

BIRUTĖ OBELIENIENĖ
ANDRIUS NARBKOVAS
VIRGILIJUS RUDZINSKAS
GINTAUTAS VAITOŠKA
DANIELIUS SERAPINAS
DALIA RAILAITĖ
GERIMANTAS ČERKAUSKAS

VAISINGUMO PAŽINIMAS IR NATŪRALUS ŠEIMOS PLANAVIMAS

Vadovėlis



Vytauto Didžiojo universitetas
Kaunas, 2011

Vadovėlis skirtas visų studijų pakopų studentams, studijuojantiems šeimos sveikatos, jaunimo rengimo šeimai, šeimos santykių, moralinės teologijos ir kt. dalykus.

2010-12-20 Nr. 10-17 rekomenduota Lietuvos Respublikos švietimo ir mokslo ministerijos Aukštųjų mokyklų bendrųjų vadovėlių komisijos.

Vadovėlio leidybai pritarta VDU Santuokos ir šeimos studijų centro posėdyje 2010 m. rugsėjo 15 d.

Vadovėlių sudarė ir parengė doc. dr. Birutė Obelenienė

Autoriai:

Birutė Obelenienė

Andrius Narbekovas

Virgilijus Rudzinskas

Gintautas Vaitoška

Danielius Serapinas

Dalia Railaitė

Gerimantas Čerkauskas

Konsultavo doc. dr. Eimantas Švedas

Recenzentai:

doc. dr. Danė Šlapkauskaitė, Šiaulių universitetas

doc. dr. Remigijus Oželis, Klaipėdos universitetas

Autoriai dėkingi p. Colin Norman už dovanotas iliustracijas

Be autorių sutikimo viso teksto ar jo ištraukų bei iliustracijų kopijavimas ir platinimas draudžiamas

ISBN 978-9955-12-682-9

©Birutė Obelenienė ir kt., 2011

©Vytauto Didžiojo universitetas, 2011

TURINYS

Ivadas.....	6
I dalis. ANTROPOLOGINIAI VAISINGUMO PAŽINIMO PAGRINDAI	9
1 skyrius. Žmogaus lytiškumo samprata.....	10
1.1. Žmogus – lytiškas asmuo.....	10
1.2. Žmogaus lytiškumo prasmė	12
1.3. Lytiškumo skleidimosi plotmės žmogiškojoje būtyje.....	17
1.4. Lytiškumo ir lytinio potraukio raiškos santykis	20
1.5. Vyro ir moters lytinio potraukio raiškos skirtumai	25
1.6. Skaistumas ir kūno kalba	26
2 skyrius. Atsakinga tėvystė (motinystė) ir biotechnologijos	32
2.1. Atsakingos tėvystės (motinystės) samprata.....	32
2.2. Santuokinio lytinio akto samprata.....	34
2.3. Vaisingumo pažinimo ir kontracepcijos moraliniai skirtumai.....	37
2.4. Reprodukcinų technologijų taikymo ir prokreacijos moralinis skirtumas	42
II dalis. PSICHOLOGINIAI VAISINGUMO PAŽINIMO ASPEKTAI.....	49
3 skyrius. Santuoką laiminanti vaisingumo paslaptis.....	50
3.1. Gimties galia	50
3.2. Vaikai įprasmina tėvų meilę.....	51
3.3. Gausios šeimos privalumai.....	52
3.4. Susilaikymo psichologija.....	54
3.5. Mitas apie seksualinės iškrovos būtinybę	54
3.6. Susivaldymas natūraliai planuojant šeimą.....	58
3.7. Kas pajėgia susivaldyti? Apibendrinimas susivaldymo tema.....	61
4 skyrius. Psichologiniai ir dvasiniai natūralaus šeimos planavimo privalumai.....	64
4.1. Natūralaus šeimos planavimo privalumai	64
4.2. Mažesnis skyrybų dažnumas naudojant NŠP	67
4.3. Kaip įveikti sunkumus natūraliai planuojant šeimą	68

III dalis. BIOLOGINIAI VAISINGUMO PAŽINIMO PAGRINDAI.....	71
5 skyrius. Vyro ir moters prokreaciniai skirtumai	72
5.1. Žmogaus vaisingumo sistema	72
5.2. Moters vaisingumo sistema	74
5.3. Vyro vaisingumo sistema.....	83
5.4. Bendras sutuoktinių vaisingumas	86
6 skyrius. Menstruacinis ciklas ir vaisingumo požymiai	91
6.1. Menstruacinis ciklas.....	91
6.2. Gimdos kaklelio gleivės ir jų kitimai	97
6.3. Gimdos kaklelio kitimai ir jų stebėjimas	108
6.4. Bazinė kūno temperatūra	109
6.5. Papildomi požymiai.....	113
IV dalis. VAISINGUMO PAŽINIMAS IR ŠEIMOS PLANAVIMAS.....	117
7 skyrius. Šeimos planavimo samprata ir metodai	118
7.1. Šeimos planavimo samprata	118
7.2. Vaisingumo pažinimu pagrįstų metodų klasifikacija	120
7.3. Vaisingos fazės ribų nustatymas simptoterminiu metodu	121
8 skyrius. Viensimptomiai natūralaus šeimos planavimo metodai.....	132
8.1. Kalendorinis metodas.....	132
8.2. Temperatūrinis metodas	134
8.3. Billingso ovuliacinis metodas	136
8.4. Dviejų dienų metodas.....	140
8.5. Vaisingos fazės nustatymas instrumentiniu būdu	141
8.6. Vaisingumo pažinimo ir NŠP metodų veiksmingumas.....	143
V dalis. VAISINGUMO PAŽINIMAS IR MOTERS SVEIKATA. ŠEIMOS PLANAVIMAS NETIPINĖSE SITUACIJOSE.....	149
9 skyrius. Vaisingumo pažinimas netipinėse situacijose	150
9.1. Skirtingi menstruacinio ciklo tipai.....	150
9.2. Vaisingumo pažinimas kaip ligų prevencija.....	155
10 skyrius. Vaisingumo pažinimas ir šeimos planavimas po gimdymo	158
10.1. Maitinimo krūtimi svarba ir žindymo ypatumai	158
10.2. Laktacinės amenorėjos metodas.....	164
10.3. Vaisingumo atsinaujinimas ir šeimos planavimas po gimdymo	168

