

Pomimo przemian obyczajowych decyzja "**nie chcę mieć dzieci**" nadal nie jest mile widziana w naszym społeczeństwie. Stereotyp matki - Polki silnie tkwi w naszej podświadomości. Niechęć do posiadania dzieci i przyznanie "**nie chcę ich mieć w ogóle**" są dużo trudniejsze do zaakceptowania przez otoczenie niż "**jeszcze nie teraz**". Tak najczęściej odpowiadają na pytania dociekliwych zdecydowani bezdzietni.

XX.7. Cena niezależności i swobody.

Tatiana Ostaszewska-Mosak w swojej praktyce często spotyka osoby, które żałują decyzji o braku dzieci albo o ich późnej próbie powołania na świat. Zwłaszcza gdy mają problemy z jego poczęciem – 4 mln par bezdzietnych nie z wyboru. Choć są też tacy, którzy trzymają się swojej decyzji. - W wielu przypadkach to naturalna strategia obronna. *Bronię swojego wyboru, nawet jeśli po czasie uważam inaczej - mówi.* Dlatego wszystkie metody planowania rodziny powinne być dostępne w danym Państwie.

XX.8. Ubezpieczenia społeczne a zabezpieczenie starości?

Powszechne ubezpieczenia społeczne sprawiły, że potomstwo nie jest już koniecznym zabezpieczeniem na starość. Ponadto łatwo dostępne środki antykoncepcyjne, akceptacja życia w konkubinatach, a co za tym idzie - nietrwałość związków, nie sprzyjają myśleniu o prokreacji. Z jednej strony to dobrze, ponieważ lepiej, by dzieci płodzili ludzie, którzy naprawdę ich pragną i dojrzeli do rodzicielstwa. Z drugiej strony osoby bezdzietne tracą coś bardzo cennego: doświadczenie bycia rodzicem i - gdy będzie już za późno - najprawdopodobniej będą miały poczucie straty. Po 30. roku życia zdecydowana większość kobiet i znaczna część mężczyzn dojrzewa do rodzicielstwa, nawet jeśli wcześniej nie odczuwali takiej potrzeby twierdzi psycholog *Bogusław Włodawiec.*

XX.9. USA – bezdzietność z wyboru

Stany Zjednoczone nie są krajem przyjaznym w zakładaniu rodziny: krótkie urlopy, wysokie ubezpieczenie zdrowotne, krótkie urlopy, krótkie lub nieistniejące urlopy wychowawcze, wysoki koszt opieki nad dzieckiem, wysoki koszt studiów to tylko wierzchołek góry lodowej. Słowem same trudności ale jak wspomniałem wyżej współczynnik odnawialności społeczeństwa jest prawie na poziomie 2,0 a w Polsce 1,3 warte zastanowienia.

Coraz więcej par wstrzymuje się przed posiadania potomstwa z wyboru. Bezdzietne pary mają czas, wolność osobistą i środki finansowe których nie miałyby przy posiadaniu dzieci. Takie pary nazywa się **DINK**'ami- co oznacza **DUAL INCOME NO KIDS** (*podwójnie zarabiający bezdzietni*). Mówiąc o naszym pacjencie z Łodzi nie rozpisywałem się o szerokich przyczynach niechęci do dziecka. Na stronach [Wikipedii](#) można wyliczyć, aż 32 powody dla których ludzie decydują się na nieposiadanie dzieci, a mikro procent z nich decyduje się na wykonanie wazektomii, ten mikro-mikro procent dotyczy tylko Polski a nie krajów wysoko rozwiniętych.

Brak chęci posiadania dzieci

- Brak ewidentnych powodów do posiadania dzieci
- Brak instynktu macierzyńskiego/ojcowskiego
- Ogólna niechęć do zachowań towarzyszących typowym dzieciom
- Ogólna niechęć do dzieci
- Obserwacja wpływu posiadania dzieci na rodzinę lub znajomych
- Niechęć do poddania się wyznaczonym rolom społecznym
- Wystarczająca satysfakcja czerpana z posiadania zwierząt domowych
- Przekonanie osobiste, że dzieciństwo jest zbyt stresującym doświadczeniem

Pobudki osobiste, środowiskowe i zawodowe

- Niechęć do poświęcenia swojej prywatności i wolności osobistej dzieciom
- Niechęć do poświęcania swojego czasu dzieciom
- Niechęć do rosnącej odpowiedzialności finansowej za dziecko, bądź finansowa niemożność posiadania dziecka
- Przeświadczenie, że posiadanie dziecka utrudni rozwój kariery
- Obawa, że posiadanie dziecka spowoduje utratę pracy lub ubezpieczenia zdrowotnego przy braku urlopu macierzyńskiego
- Przeświadczenie, że nie spodoba się rola rodzica

- Przeświadczenie, że utrzymanie odpowiednich więzi z partnerem, zarówno emocjonalnych jak i intymnych, nie będzie możliwe przy posiadaniu dzieci
- Urojona lub rzeczywista niezdolność do bycia odpowiedzialnym i cierpliwym rodzicem
- Utrzymanie wolności osobistego wyboru
- Utrzymanie spontaniczności i elastyczności w przypadku zmiany pracy lub zamieszkania w krótkim czasie