11 skyrius. Vaisingumo pažinimas ir hormoninė kontracepcija.....	172
11.1. Hormoninės kontracepcijos poveikis moters fiziologijai, vaisingumui ir embriono raidai	172
11.2. Hormoninių kontraceptikų poveikis renkantis vyrą	176
11.3. Šalutinis hormoninių kontraceptikų poveikis	178
11.4. Hormoninių kontraceptikų vartojimo apribojimai	181
11.5. Vaisingumo atsinaujinimas nustojus vartoti hormoninę kontracepciją	186
12 skyrius. Nevaisingumas ir siekis pastoti.....	192
12.1. Nevaisingumo apibrėžimas ir paplitimas	192
12.2. Nevaisingumo priežastys.....	193
12.3. Vaisingumo pažinimas ir nėštumo siekimas	198
13 skyrius. Vaisingumas prieš menopauzę.....	207
13.1. Vaisingumo požymių stebėjimas ir NŠP taikymas prieš menopauzę	209
Literatūra.....	211

ĮVADAS

Vaisingumas – natūralus, prigimtinis žmogaus gėris, kurį žmogus yra pašauktas pažinti, kaip ir visus kitus gėrius. Žmogaus prigimtis yra unikali – ji dviejų pradų: kūno (matomo) ir dvasinės sielos (nematomo), nedaloma vienovė, todėl galima teigti, jog kūnas regimai atspindi tai, kas neižvelgiama akimis, t. y. kūnas – „neregimojo slėpinio regimas ženklas“. Kitaip sakant, žmogaus kūnas, jo lytiškumas akivaizdžiai parodo neregimąją žmogaus esybę. Lytinė žmogaus sritis yra šių dviejų skirtingų pradų – kūno ir dvasinės sielos – sandūra žmoguje. Ji regimu būdu leidžia įsitikinti, kad dvi lytiškumo prasmės, dvi jo plotmės – meilės ir gyvybės perdavimo – idealiai suderintos žmoguje, kad dvi lytys – moteris ir vyras – papildo viena kitą savo privalumais ir kad žmogus nėra ir negali būti tik biologinė būtybė.

Žmogaus lytinė sistema idealiai pritaikyta sąmoningai pradėti naują gyvybę – tai rodo moters cikliniai vaisingumo svyravimai, nuolatinis atsinaujinimas ir jos organizmo pasirengimas kas mėnesį priimti naują gyvybę. Ne atsitiktinumas, bet tikslingas dėsningumas, kad moteris vaisinga tik trumpą laikotarpį, o vyras, priešingai, nuolat vaisingas. Jei ne vyro nuolatinis vaisingumas, žemėje galbūt išnyktų *homo sapiens* rūšis. Kita vertus, kintantis moters vaisingumas – galimybė sutuoktiniams išreikšti kūno kalba meilę vienas kitam, nepriklausomai nuo to, siekiama pradėti kūdikį, ar ne. Oponentai šiuo atveju gali sakyti, kad ir gyvūnijos pasaulyje yra tam tikri poravimosi dėsniai. Tačiau nedera pamiršti – mylėti gali tik žmogus. Gyvūnai pavaldūs dauginimosi instinktui, o laukinių žvėrių ar paukščių poravimai lydinčiai švelnumas nėra meilė. Vienintelis žmogus yra protingas ir laisvas. Protingas, nes gali pažinti savo vaisingumą, ir laisvas nuo dauginimosi instinkto: jis pajėgus valdyti lytinį potraukį. Todėl tik žmogus gali susilaukti palikuonių pagal savo poreikius, o ne pagal *gamtos* diktatą. Gyvybės pradėjimas yra ne tik biologinis faktas,

tai – naujo asmens sukūrimas, naujo gyvenimo pradėjimas, taigi negali būti laikomas reprodukcija (šis terminas taikomas zoologijoje ir gamyboje). Pradedant žmogaus gyvybę dalyvauja ne tik kūnai, bet ir asmenys: moteris ir vyras, dovanodami kitam asmeniui gyvybę ir gyvenimą, realizuoja save tėvystėje ir motinystėje. Viena vertus, vaisingumas yra individuali biologinė žmogaus funkcija, kita vertus, jis neapsiriboja vienu organizmu, nes yra susijęs su trimis asmenimis: kūdikis išvysta dienos šviesą tik todėl, kad jo tėvai vaisingi. Moteris įgyvendina savo vaisingumo funkciją ir tampa motina tik per vyrą; vyras įsitikina, kad yra vaisingas, ir tampa tėvu tik moters dėka. Todėl galima teigti, jog vaisingumas peržengia individualias žmogaus organizmo ribas ir skleidžiasi trijuose asmenyse. Jis peržengia ir biologinės lyties ribas, nes tėvystė ir motinystė ne tik giliai išsisknijusi socialinėje, kultūrinėje ir dvasinėje žmogaus veiklos sferose, bet ir jungia jas į vieną visumą. Todėl žmogaus gyvybės perdavimą ir naujo asmens sukūrimą galima vadinti tik prokreacija. Šis žodis yra sudurtinis, sudarytas iš dviejų lotyniškų žodžių: *pro* – veikimas kieno nors naudai – ir *creator* – kūrėjas. Vadinasi, prokreacijos terminas, o ne reprodukcijos, atitinka žmogaus asmens orumą ir išreiškia nelygstamą žmogaus vertę – moteris ir vyras pradėdami kūdikį yra Kūrėjo pagalbininkai, nes veikia jo naudai.

Šiandieniais *gryno sekso* laikais žmogaus vaisingumui neskirta derama vieta nei sveikatos apsaugos, nei švietimo sistemose. Vaisingumas nepripažįstamas ta duotybe, kuri žmogui turėtų būti puoselėjama ir saugoma nuo pat kūdikystės. Reprodukcinė mąstysena perša mintį, jog žmogus yra tik biologinė būtybė, o vaisingumas trukdo *seksualinės saviraiškos* laisvei, todėl žmogui, kaip protingai būtybei, reikia ištaisyti šią gamtos klaidą. Ji skiepija neteisingą lytinės elgsenos sampratą: jokių seksualinių impulsų suvaržymų, išskyrus prievartą prieš kitą asmenį. Todėl nebūtina ugdyti jaunąją kartą lytinių impulsų suvaldymo dvasia, tebūtina suvaržyti prigimtinę savybę, t. y. vaisingumą. Kitaip sakant, ne žmogaus lytinė elgsena derinama prie prigimties, bet atvirkščiai. Lytinė elgsena, kaip ir bet kuri kita, yra auklėjimo dalykas. Jos išmokstama. Tačiau vaisingumas yra savybė, kurią turint gimstama ir kuri žmogui leidžia turėti palikuonių – tapti motina ar tėvu. Taigi ši ypatybė tiesiogiai susijusi dar ir su kito asmens gyvybe bei gyvenimu, todėl savaime reikalauja atsakingo požiūrio ir elgsenos.