Pobudki pro zdrowotne

- Obawa o zdrowie rodzica (głównie matki) lub dziecka.
- Obawa, że istniejąca choroba jak np.: cukrzyca, depresja, lub ryzyko ciąży pozamacicznej może spowodować ciążę wysokiego ryzyka lub późniejsze problemy z wychowaniem dziecka
- Strach przed śmiercią matki lub dziecka
- Obawa, że dziecko odziedziczy chorobę genetyczną
- Niedostępność dobrej jakości i przystępnych cenowo opcji nad dzieckiem
- Strach przed ciążą, porodem, położeniem, jak również przed trwałymi zmianami ciała(np.: spadająca atrakcyjność).

Osobiste przekonanie, że dobrym uczynkiem jest dalsze zaludnianie świata.

- Przekonanie, że większy wkład społeczny można osiągnąć pracą niż posiadaniem dzieci.
- Troska o środowisko i przeludnienie świata
- Przekonanie, że ludzie mają tendencję do posiadania dzieci ze złych powodów
- Przekonanie, że sprowadzanie na świat niechcianych dzieci jest niemoralne?
- Opinia, że czyjeś poświęcenie się karierze wpłynie negatywnie na rodzicielstwo lub wykonywany zawód, nie pozwoli na bycie dobrym rodzicem
- Przekonanie że rozmnażanie się jest niemoralne
- Uczucie, że świat jest zbyt okropny, żeby na niego sprowadzać dzieci.

Podejście filozoficzne

- Pogląd, że wychowanie dzieci, którego skutkiem jest podział ról rodzicielskich jest z góry założeniem społecznym, które ogranicza wybór stylu życia i rozwoju danej jednostki. Mocny argument wśród ruchów feministycznych.

XXI Antymacierzyństwo młodych Polek



XXI.1 Dzieci to śliniące się „potwory”.

1. *„Nigdy nie bawiłam się lalkami imitującymi niemowlę, niemowlęta nie wzbudzają u mnie żadnych pozytywnych uczuć, raczej zdecydowanie negatywne, nigdy nie poczułam nawet śladowego instynktu macierzyńskiego, ogólnie dzieci przez całe życie omijam szerokim łukiem. I pomimo tego czuję się szczęśliwa i spełniona na wielu płaszczyznach, a jako matka byłabym co najmniej fatalna” – (taka jedna).*
2. *„Zdarza mi się spotkać z dzieciami znajomym lub kimś z rodziny, i przy dziecku często występuje kwestia do mnie lub mojego chłopaka **"Popatrz, za parę lat też będziesz takie mieć!"**. W takich sytuacjach tylko milczę, bo nie mam ochoty na tłumaczenie, że może ja wcale nie chcę **"takiego za parę lat mieć"** - pisze. **Filkotny** opisuje scenkę: „Pewna para, u której gościłam jakiś czas temu, próbowała na siłę zaprzyjaźnić mnie ze swoim kilkumiesięcznym potomkiem. Nie wypadało krzyczeć i uciekać, ale nachalne podtykanie mi śliniącego się malucha pod nos w końcu zaowocowało moim, dość ogólnym i w powietrze rzuconym (bo i jakże tu inaczej zareagować, żeby kogoś nie urazić) stwierdzeniem, że ja to tak nieszczególnie szaleję za dziećmi, poza tym nie umiem się z nimi obchodzić, więc pakowanie mi ich cennego skarbu na kolana może mieć zgubne skutki. Najpierw spotkałam się z niedowierzaniem, potem z pewnym żalem, a na końcu z zapewnieniami, że polubię, jak będę miała własne. Opcja, że nie zamierzam ich mieć, całkowicie nie dotarła do moich rozmówców. Nie byli w stanie w żaden sposób tego przetrwać, ani przyjąć do wiadomości, więc kontynuowali żart i zapewnienia, nadal **"atakując"** mnie swoją córką. Całą moją cierpliwość i samozaparcie wykorzystałam tego dnia na powstrzymywanie gniewu, do którego w końcu doprowadzili”. Chciała powiedzieć : „Zabierzcie ode mnie tego śliniącego się, śmierdzącego potwora, którego nie umiem postrzegać, jako słodkiego, rokosznego stworzonka” i powstrzymała się tylko poprzez*

delikatność. Znajomi mogą być pewni, że prędko ich nie odwiedzi.(*Yavanna*)