I dalis

ANTROPOLOGINIAI
VAISINGUMO
PAŽINIMO PAGRINDAI

1 skyrius

ŽMOGAUS LYTISKUMO SAMPRATA

1.1. Žmogus – lytiškas asmuo

Žmonės, būdami kūniški asmenys, skiriasi vieni nuo kitų savo lytiškumu. Būti žmogumi reiškia būti vyru arba moterimi, būti lytine būtybe. Taigi jau paties Dievo valia žmogus egzistuoja kaip vyras ir kaip moteris (Narbekovas, Meilius, 2002). Kiekvienas žmogus nuo pat savo atsiradimo pradžios yra gavęs lytinį tapatumą, kurį turėtų priimti kaip dovaną ir ja džiaugtis. „Dievas sukūrė žmogų pagal savo paveikslą, pagal savo paveikslą sukūrė jį; vyrą ir moterį sukūrė juos“ (Pr 1, 27). Pasak A. Macceinos (2006), žmogaus lytis atspindi dieviškąją žmogaus idėją: „Dievo žymės yra išpaustos žmogaus dvasioje, ir tų žymių, taigi ir lyčių skirtumo žymių, negalėtų būti kiekviename individe, jeigu jų nebūtų toje amžinoje Dieve glūdinčioje žmogaus idėjoje“ (2006, 10). Tą pačią tiesą atskleidžia ir šiuolaikinis mokslas, įrodęs, kad jau nuo pat prasidėjimo, nuo vienos ląstelės, dar preimplantaciniame embrione, yra chromosomų derinys, lemiantis lytį. Taigi esame vyrai arba moterys nuo pat mūsų atsiradimo momento.

Vyras ir moteris yra ne skirtingų rūšių atstovai, o lygiaverčiai asmenys. Moteris yra dovana vyrui, ir vyras yra dovana moteriai, tarpusavyje bendraudami jie praturtina vienas kitą, bendravimas yra abiejų džiaugsmo šaltinis. Maža to, būti vyru ar moterimi nėra tik kažkas biologiško, nes žmogaus kūnas nėra tik žmogaus instrumentas, bet ir sudėtinė asmens dalis (May, 1981, 9). Todėl lytiškumas svarbus žmogui ne tik giminei pratesti, tačiau ir jam kaip asmeniui, lytiškumas neatsiejamas nuo jo. Lytiškumo esmė yra asmenų bendrystė. Reikia teisingai suprasti, jog „vyras ir moteris yra sukurti „vienas kitam“ ne todėl, kad Dievas juos būtų sukū-

ręs „pusinius“, „nepilnus“, Jis juos sukūrė asmenų bendrystei, kurioje jie vienas kitam gali pagelbėti, nes yra lygūs kaip asmenys ir papildoma vienas kitą kaip vyras ir moteris“ (KBK, 372). Pati žmogiškojo buvimo esmė negali būti nusakoma atskirai nuo jos egzistavimo abiem lytimis. Abiejų lyčių asmenų tarpusavio ryšį daro įmanų kitoniškumas ir papildomumas, kuris yra ne tik biologinis, bet ir dvasinis. Žmogus nepajėgus savavališkai nusikratyti lytiškumo. Lytiškumas – buvimo būdas pasaulyje, požiūris į jį vyriško ir moteriško asmens pavidalu. Moteris yra asmuo savitu moters buvimo būdu, o vyras yra asmuo savitu vyro buvimo būdu. Kiekvienu gyvenimo momentu ir kiekvienu gyvenimo aspektu vyrai ir moterys išgyvena save, kitus, net visą pasaulį skirtingai – vyriškai arba moteriškai (Paškus, 1995, 46).

Žmogaus lytiškumas yra suvokiamas kaip neatsiejama asmens dalis. „Lytiškumas yra pamatinis asmenybės sandas, vienas iš jo būties, raiškos, bendravimo su kitais, taip pat žmogiškosios meilės jautimo, išreiškimo bei išgyvenimo būdų“ (Popiežiškoji šeimos taryba, 2000, 11). Visa tai, ką mes jaučiame kaip kūniški asmenys, yra susiję su mūsų kūnu, atsiriboti nuo savo kūno reiškia atsiskirti nuo savęs paties. Tačiau tiek žmogaus kūną, tiek gyvulį, netgi medį, sudaro tie patys cheminiai elementai. Vadinasi, ne medžiaga padaro, kad vienas kūnas yra gyvulio, kitas – žmogaus. „Tą padaro tvarkomasis tosios medžiagos pradas, tai, kas apipavidalina tąją medžiagą“ (Maceina, 2006, 10). Tas pradas vadinamas dvasine siela, kuri yra žmogaus kūno arba materijos forma. Buvimas vyru ir moterimi yra Dievo įkūnyta žmogaus idėja. Todėl mūsų lytiškumas svarbus tam, kuo mes esame, veikia mūsų mintis, jausmus ir veiksmus (Coleman, 1992, xv).

Žmonės, būdami kūniški lytiniai asmenys, sukurti pagal Dievo pavelslį ir panašumą, pašaukti mylėti vieni kitus besąlygiškai dovanodami save. Kadangi žmogus yra įkūnyta dvasia ir kūnas yra asmens išraiška, suprantama, jog šioje meilėje esama kūniškų elementų. Dėl panašumo į Dievą žmonių meilė taip pat turi būti vaisinga. Taigi savęs dovanojimas vienas kitam apima naujos gyvybės galimybę (Hogan, Levoir, 1985, 95). Kiekvienas asmuo išreiškia savo lytiškumą per kitą asmenį žmogaus orumą atitinkančiu būdu. Tačiau žmogus niekada negali būti priemonė, būdamas asmuo jis visada yra tikslas. Žmogus (tiek vyras, tiek moteris, tiek vaikas) turi būti norimas dėl jo paties kaip asmens. Taip, kaip Dievas nori žmogaus ne dėl savęs, bet dėl žmogaus paties, priimdamas kiekvieną tokį, koks žmogus yra. Todėl ir žmonių tarpusavio santykiuose

joks asmuo negali būti nei išskirtinai, nei pirmiausia vartojimo objektas todėl, kad buvimas įrankiu arba priemone kito subjekto sumanytam tikslui pasiekti prieštarauja pačiai žmogaus prigimčiai, o meilė yra vienintelė priešybė tam, kad asmuo būtų naudojamas kaip priemonė tikslui pasiekti arba kaip kito žmogaus veiklos įrankis (Wojtyła, 1994, 25). Kai lytinis potraukis realizuojamas per lytinį aktą, panaudojant kitą asmenį tik kaip priemonę lytiniam potraukiui patenkinti, pažeidžiamas ne tik to asmens lytiškumas, bet ir pats asmuo. Žmogaus orumas reikalauja, kad jis veiktų, sąmoningai ir laisvai apsisprendęs, kad jo veiksmai išplauktų iš vidinio asmenybės sprendimo, o ne iš aklo lytinio impulso ar išorinės prievartos. Tas orumas pasiekiamas, kai žmogus geba išsivaduoti iš aistrų vergijos ir siekia laisvai pasirinkto žmogaus kilnumą atitinkančio gėrio (*Gaudium et spes*, 17).

Krikščioniškoji etika tradiciškai žmogaus lytiškumą supranta *meilės ir gyvybės perdavimo* prasme. Visada yra pabrėžiamas nenutraukiamas egzistencinis ir psichologinis ryšys tarp *meilę perduodančios*, arba asmenis jungiančios, ir *gyvybę perduodančios*, arba prokreacinės, žmogaus lytiškumo plotmių (May, 1981, 3). Meilės perdavimas visada turi būti atviras gyvybės perdavimui, o gyvybės perdavimas visada turi būti neatsiejamas nuo meilės perdavimo: negali būti meilės be vaikų, o vaikų – be meilės.

Vadinasi, grynai žmogiškas žmogaus gyvybės perdavimas yra toks, kuriame

- neatsiejamos dvi lytiškumo plotmės – meilės ir gyvybės perdavimas;
- žmogus norimas dėl jo paties kaip asmens;
- žmogus yra tikslas, o ne vartojimo objektas;
- žmogus veikia sąmoningai ir laisvai apsisprendęs.

Prigimtinė žmogaus orumo teisė saugo patį žmogų ir nustato teisingą santykį su kitais žmonėmis, o vienintelis teisingas santykis tarp asmenų yra meilė ir iš jos išplaukianti pagarba (Smith, 1993, 236).

1.2. Žmogaus lytiškumo prasmė

Pasak A. Maceinos (2006), vyriškumas ir moteriškumas yra Kūrėjo žmogiškoji idėja. „Tai reiškia, kad lytiškumas „pakeliamas“ į tokią pat garbingą pačių kilniausių žmogaus savybių vietą, kokioje buvo laikomi kiti du klasikiniai žmogaus panašumo į Dievo paveikslą požymiai: protas ir

laisva valia“ (Vaitoška, 1997). Buvimas lytišku yra giliai prasmingas, jį žmogus lygiai taip pat yra pašauktas pažinti, kaip ir visą likusią kūriniją, nes tik pažinimo aktu ji gali jam atsiverti.

Žmogus yra lytiškas asmuo, „kad dvasiniame susijungime papildytų poliariniais skirtingumais jose konkretizuotą tą pačią Dieviškąją žmogaus idėją“, kuriai „svarbu ne josios egzempliorių skaičius, bet tobula josios išraiška“ (Maceina, 2006, 23). Gyvūnų lyčių skirtingumas prasideda ir baigiasi biologiniu prasmingumu: gyvuliai yra dvilyčiai tik todėl, kad gausintų savo rūšį. Tačiau žmogaus lytiškumas skirtas pirmiausia bendrystei, kurios tobuliausia išraiška yra meilė. Žmogus pašauktas mylėti ir dovanoti save kūnu ir dvasia. Moteriškumas ir vyriškumas yra viena kitą papildančios dovanos. Dėl to žmogaus lytiškumas yra konkretaus gebėjimo mylėti, kuriuo Dievas apdovanojo vyrą ir moterį, neatsiejama dalis. Lytiškumas yra būdas užmegzti ryšį su kitu ir jam atsiverti; dėl to jo tikrasis tikslas yra meilė, tiksliau sakant, meilė kaip dovanojimas ir priėmimas, kaip davimas ir gavimas. Santykis tarp vyro ir moters yra iš pagrindų meilės santykis (Popiežiškoji šeimos taryba, 11). Vadinasi, *lytiškumas*:

1) *skirtas meile grįstai asmenų bendrystei*. Anot V. Solovjovo, meilė peržengia šio pasaulio ribas (1991, 50). Meilė yra išėjimu iš savęs į kitą nukreipta egzistencija, aktyvus skverbimasis į kitą asmenį, kuriame noras pažinti nurimsta pasiekus vienybę (Fromas, 1999, 139). Kiekvieno žmogaus meilė yra tokia, koks yra pats žmogus. Anot A. Paškaus, kokioje žmogiškumo plotmėje egzistuojama, tokioje plotmėje ir mylima (1995, 49). Iš tiesų viename meilės poliuje randame nuogą biologinį faktą, priešingame atsideriame prieš šventą paslaptį. Juo žmogus dvasingesnis, juo labiau jam atsiskleidžia transcendentinė meilės prasmė. Pažinti kitą asmenį įmanoma tik mylint, nes tik meilė atveria žmogaus egoizmo kiautą. Tik mylėdamas žmogus įsileidžia į savo vidinio pasaulio epicentrą kitos lyties asmenį, taip išplėsdamas savojo „aš“ ribas (Solovjovas, 1991, 21). Pamatyti ir išgyventi pasaulį kitos lyties akimis įmanoma tik mylint. Vadinasi, žmogaus būties pažinimo pilnatvė priklauso nuo jo gebėjimo mylėti. V. Solovjovas tobiliausia žmogaus meile laiko meilę Kūrėjui, kuriai gali prilygti tik vyro ir moters meilė, o pastarajai – motinos meilė vaikui (1991, 29). Moteriai altruizmas, polinkis į religinę tikrovę labiau įgimtas, t. y. jos lyties duotybė, vyrai juos reikia įgyti. Būtent tai jis pasiekia mylėdamas, „vyrui reikia moters, kad jis galėtų sutikti Dievą“ (Paškus, 1995, 44), moteriai „lemta sujungti vyrišką galią su Dievybe“ (Berdiajevas, 1999, 44).