3. **Immoramento** Mimo tego, że dzieci budzą w niej wstręt, chce w przyszłości je... uczyć. *„Dlatego nie chcę mieć dzieci, żeby móc być w pracy na czas, żeby pracę zostawić w pracy, a w domu, poza drobnymi obowiązkami, zająć się sobą, mężem, przyjemnościami. Wychowywanie dziecka to dodatkowa praca, za którą w dodatku nikt nie płaci. I od razu mówię, że argument pod tytułem "dziecko swoim życiem ci zapłaci" do mnie nie przemawia, bo jako takich dzieci nie lubię i nie widzę w nich niczego słodkiego, są dla mnie wręcz bardzo często żałosne”*. Oburza ją zwłaszcza ulgowe traktowanie rodziców w pracy: *„Drażni mnie to, że kiedy np. firma upada, najpierw wypłaca się pieniądze pracownikom z dziećmi. A co to, ci bez potomstwa są gorsi? Wkurza mnie tłumaczenie, że ktoś się spóźnił, bo np. odwoził dzieci do szkoły. Skoro nie wyrabia - niech zmieni pracę albo może zastanowi się zanim pocznie dziecię?”*(*Immoramento*)
4. *Przyznaje otwarcie „jestem egoistką”*: *„Nie mam najmniejszej ochoty znosić trudów ciąży i porodu, a potem kolejnych trudów macierzyństwa. Uśmiech dziecka nie wynagrodziłby mi niewyspania (obecnie śpię ok 9 -10 h na dobę), obsranych pieluch (jestem megawrażliwa na smród, wszystkie śmierdzące rzeczy do wyczyszczenia muszę dawać mojemu chłopakowi, bo ja od razu mam odruch wymiotny, dosłownie), problemów z moim ciałem (rozstępów już mi wystarczy na całe życie, za więcej dziękuję. Na przytycie też nie mam ochoty. A tym bardziej na problemy z kręgosłupem i nietrzymaniem moczu)”* - wylicza na blogu, podkreślając, że nie zamierza się „poświęcać i być z tego powodu nieszczęśliwa”(Yavanna)

XXI.2 Antymacierzyńskie poglądy młodych mężczyzn- inne poglądy!

1. „Znam całą masę kobiet bezdzietnych, bez celu w życiu... Mężczyźni zostawiali je dla młodszych, bo ząb czasu jakoś mężczyźni oszczędniej traktuje”. Wobec swoich rówieśniczek jestem bezlitosny: *„Teraz chce się mieć wszystko od razu, mieszkanie, plazmę (LCD ?), samochód, pralko-suszarkę, kuchnię z wyspą, komputery, bajery... solaria, fitnessy, tipsy, pillingi, korekty plastyczne, aparaty na zęby, markowe ciuchy, markowe perfumy, wykwintne knajpki, ogrody... i gdzie tu miejsce dla dziecka? Lepiej kupić Yorka, bo to i przewijać nie trzeba i fajny lansik, jak nasra na skwerku”*(*Analogowy*)

2. Według innego blogera: *„macierzyństwo jest wpisane w naturę kobiety, a jej negowanie jest przekleństwem człowieczeństwa”*. Teza, którą postawił na blogu sprowokowała do komentowania różne „bezdietne i szczęśliwe”. Współcześni mężczyźni w kwestii wychowywania potomstwa „dają dupy” i generalnie mają się czego wstydić. Może dlatego Filkotny zarzeka się, że nigdy nie zwiąże się

z mężczyzną, który będzie deklarował chęć posiadania dzieci. Ma inne marzenia: kariera, trochę podróży, „wygenerować tyle szczęścia, ile się da”. I oczywiście żadnych dzieci. (*Made by Man*)

6. „Do mnie dość późno dotarło, że nie każdy musi mieć dziecko i że to nie jest jedyny życiowy cel. Niestety wciąż nie bierze się mnie i mojego zdania poważnie, bo przecież " każda chce mieć dziecko, a jak nie chce to nienormalna". Cóż, wolę być nienormalna niż taka jak wszyscy. Bez planów, bez ambicji, bez pasji, bez życia" – pisze(jedna z nich).

7. „Autor tekstu po prostu jest niepełnosprawny umysłowo, nikt zdrowy nie napisze takich bredni... żadnych śmierdzących i drących się bachorów, ja chce mieć czyste i spokojne życie" - wścieka się (Sandra 23).

8. „Wiesz, czemu kobieta w dzisiejszym świecie nie chce być matką? Bo: dzieciak zawsze jest na jej głowie, bo facet "ma lewe ręce" albo włoży, wyjmie i ucieknie, więc po co samej się męczyć. Bo: w tym kraju dzieciak bardzo dużo i długo kosztuje. Czasy się zmieniły. Dziś, żeby mieć dzieci, to ojciec musi tyle samo pracy włożyć w ich wychowanie i opiekę co matka. Po tych postach dopiero możesz zauważyć, jak wiele kobiet nie chce dzieci i jak bardzo pomyliłeś się w swoim postrzeganiu świata i kobiet" – uważa(bogini_Bast).

XXI.3 Adaptować kota

Analogowy nie pozostawia takim jak ona złudzeń: „Zabawa, moda, kariera... lecz przychodzi dzień kiedy wszystko to mija i nie pozostaje nic innego jak **adoptować kota**". Ciekawe podsumowanie!

XXI.4. Rodzi się coraz mniej dzieci. Zlikwidować antykoncepcję?

Eksperci alarmują, że **rodzi się coraz mniej dzieci**. Okazuje się jednak, że **młodzi ludzie po prostu nie chcą mieć potomstwa**. Przyczyn, dla których dorośli czują potrzeby, aby zostać rodzicami, jest bardzo dużo. U kobiet najczęściej chodzi o **lęk przed ciążą**, porodem i zmianami, jakie zachodzą w kobiecym ciele po rozwiązaniu. Wiele kobiet zmaga się potem z nadwagą, skarży się na rozstępy, cellulit, z którymi jako matki nie potrafią sobie poradzić. **Aktywne dziewczyny** dbające o swoje ciało, nierzadko świadomie rezygnują z rodzenia dzieci.

Inną przyczyną jest również brak przygotowania do sprostania tak poważnemu zadaniu jakim jest **wychowanie dziecka**. To decydujący czynnik zwłaszcza u kobiet, które cenią sobie niezależność, swobodę, życie na wysokim poziomie, bez zbędnych obciążeń. Dziecko może być ogromną przeszkodą również u dziewczyn, które marzą o **karierze zawodowej**. W ich życiu miejsca na dziecko

po prostu nie ma. Dodatkowo, media straszą przyszłe matki **depresją poporodową**, **ogromnymi sumami**, **jakie trzeba wydać na malucha**, końcem wolnego życia i seksualną wstrzeźliwością, która po urodzeniu czasem trwa nawet kilka miesięcy. Bywa, że **niechęć do posiadania dzieci** ma jeszcze inne podłoże – złe doświadczenie wyniesione z **domu rodzinnego**, inne priorytety w życiu, marzenie o adopcji. Czasem nawet **drobnostka** może sprawić, że kobieta nigdy nie będzie chciała zostać matką.

W przypadku mężczyzn powody również są bardzo różne. Wielu z nich **rezygnuje z rodzicielstwa** ze względu na pasje, zainteresowania czy marzenia, których realizacja wymaga czasu, pieniędzy i ogromnego zapału. Jako mężczyźni spełniają się w **sporcie** pracy, podróżach, a **o dzieciach po prostu nie myślą**, bo ich nie potrzebują. Są to zazwyczaj faceci na wysokich stanowiskach i z dorobkiem, na który ciężko pracowali. Oprócz tego, są **szczęśliwi w związku** i codzienna rzeczywistość z ukochaną kobietą u boku sprawia, że nie myślą o posiadaniu maluchów.

Choć w dzisiejszych czasach coraz modniejsze stają się **adopcje**, a wiele osób świadomie rezygnuje z rodzicielstwa, o takiej decyzji trzeba zawsze powiedzieć drugiej połowie. Zatajenie tej informacji może być podstawą do **unieważnienia ślubu kościelnego!** Jeśli jeszcze przed wstąpieniem w związek małżeński wiedziałaś, że nigdy nie chcesz rodzić, a poinformowałaś o tym swojego wybranka dopiero po wyjściu za niego za mąż, twój partner ma pełne prawo wystąpić o rozwód – i go dostanie. Tak samo zresztą jest w sytuacji odwrotnej – **zatajenie takiej decyzji** przed małżonką to bardzo poważny powód, dla którego kobieta może zwrócić się do kościoła z prośbą o zakończenie małżeństwa (o wazektomii czy też o salpingektomii partnerzy informują się wzajemnie). Dlatego jeśli jedna ze stron jest przekonana, że **nigdy nie chce mieć dzieci**, powinna o tym powiedzieć drugiej połowie – i jednocześnie musi liczyć się z konsekwencjami swojej decyzji.

Jeżeli ty nie chcesz mieć dzieci...

Nie zaskakuj ukochanego taką „rewelacją” na pierwszej, drugiej czy nawet **trzeciej randce**. Jednak gdy wasz związek stanie się na tyle poważny, że zaczniecie mieć wobec siebie plany dotyczące wspólnej przyszłości, to znaczy, że nadszedł **odpowiedni moment**, aby sobie wyjaśnić wiele kwestii. Niechęć do posiadania potomstwa jest jedną z nich. Uważaj jednak na własne słowa - musisz brać za nie odpowiedzialność. Jeśli tylko zastanawiasz się nad tym, czy chcesz mieć dzieci, ale ostatecznej decyzji jeszcze nie podjęłaś, przedstaw ukochanemu swoje **faktyczne stanowisko**. Dzięki temu dowiesz się, jak on zapatruje się na tę kwestię i przedstawi ci swoje argumenty. Taka rozmowa być może pozwoli twojemu partnerowi nakłonić cię do **zmiany zdania**, jeśli on nie wyobraża sobie życia **bez własnych maluchów**.

Co innego, jeżeli jesteś absolutnie pewna, że nie chcesz ani rodzić, ani adoptować. Niestety, dla wielu **marzących o dużej rodzinie** mężczyzn to zimny prysznic. Na tyle zimny, że może nawet doprowadzić do rozpadu związku,

zwłaszcza gdy nie dasz się niczym przekonać do zmiany stanowiska. Wyjaśnij mu kiedy i dlaczego podjęłaś taką decyzję. Jednocześnie zapewnij go, że twoja **miłość** do niego jest największym i **najważniejszym uczuciem** w twoim życiu. Faceci mają tendencję do szukania winy w sobie. On musi wiedzieć, że gdybyś chciała mieć dzieci, to tylko z nim, ale twoja decyzja to wynik zupełnie innych czynników, które absolutnie go nie dotyczą. I jeśli wiesz, że nigdy nie zmienisz zdania, nie dawaj mu **złudnej nadziei**, bo to tylko pogorszy całą sytuację.