Meilė neapsiriboja nei emocijomis, nei jausmais, nei psichologiniu prieraišumu. Ji nėra iš anksto paruošta ir pateikiama dviem žmonėms su sitikus. Ji „nėra kažkas gatava žmonių tarpusavio santykiuose. Pirmiausia ji yra *principas, arba idėja*, pagal kurią žmonės turi derinti savo elgesį“, t. y. „išsilaisvinti iš vartojimo“, nes meilė yra vartojimo priešybė (Wojtyła, 1994, 26). Meilė – tai *tiesa*, išvaduojanti iš klaidingo savęs teigimo (Solovjovas, 1991). Meilė yra dovanojimas(is), *davimas* (Wojtyła, 1994; Fromas, 1999), aktyvi *veikla*, galia, įveikianti izoliacijos ir atskirtumo jausmą, jai būdingi esminiai elementai, bendri visoms meilės formoms: rūpestis, atsakomybė, pagarba ir žinojimas (Fromas, 1999, 130, 135), ji yra *pažiūra* į žmogų ir gyvenimą (Paškus, 1996) arba *atsakymas* į žmogaus egzistencijos problemą (Fromas, 1999; Berdiajevas, 1989; Fiorsteris, 1923). Meilė – pasaulinės sintezės veiksnys, suartinantis ir harmonizuojantis gausius gamtinius elementus ir taip išlaikantis tvarką pasaulyje (Šardenas, 1995). Ji yra didžiausia *dvasinė vertybė*, daugiausia *lemianti žmogaus santykių* su pasauliu kryptį, prasmę ir formą (Aramavičiūtė, 2005, 90). Transcendencija žmogaus dalyvavimą dieviškajame pažinime apriboja arba išplečia tiek, kiek žmogus pajėgus to pažinimo pakelti. Šis pajėgumas matuojamas, pasak K. Pukelio, *dora*. Juo žmogus doriau gyvena, juo labiau Transcendencija jam praskleidžia paslapties skraistę, gaubiančią visą egzistenciją (Pukelis, 1998, 371). Transcendentinė meilės galia perkeičia ir dorina lyčių santykius.

2) *papildančios viena kitą dovanos*, todėl vyro ir moters bendrystė grįsta meile įgyja žmogiškosios pilnatvės pobūdį. Siekiant suprasti lyčių papildomumo prasmę, reikia dar kartą apmąstyti žmogaus sukūrimo idėją. Ji, prasidėjusi vieno žmogiškojo asmens sukūrimu, buvo atbaigta sukūrus antrąjį, nes „Negera žmogui būti vienam! Padarysiu jam tinkamą bendrininką. <...> iš šonkaulio, kurį Viešpats Dievas buvo išėmęs iš žmogaus, padarė moterį ir atvedė ją pas žmogų. O žmogus ištare: ‘Ši pagaliau yra kaulas mano kaulų ir kūnas mano kūno. Ši bus vadinama moterimi, nes iš jos vyro ji buvo paimta’“ (Pr 2, 18; 22–23). Esti įvairiausių interpretacijų apie šios bendrininkės sukūrimo prasmingumą ir jos vaidmenį. A. Maceinos nuomone, biologinis žvilgsnis visą dėmesį sukoncentruoja į žodžius: „ir jie taps vienu kūnu“, nes mato tik kūnų, o ne dvasios poliariškumą. Moters sukūrimas buvo žmogaus tvėrimo ištobulinimas, o ne priemonės tapti vienu kūnu davimas (Maceina, 2006, 16). Aiškinimas, kad moteris buvo sukurta kaip vyro pagalbininkė darbams, taip pat atspindi labai

siaurą požiūrį. Šiuo atžvilgiu, – taikliai pastebi šv. Tomas Akvinietis, – „darbui pasaulyje būtų geriau tikęs vyras“ (Maceina, 2006, 15). Bendro darbo prasme vyras vyrui daugiau gali pagelbėti. Tačiau buvo sukurtas ne antras vyras, o moteris. Taigi žmogaus socialinė prigimtis siekia giliau nei bendras darbas. Žmogaus socialumas yra žmogaus idėjos poliariškumas, todėl lytys savitarpio santykiavimu pirmiausia patenkina tą „socialinį žmogaus prigimties charakterį“, o tik paskui ateina socialumas bendro darbo prasme. Jei nebūtų pasaulyje moterų, vyrai būtų tokie antisociališki, tokie egoistai, kokius tik galima įsivaizduoti (Maceina, 2006, 15).

Lyčių papildomumo principas skleidžiasi visose žmogaus raiškos srityse. Lytims būdingas savitas būties pažinimas ir išgyvenimas. Lytiškumas – tai prisilytėjimo prie pasaulio būdas. (Semantine prasme lietuvių kalboje žodžiai „lytis“ ir „lytėti“ turi tą pačią šaknį.) Natūralios ontologinės žmogaus orientacijos pažinimas ir troškimas įvaldyti pasaulį skirtingai veikia vyrą ir moterį: „Jeigu vyriškoji kultūra yra daugiau gamtos formavimas, tai moteriškoji kultūra yra daugiau būties tobulinimas“ (Maceina, 1991, 385). Vyriškasis principas siekia pasaulį valdyti išorinėmis, jėgos priemonėmis, moteris – vidinėmis, t. y. savo vidumi suimdama pasaulio kūrybos dėsnius ir juos pritaikydama pasauliui perkeisti. Kitaip sakant, vyras pasaulį pažįsta ir stengiasi valdyti iš išorės, jį suskaidydamas į mažas sriteles, suformuodamas ir atskirdamas; moteris pasaulį pažįsta iš vidaus, sujungdama, suvienydama į bendrą visumą atskiras dalis. „Tarp vyro ir moters yra tas skirtumas, kad viename žmogiškoji idėja konkretizavosi teikiančiuoju poliumi, o kitame ta pati žmogiškoji idėja apsireiškė priimančiu poliumi“ (Maceina, 2006, 20). Taip pasireiškia bendražmogiškasis pažinimas, veikimas ir kūryba. Paneigus nors vieną iš jų, matysime, vaizdžiai sakant, tik vieną mėnulio pusę.