Jeśli on nie chce mieć dzieci...

Marzyłaś o wielkiej, radosnej rodzinie, niedzielnych wypadach za miasto, **kupowaniu córeczce sukienek**, a synkowi samochodzików... W twoich myślach wszystko było jak z bajki, tymczasem rzeczywistość okazała się o wiele bardziej brutalna: twój **życiowy partner** nie chce mieć dzieci. Co możesz zrobić w takiej sytuacji? Przede wszystkim poznać jego punkt widzenia, argumenty i powody, które popchnęły go do podjęcia takiej decyzji. Czasami są one absurdalne, dlatego warto o nie zapytać. Może się okazać, że twój ukochany boi się tego, iż **nie podoła zadaniu** i nie utrzyma rodziny, bo na przykład w jego mniemaniu **mało zarabia**. Ty, jako jego kobieta, powinnaś przekonać swojego partnera, że dacie sobie świetnie radę i on na pewno doskonale poradzi sobie jako **głowa rodziny**.

Z drugiej strony może być zupełnie inaczej – założmy, że twój partner ma wymarzoną posadę, **robi karierę** i nie chce jej zaprzepaścić. Jeśli marzysz o dziecku i nie wyobrażasz sobie rodziny bez niego, możesz zaproponować, że **złożysz wymówienie** i poświęcisz się wychowaniu malucha, a on będzie mógł realizować swoje zawodowe marzenia. Związek, zwłaszcza małżeński, to przecież sztuka kompromisu, a w takim wypadku warto ten **kompromis znaleźć**. Z kolei jeśli twój mąż wyniósł z domu rodzinnego gorzkie wspomnienia, które sprawiają, że na samą myśl o dzieciach robi mu się słabo, pomyślcie o **wizycie u psychologa**. On najlepiej zdiagnozuje źródło jego obaw i poradzi wam, co powinniście zrobić w tej sytuacji.

Wszystkie metody zawiodły i wiesz już, że z tym partnerem **nie stworzysz pełnej rodziny?** W takiej sytuacji musisz się zastanowić, co jest dla ciebie priorytetem – miłość i związek z tym człowiekiem, czy rodzina z innym? Powinnaś rozważyć wszelkie opcje i podjąć **rozsądną decyzję**, która zaważy nie tylko na **teraźniejszości**, ale przede wszystkim na twojej przyszłości.

Niechęć do posiadania dzieci to zawsze bardzo trudny temat w związku. Temat, od którego nie można uciekać, mimo że jest bardzo **delikatny i skomplikowany**. Konsekwencje naszych wyborów mają wpływ na całe życie, a zatem również na nasze związki partnerskie i **małżeńskie**. **Tekst zamieszczam w całości ze względu na jego wyjątkowość** (Julia Wysocka). [<http://www.papilot.pl/article/8269/Dlaczego-niektorzy-nie-chca-zostac-rodzicami.html> 18.04.2010.

XXII Zakończenie

I na zakończenie, autor ma nadzieję, że po przeczytaniu chociażby części niniejszego opracowania podzielicie się Państwo świeżo nabytą wiedzą z partnerami i przyjaciółmi w myśl zasady, że w szczęściu rodzinnym również obowiązuje zasada „1 gram profilaktyki jest więcej wart niż 1000 gramów leczenia.”

Nieco humoru-na zakończenie.

Otóż, jak Państwo wiecie jednym z naszych zaleceń jest wykonanie badań na obecność plemników w nasieniu w 8 i 12 tygodniu, licząc od dnia zabiegu. Jeden z naszych niezwykle sympatycznych Pacjentów wykonał takie badanie, w którym można było wyczytać, że wykonująca Pani takie badanie znalazła jednego starego, nieruchomego plemnika. Korespondowaliśmy ze sobą, rozmawialiśmy przez telefon. I kiedy usłyszałem, że Żona jest tym „znaleziskiem” zrozpaczona, to gotów byłem pojechać i wydać walkę temu jednemu plemnikowi. Jak wcześniej były ich miliony to stres przejawiał się co miesiąc i Żona naszego Pacjenta nie było zrozpaczona, teraz tak. No cóż „la donna mobile”, kobieta zmienna jest również w opiniach. Wszystko szczęśliwie się skończyło.

Jeżeli myślicie Państwo, że wazektomia, czy rewazektomia się nie reklamuje, to jesteście w błędzie. Oto dwa przykłady.



Huston, Texas. Można przy okazji dowiedzieć się, że Firma gwarantuje zwrot finansów poniesionych na wykonanie zabiegu wazektomii. Nie jest to takie proste, ale reklama robi swoje. Takie reklamy są możliwe i nikt im się nie dziwi, ale w krajach, gdzie takie zabiegi wykonuje 5000 lekarzy, a nie dwóch!!!! Śmiechu warte!!! Szkoda tylko, że nie ma tam gniazda z Boćkiem!!



http://4.bp.blogspot.com/_BeRRZQRVOG4/Se4B5hzhU5I/AAAAAAAAABBQ/qFDORC6e4h8/s400/vasectomy.jpg

Z tej reklamy możemy dowiedzieć się, że dr Doug wykonał 19 000 zabiegów wazektomii. Ufffff!. W naszym kraju też wykonamy tyle zabiegów, ale zajmie nam to 50 lat, a tam wykonał to jeden sympatyczny lekarz. Ponowne zdumienie!!!

Zabieg wazektomii jest najczęściej wykonywanym zabiegiem mikrochirurgicznym na świecie. Jest to dość prosty zabieg, lecz posiada kilka niezwykle subtelnosci, których na tych stronach nie wypada zdradzać (*ujawnię je z czasem w książce*). Procedury wykonania samego zabiegu są bardzo podobne w różnych ośrodkach na świecie, tym bardziej od czasu wprowadzenia zasady „bez skalpela”, „bez igły”.

Poniżej przedstawiam Państwu dwie niekonwencjonalne metody wazektomii, które nie są nowością. Jedna z nich jest wykonywana w czasie różnych prowadzonych walk, czyli znana jest od tysięcy lat. Oto ona! Pragne jedynie zauważyć, że Pacjent nie płaci w tym przypadku za zabieg, a jeszcze otrzymuje całkiem przyzwoite wynagrodzenie. Gdyby taka wazektomia nie powiodła się, nasz Pacjent ma duże szanse na powtórzenie kolejnego zabiegu w czasie następnej korridy. Oooolllee!!!



Inna metoda wazektomii jest bardziej naukowa, wyszukana, bez znieczulenia, bez skalpela, nawet bez lekarza, ale za to bardzo modna, bo zza oceanu!. Oto ona! Niezwykle tania!. 25 centów!!!



<http://www.twitfall.com/wp-content/uploads/2008/02/bangkok.jpg>

Osobiście nie polecam żadnej z tych metod, ale nieco humoru zawsze się przyda. Jesteśmy w Środku Unii Europejskiej i możemy, korzystać z najnowszych osiągnięć nauki, techniki i medycyny.

Warszawa-Wilanów
Wakacje 2010
Eugeniusz Siwik

XXIII Literatura uzupełniająca:

MALE STERILISATION AND ITS EFFECTS Clinical Studies in Men and Histological Studies in Sterilized Experimental Animals (1952-1954). Thesis Submitted to Agra University India - Dr. P.S. Jhaver M.B. B.S.

THE HISTORY OF EXPERIMENTAL & CLINICALWORK ON VASECTOMY Journal of International College Of Surgeons Editorial Vol.30 No.4 April 1960. Submitted for publication April 10, 1959. P.S.JHAVER, M.S., F.I.C.S.* & B.B. OHRI, M.S. F.R.C.S., F.A.C.S., F.I.C.S.** INDIA

REVERSIBILITY OF STERILIZATION PRODUCED BY VAS-OCCLUSION CLIP Journal of Fertility & Sterility Vol.22 No.4 April 1971. P.S. JHAVER, JOSEPH E. DAVIS, HYUNG LEE, J.F.HULKA, GEORGE LEIGHT

SINGLE INCISION SINGLE STITCH TECHNIQUE FOR VASECTOMY The Indian Journal of Surgery Vol. XX Dec. 1968 No: Page 480-484

SURGERY OF THE EPIDIDYMIS & VAS Journal of The Indian Medical Association Vol.44, No 11, June 1 1965, P. 591-594. Paper Read at the SILVER JUBILEE SESSION of Association of Surgeons of India Bombay 27th December, 1964

VASECTOMY AFTER EFFECTS, MODERN TECHNIQUES, COMPLICATIONS, REPAIR Indian Journal of Medical Science. Vol. 27, No 5, May 1973 pp 411-416. Received for publication, August 4, 1972. Dr.P.S.JHAVER M.S., F.I.C.S.

VASECTOMY DIFFICULTIES AND COMPLICATIONS Journal of Indian Medical Association, March 1959. Vol. 32 No. 5

STERILISATION IN THE MALE FOR SPACING OF CHILD BIRTH Journal of the Indian Medical Association, Vol 34, No: 12, June 16, 1960 P.491-492

THE UNSOLVED PROBLEM OF POPULATION Journal of Indian Medical Association vol.38, no.4, 16th Feb. 1962.