Visiems asmenims, anot W. E. May, tam, kad jie taptų pilnutinėmis būtybėmis, kokiomis jie turi būti, reikia paliesti kitus ir būti patiems paliestiems. Savaiame suprantama, žmonės vengia ižeidžiančių palietimų, privatumo pažeidimų. Tačiau poreikis liesti ir būti paliestam yra giliai įsišaknijęs. Savo esme šis natūralus poreikis išplaukia iš to, kad žmogaus asmuo yra kūniškas, ne tik dvasinis, kad jis yra lytinė būtybė. Nors ne visi asmenų palietimai yra lytinės prigimties, visi jie yra lytinių būtybių veiksmai, pvz., rankos paspaudimas, apsikabinimas, prisiglaudimas. Tačiau yra vienas palietimas, išskirtinai lytinis, apimantis gyvybę perduodančias

ir asmenis jungiančias galias ir sykiu akivaizdžiai parodantis skirtumus tarp vyro ir moters, kurie papildo vienas kitą. Tas palietimas yra lytinis aktas. Tai nepakartojamas palietimas daugeliu atžvilgiu, bet ypač dviem aspektais:

- kadangi tai yra palietimas, visiškai skirtingas vyrui ir moteriai ir įmanomas tik dėl jų lytinių skirtumų, t. y. moteris priima vyrą savo kūne, o vyras įeina į jos kūną. Kalbant ne tik apie kūną, moters asmeninis vyro priėmimas yra unikalus, jis yra priimančiojo pobūdžio ir yra neatsiejamas nuo vyriškojo savęs davimo jai. Vyro poreikis paliesti moterį yra stipresnis, nei moters poreikis paliesti vyrą, ir moters poreikis būti paliestai vyro yra stipresnis, nei vyro būti paliestam moters. Visiškai skirsis šis palietimas, jei moteris nepriims vyro kaip dovanos, neatsivers jam ar jei vyras smurtaus. Taigi vyras negali dovanoti savęs moteriai, jei ji priimdama jį nedovanoja savęs jam.

- tai vienintelis palietimas, kurio metu yra įmanoma tiek moteriai, tiek vyrui išgyventi savąsias gyvybines kuriamąsias galias ir dovanoti gyvenimą naujam asmeniui. Kitaip tariant, palietimas, slypintis lytinia-me akte, yra absoliučiai unikalus palietimas, nes per jį asmenų sąjungą, meilės perteikimą, gyvybės davimą ir asmeninę prokreacinę lytinę galią tiek moteris, tiek vyras išgyvena kartu. Šiame palietime atsiskleidžia „vedybinė kūno prasmė“, kuri turi būti suprantama kaip dovana, ja turi būti intymiai pasidalijama bendrystėje su kitu asmeniu ir ji priimama kaip gyvybės ir gyvenimo suteikimo tikrovė (May, 1981, 12).

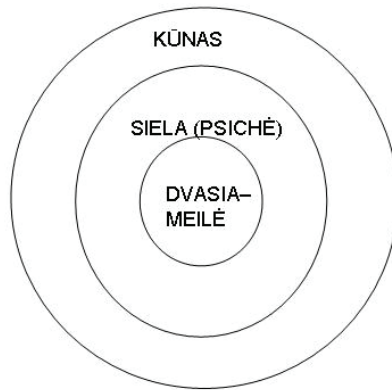
3) *žmogaus kūrybiškumo ir kūrybos sąlyga*. Žmogiškąją kūrybą reikėtų suprasti plačiąja prasme, ne tik kaip gamtos perkeitimą, bet ir kaip trejopą žmogaus dvasinės sielos nusiteikimą santykiyje su gamta, su žmogumi ir su Dievu. Žmogus kūrėjas atsiveria aplinkiniam pasauliui, kai jo viduje kyla konfliktas, įtampa. Lytiškumas ir yra toji įtampa ar konfliktas, žadinantis žmogaus dvasią veikti. Tik pabaigus žmogaus kūrimą, tik sukūrus moterį, „atsirado toji būtis turinį palaikanti įtampa, kurios dėka iš vieno poliaus į kitą teka nuolatinė dvasią papildanti srovė“ (Maceina, 2006, 14). Vyriško ir moteriško pradų priešybe remiasi tarpasmeninis kūrybiškumas (Fromas, 1999, 141). Pasak N. Berdiajevo, lytinė žmogaus perskyra – kūrybos pagrindas. Moters pašaukimas realizuojamas „ne tik vaikų gimdyje ir maitinime, o metafizinio (ontologinio) moteriško prado įtvirtinime, kuris turi suvaidinti kūrybinį vaidmenį pasaulinėje kultūroje. ...Moters paskirtis – konkrečiai įkūnyti į pasaulį amžinąją moteriškumą,

tai yra vieną iš dieviškosios prigimties pusių ir tuo būdu kaupti pasaulį į meilės harmoniją, į grožį ir laisvę. Ši veikla yra nė kiek ne blogesnė už visas vyriškas veiklas. Būti Dante – aukščiausias pašaukimas, bet nė trupučio ne menkesnis ir būti Beatrice“ (Berdiajev, 1989, 39).

Vadinasi, visa žmogiškoji kūryba turi neišdildomą lytiškumo išpaudą, lyčių kūryba skirtinga, tačiau vienodai vertinga.

1.3. Lytiškumo skleidimosi plotmės žmogiškojoje būtyje

Žmogaus lytiškumas skleidžiasi trijose žmogiškojo buvimo plotmėse: biologinėje, psichinėje ir dvasinėje (Paškus, 1995; Maceina, 1991; Berdiajevas, 1999). Iš tiesų nelengva atskirti visas šias sritis, juolab kad žmogiškoji prigimtis, kaip buvo minėta anksčiau, yra nedaloma kūniškojo ir dvasinio pradų vienovė. Kūniškoji plotmė – matoma, realiai apčiuopiama, materialioji prigimties pusė. Psichinė plotmė (*psiche* – gr. siela) apima reiškinius, kurie bendriausia prasme skirstomi į tris grupes: 1) pažinimo procesus; 2) psichinės būsenas (emocijos, jausmai); 3) asmenybės savybes (Kralikauskas, 1993, 304). Dvasinis gyvenimas, anot K. Wojtylos, yra vidinis žmogaus gyvenimas ir „jis telkiasi apie tiesą ir gėrį“ (1994, 15). Asmens ryšys su pasauliu prasideda „gamtiniu“ būdu, t. y. kūnas teikia pažinimo medžiagą, tačiau jis susiklosto tik vidinio gyvenimo srityje. Žmogaus dvasinė (vidinio gyvenimo) plotmė aplinkiniams yra nepažini. Ji gali būti atpažįstama pagal tam tikrą išorinę raišką. Asmens dvasingumas – tai gyvenimo prasmės, vertybių, ryšių su kitais žmonėmis ieškojimas. Kitaip tariant, dvasingumas – tai žmogaus asmenybės raidos pagrindas (Aramavičiūtė, 2005, 67). Dvasingumas neatsiejamas nuo dorumo, t. y. dvasingumas skatina žmogų dorai elgtis, o dorumas – dvasiškai tobulėti (Aramavičiūtė, 2005). Lytiškumas asmenų bendrystės, kurios tobuliausia išraiška yra meilė, kūrimosi pagrindas. Anot K. Wojtylos (1994, 87), meilė – moters ir vyro tarpusavio santykis, visada besiremiantis koku nors santykiu su gėriu. Vadinasi, lytiškumo dvasinė plotmė telkiasi apie meilę, kuri būdama asmenybės tobulėjimo sąlyga yra ir žmogaus pašaukimas (Rupnik, 2001; Paškus, 2003; Pikūnas, 1998; Wojtyla, 1994). M. I. Rupnikas meilės skleidimąsi pavaizdavo trijų metmenų schema (žr. 1 pav.).



1 pav. *Meilės skleidimasis trijose žmogaus buvimo plotmėse: centriniam apskritime – meilė, vidurinis vaizduoja psichinę plotmę, o išorinis – kūną (Rupnik, 2001, 113)*

Anot M. I. Rupniko, iš dvasinės į psichikos ir kūno erdvę skverbiasi meilė, kuri per žmogaus protą, gyvenseną, suvokimą, gestus bei kūną pasiekia ir kitus asmenis. Žmogaus tobulėjimas, taigi ir veikla dvasiniame pasaulyje suprantama kaip atitinkamų dorybių įgijimas (Aramavičiūtė, 2005), tai yra ugdymo tikslas. Dvasinė, arba meilės, plotmė yra pasiekama tik dėl ugdymo, t. y. žmogaus brandinimo (Šalkauskis, 2002) ir prigimties perkeitimo (Pukelis, 1998). Tačiau negalima teigti, jog asmuo, nepasiekęs atitinkamo dvasingumo lygio, nemyli. „Kokioje žmogiškumo plotmėje egzistuojama, tokioje plotmėje ir mylima“ (Paškus, 1995, 49). Tačiau šios skirtingų žmogaus buvimo plotmių „meilės“ skiriasi savo tikslais. Tiek psichinės, tiek fizinės plotmės meilės tikslas yra asmuo pats sau. Dvasinio lygmens meilė – „valingoji meilė“ yra jį išlaisvinanti, transcendentali, nes nukreipta į kitą asmenį, ne tik į žmogų, bet ir į Kūrėją. Asmenybė auga tik bendraudama su kitu, užsidarymas savimeilėje, ryšio su kitu praradimas yra giluminio savojo „aš“ netekimas, nes žmogus egzistuoja tiek, kiek egzistuoja kitam (Munjė, 1996).

Fizinės plotmės meilė, anot K. Wojtylos (1994, 95), yra geidimas. Jo priežastis – juslinė lytinio potraukio (jo santykis su lytiškumu nagrinėjamas toliau) sukelta įtampa, pusiausvyros stokos pajautimas ir šį pajautimą galintis pašalinti apibrėžtas veiksmas. Tada vienas asmuo yra kaip priemonė tenkinti kito geidimui. Moteris ir vyras gali teikti vienas kitam seksualinį

malonumą, gali būti vienas kitam šios naudos šaltinis, tačiau „malonumas ir juslinis mėgavimasis nėra gėris, žmones jungiantis ir suvienijantis ilgalaikiam tikslui“ (Wojtyła, 1994, 105). Deja, šiandien geidimas yra idealizuojamas. Jo apraiškų kupina visa masinė kultūra. Nors ir prisidengęs svetimos kalbos terminu „seksas“, geidimas neįstengia nuslėpti savo grobuoniškosios ir giliai egoistinės prigimties.

Psichinės lytiškumo plotmės meilė. Skirtinga nei grynas geidimas yra geidžiančioji (Wojtyła, 1994) ar jausminė meilė (Paškus, 1995). Geidžiančioji meilė išplaukia iš poreikio ir siekimo atrasti gėrį, kurio trūksta asmeniui, nes ir vyras, ir moteris yra stokojančios būtybės. Geidžiančioji meilė ir juslinis geidimas labai skiriasi. Geidžiančioji meilė nėra pats geidimas. Ji pasireiškia kaip troškimas sau gėrio. „Noriu tavęs, nes tu esi man gėris.“ Geidžiančiosios meilės objektas yra gėris mylinčiajam – moteris vyrui, vyras moteriai. Todėl meilė išgyvenama kaip troškimas asmens, o ne kaip geidimas. Geidimas visada lydi troškimą, tačiau yra tarsi jo šešėlyje, nes asmuo jaučia, kad prasiveržę geiduliai sudarkytų jo meilę. Tačiau geidžiančioji meilė neapima visos meilės esmės pilnatvės. Geidžiančiojoje meilėje dar slypi savanaudiškumo daigai, prasiveržiantys tada, kai vienas iš geidžiančiosios meilės subjektų atranda kitą trokštamą asmenį. Vyro ir moters meilė negali nebūti geidžiančiąja meile, tačiau turėtų artėti prie to, kas vis labiau taptų visišku palankumu mylimam asmeniui. Priešingu atveju ji gali lengvai subyrėti (Wojtyła, 1994, 95–97).