PLACE OF SURGERY IN THE FAMILY PLANNING PROGRAMME Journal of Family Welfare June 1959

Other published articles

SURGERY AND FAMILY PLANNING Article published in the Times Of India, 25 Sept 1960

Until 20 years ago, surgeons who performed vasectomy used to be called "Rejuvenators". Article published in The times of India - Sunday May 10, 1970

MALE SEXUALITY AND STERILITY Article published in The times of India - Sunday Weekly. 16th January 1972

AGEING GRACEFULLY Article published in The times of India - Sunday Weekly. 21st January 1973

1. Benjamin H. (1922), *Endocrinology*, 6: 776-786
2. Brissaud, E. (1889) *Arch. de. physiol.* 769-789
3. Cameron C.S (1945) *J.A.M.A* 127: 1119-1120
4. Cooper A, (1830) *Observations on the structures and diseases of the testes, 1st Ed. London*
5. Dorsey, J.W (1957) *Jour. of I.C.S April XXVII No 4* 453
6. Furusawa Y. (1955) *Paper read at the Fifth International Conference on Planned Parenthood at Tokyo*
7. Gossiline, L (1847) *Arch Gen. Ed. Med. 4th Sept. 14: 405*
8. Handley, R.S 1951, *Arch. Middlesex Hosp. 1, 74*
9. Mathews K.V (1947), *the ANTISEPTIC, May, 297-299*
10. Morison, C (1933) *BMJ Jan 54-55*
11. O'Connor, V.J. (1948) *J.Urol, 59: 229-233*
12. O' condor, V.J. (1953) *J.A.M.A. 952 532-534* 952 532-534
13. Oschner, A.J. (1899) *J.A.M.A April 32, 8678*
14. Oslund, R (1924) *Am. J. Physiol 67: 422*

15. Phadke G.M. (1952) paper read at the third International Conference on Planned Parenthood at Bombay

16. Phadke G.M. (1956), Paper read at the A.I.S Conference

17. Sharp, H.C (1937) *J. Hered*, Nov 374-376

18. Steinache: (1921) *Arch. F. Entwicklmech*, XLVI 557

19. Walker, K. (1953) *Practitioner*, Oct. 463.

3 M.J. Drake, I.W. Mills and D. Cranston - *The chequered history of vasectomy.*
©British Journal of Urology

4 Gosselin, P. *Memoire sur les obliterations devoies spermatique.* *Arch. Gen. De Med.* (4th series) 1847.

5 Brissaud, E. *Les effects de la ligature due canal deferent,* *Arch. D Physio*, 2nd series. 1880.

7 Simmonds *Deutsch. Med. Wschibtschr.* xlvil, 665 Cited by Moore. 1921.

9 Ochsner AJ *Surgical treatment of habitual criminals.* *JAMA* 1899.

11 Sharp HC *Vasectomy as a means of preventing procreation in defectives.* *JAMA* 1909.

12 MacNichol J *The voluntary sterilisation campaign in Britain 1918-1939.* *J hist Sexuality* 1992.

14 Moullin CWM *Enlargement of the Prostate.* H.K. Lewis (London) 1884.

17 Wood AC *The results of castration and vasectomy in hypertrophy or the prostate gland.* *Ann Surg* 1900.

18 Abeshouse BS *Vasectomy for prevention of epididymitis in prostatic surgery.* *Am J Surg* 1936.

20 Massaglia AC *The internal secretion of the testis.* *Endocrinology* 1920.

22 Benjamin H *The effects of vasectomy (Steinarch operation)* *Am Med* 1922.

23 Benjamin H *Theory and practice of the Steinarch operation.* *NY Med* 1922.

24 P.S. Jhaver *Male sterilisation and it's effects Thesis.* Agra University India, 1952 - 1954.

25 Griffiths *Journ Anat & Physiol* 1894.

29 Wheelan CH *Observations on the testes nine months following vasectomy.* *Endocrinology* 1921.

31 Cameron C.S. *Anastomosis of vas deferens: Restoration of fertility after five years of bilateral vasectomy.* *JAMA* 1945.

32 Twyman EJ & Nelson CS. *Vas deferens anastomosis* 1938.

33 Handley N *Reconstitution of vas deferens after operation for sterilisation.* *Middlesex hospital UK* 1951.

- 35 Walker K Practitioner 1953.
- 36 Phadke L Paper read at the Third international conference on planned parenthood, 1952.
- 37 Evridge-Vernon: *Modern Operative Surgery*. Paul S. Hoeber Inc. New York, 1956
- 38 P.S. Jhaver, Joseph E Davis, Hyung Lee, J.F. Hulka, George Leight. Reversibility of sterilisation produced by vas-occlusion clip. *Journal of Fertility and Sterility* April 1971.
- 39 P.S. Jhaver Vasectomy after effects, modern techniques, complications, repair. *Indian Journal of Medicine* 1973.
- 40 Jackson LN, Voluntary sterilization in Britain. *IPPF Med Bull*. 1968.
- 41 Kothari ML, Pardanani DS. Temporary sterilization of the male by intravasal contraceptive device (IVCD): a preliminary communication. *Indian J Surg*. 1967.
- 42 P. S. Jhaver Surgery of the Epididymis & vas. Paper Read at the SILVER JUBILEE SESSION of Association of Surgeons of India Bombay 27th December, 1964. *Journal of The Indian Medical Association* Vol.44, No 11, June 1 1965.
- 45 Barker LF. The importance of the eugenic movement and its relation to social hygiene. *JAMA* 1910.
- 46 Lydston GF. Sex mutilations in social therapeutics. *NY Med* 1912.
- 47 Sharp HC. The severing of the vasa deferentia and its relation to the neuropsychopathic constitution. *NY Med J* 1902.
- 49 Popenoe P. The progress of eugenic sterilization. *J Hered* 1934.
- 52 Soloway RA. *Demography and Degeneration*. Chapel Hill: University of North Carolina, 1990.
- 53 Hasian MA. *The Rhetoric of Eugenics in Anglo-American Thought Georgia: University of Georgia Press, 1996*.
- 55 Broberg G, Roll-Hansen N *Eugenics and the Welfare State*. Michigan: Michigan State University Press, 1996.
- 56 Kantor WM. Beginnings of sterilization in America. *J Hered* 1937.
- 58 Garrison PL, Gamble CJ. Sexual effects of vasectomy. *J Am Med Assoc*. 1950.
- 59 Poffenberger T. Two thousand voluntary vasectomies performed in California: background factors and comments. *Marriage Fam Living*. 1963.
- 62 Bergen RP. Legality of sterilization. *J Am Med Assoc*. 1967.
- 64 Quddus AH, Ratcliffe JW, Croley HT. The unofficial vasectomy agent of East Pakistan. (Bangladesh). *Pak J Fam Plann*. 1969.
- 66 Prucell C. Family planning goes to the people. *War Hung*. 1972.
- 67 Wolfers D, Wolfers H. Vasectomania. *Fam Plann Perspect*. 1973.
- 69 Compensation because of unsuccessful sterilization - Federal republic of Germany. *Neue Jurist Wochenschr*. 1975.
- 70 Wagenaar J. Vasectomy in prostatic surgery. *Eur Urol*. 1975.

- 71 Kaplan KA, Huether CA. A clinical study of vasectomy failure and recanalization. *J Urol*. 1975.
- 72 Drueschke EE, Zaneveld LJ, Burns M, Rodzen R, Wingfield JR, Maness JH. Development of reversible vas deferens occlusive device: IV. Rigid prosthetic devices. *Fertil Steril*. 1975.
- 73 Hospital and church-supported programs achieve widespread acceptance in urban, rural Philippines. *Int Fam Plann Dig*. 1975.
- 74 Nie Y, Guo XK, Gao WY, Zhang Y, Li WL, Cheng QX, Bian J, Wang Y, Zhou CG, Cheng SP. A survey of the long-term incidence rate of benign prostate hyperplasia after vasectomy. *Zhonghua Yi Xue Za Zhi*. 2003.
- 75 Schiff J, Li PS, Goldstein M. Robotic microsurgical vasovasostomy and vasoepididymostomy: A prospective randomized study in a rat model. *J Urol*. 2004.
- 76 Kirby D, Utz WJ, Parks PJ. An implantable ligation device that achieves male sterilization without cutting the vas deferens. *Urology* 2006.
- 77 Wilson C.L. No-needle anesthetic for no-scalpel vasectomy. *Am Fam Physician*, 2001.

1. WHO - Organizacja Narodów Zjednoczonych. Departament Ekonomiczno-Społeczny. Świat antykoncepcji, 1994, Nowy Jork: United Nations, 1995.
2. Hardy E, L Bahamondes, MJ Osis, et al. Czynniki ryzyka jajowodów żal do sterylizacji, wykrywalne przed zabiegiem. *Antykoncepcja* 1996; 54:159-62.
3. HB Peterson, Xia Z, JM Hughes, et al. Ryzyko zajścia w ciążę po sterylizacji jajowodów: wyniki z USA Collaborative Review sterylizacji. *Am J Obstet Gynecol* 1996; 174:1161-70.
4. Światowa Organizacja Zdrowia. Specjalny Program Badań, Rozwoju i szkoleń w Human Reproduction ". 380a TCU IUD i frameless IUD "FlexiGard": trzyletnie okresowe dane z międzynarodowym badaniu wieloośrodkowym. *Antykoncepcja* 1995 r., 52 (2) :77-83.
5. HB Peterson, Xia Z, JM Hughes, et al. Ryzyko wystąpienia ciąży pozamacicznej po sterylizacji jajowodów. *N Engl J Med* 1997; 336 (11) :762-67.

6. *Khairullah Z, Huber DH, Gonzales B. Zmniejszenie śmiertelności międzynarodowych usług sterylizacji. Int J Gynecol Obstet 1992 r.; 39 (1) :41-50.*
7. *Cud-McMahill HL, Calle EE, Kosiński AS, et al. podwiązanie Tubal i śmiertelne raka jajnika w dużej grupy badaniu prospektywnym. Am J Epidemiol 1997; 145 (4) :349-57.*
8. *RN Shain, WB Miller, Holden AE, et al. Wpływ jajowodów sterylizacji i wazektomii na seksualność kobiet cywilny: wyniki kontrolowanych badań wzdłużnej. Am J Obstet Gynecol 1991 r. 164 (3) :763-71.*
9. *MC Rulin, AR Davidson, SG Philliber, et al. Długoterminowy wpływ sterylizacji jajowodów na indeksy i ból menstruacyjny miednicy. Obstet Gynecol 1993 r.; 82 (1) :118-21.*
10. *Stergachis, Shy KK, Grothaus LC, et al. Salpingektomia i Tubal i długoterminowego ryzyka macicy. Am J Med Assoc 1990; 264:2893-98. (Copyright 2010, Family Health International (FHI))*