Dvasinė, palankumo meilė. Priešinga geidžiančiajai meilei, anot K. Wojtylos, yra palankumo meilė, ji yra visiškas nesavanaudiškumas. Nepakanka tik trokšti asmens kaip gėrio sau, pirmiausia reikia trokšti gėrio kitai (-am). Palankumo meilę apibūdina ne tai, kad „trokštu tavojo gėrio, kaip geidžiančiojoje meilėje, bet tai, kad „trokštu to, kas tau yra gėris“. „Asmens meilė asmeniui turi būti palankumo meilė, kitaip ji nebus tikroji meilė“ (Wojtyła, 1994, 99). Palankioji meilė yra „grynoji meilės esmė“, ji labiausiai tobulina savo subjektą, geriausiai įprasmina jo egzistenciją ir egzistenciją to asmens, į kurį yra nukreipta. Tik tokia meilė tegali būti palanki, ir didžiulė jos dorinė jėga yra tikrojo gėrio troškimas kitam asmeniui. Kito asmens trokštama ne dėl savęs, kaip išgyvenant fizinę ir psichinę meilę, bet dėl mylimojo (-osios).

1.4. Lytiškumo ir lytinio potraukio raiškos santykis

Lytiškumas, kaip buvo aptarta, yra lytinė žmogaus egzistencijos raiška, besiskleidžianti visose žmogaus buvimo sferose. Lytiškumas taip pat gali būti suprantamas ir kaip lytinis tapatumas. Todėl lytiškumo nedera tapatinti su lytinio potraukio raiška, nes pastaroji daug siauresnė, nusakanti tik vieną lytiškumo komponentą – lytinę raišką fizinėje sferoje. Lytinis potraukis – tai individo savaiminis kūno juslinis ir jausminis jautrumas tiek vidiniams, tiek išoriniams (nemažai jų kultūriškai nulemtų) kitos lyties individo lytiniais dirgikliais. Ši kūno reakcija į kitos lyties individo lytinius signalus yra būdinga visai gyvūnijai (Wojtyla, 1994; Berdiajevas, 1989; Maceina, 2006). Daugelyje darbų lytinio potraukio raiškai apibūdinti vartojamas „seksualumo“, kilusio iš angl. žodžio *sex*, reiškiančio biologinę lytį, terminas. „Dabartinės lietuvių kalbos žodyne“ (2000, 684) žodis „seksualus“ apibūdinamas kaip „lytiškai jautrus“. „Medicinos enciklopedijoje“ (1994, 211) aiškinama, kad seksualumas yra „organizmo gebėjimas reaguoti į išorinius ir vidinius lytinius dirgiklius, gebėjimas lytiškai susijaudinti“. Tačiau „seksualumo“ termino vartoseną gali sukelti tam tikrų neaiškumų, nes jis kai kur vartojamas ir kaip „lytiškumo“ sinonimas, ypač verstuose iš užsienio kalbų tekstuose. Todėl lytinio potraukio raiškai apibūdinti kai kada geriau vartoti lietuvišką *geidulingumo* sąvoką, ypač siekiant apibūdinti nesuvaldyto lytinio potraukio raišką. Šiuo atveju žodis „seksualus“ turėtų būti suprantamas kaip „geidulingas“, t. y. geidžiantis išreikšti savo lytinį potraukį.

Žmogaus lytinio potraukio raiškoje neišvengiamai daugiau ar mažiau dalyvauja juslinės reakcijos, kurios priskiriamos psichiniam lytiškumui. Juo gilesni ir ilgalaikiškesni jausmai, juo labiau žmogaus psichinio lytiškumo plotmė artėja prie dvasinės, ir atvirkščiai. Tačiau biologinėje plotmėje „žmogiškoji lytis priklauso gyvūnijos klasei, kur lyties paskirtis apsiriboja rūšies išlaikymu“ (Paškus, 1995, 45). Tiek vyrui, tiek moteriai būdinga fizinė lytinė trauka, stumianti juos į lytinį aktą, daugelio autorių nuomone (Maceina, 1991; Fiorsteris, 1923; Berdiajevas, 1999; Solovjovas, 1991; Wojtyla, 1994; Paškus, 1995), yra gamtinė jėga – lytinis instinktas, padedantis rūšiai išlikti. Šioje jėgoje nėra nieko „individualaus, netgi nieko grynai žmogiško“ (Berdiajev, 1989, 70). Ją žmogus išgyvena kaip prievartą, kaip jam „svetimą dalyką, kaip spaudimą iš šalies“ (Paškus, 1996, 21) Tačiau ši jėga yra ir žmogaus egzistencijos sąlyga: *Homo sapiens* rūšies buvimas yra

„pirminis ir pagrindinis gėris“ (Wojtyla, 1994, 57), t. y. visi kiti žmogaus gėriai: kūryba, tobulėjimas, meilė ir t. t., priklauso nuo šio pirminio gėrio. Tai genialiai numatė dar Platonas (Berdiajev, 1989, 78). Žmogus gali veikti ir kurti tik todėl, kad jis yra. Lytinėje traukoje, anot N. Berdiajevo, V. Solovjovo ir kt., slypi kūrybinės ekstazės šaltinis. Lytinė trauka – kūrybinė žmogaus energija. Vadinasi, žmogaus lytinis potraukis yra ne tik gamtinė jėga, bet ir vienintelė sąlyga, laiduojanti žmogaus buvimą, todėl ji turi kitą, svarbesnę nei gamtinę, – egzistencinę prasmę. Žmogaus egzistencija yra ne gamtos mokslų, bet filosofijos tyrimo objektas. Todėl tik filosofiskai žvelgiant į lytinį potraukį, kaip į pačią žmogaus egzistencijos priežastį, galima rasti jo tikrą reikšmę (Wojtyla, 1994). Lytinis potraukis, kaip žmonijos egzistencijos sąlyga, asmens kūrybos potencialas, yra neišmatuojamas gėris. Tačiau šią gamtinę jėgą tikrai žmogišku ir asmenišku patyrimu padaro gebėjimas ją valdyti. Valdymas, kaip savaiminė gynybinė reakcija į aklos gamtinės jėgos prievartinį išiveržimą, būtinas, nes „gresia natūraliam asmens gebėjimui apsispręsti“ (Wojtyla, 1994, 254).

Lytinis potraukis yra ir žmogaus meilės sąlyga (Wojtyla, 1994; Paškus, 1995; Berdiajevas, 1999; Fiorsteris, 1923; Solovjovas, 1991; Coleman, 1997; Maceina, 1991a). Nors meilė išauga ir formuojasi jo pagrindu, tačiau meilę kuria „pats asmuo savo valia“ (Wojtyla, 1994, 55), t. y. aktyviomis valios pastangomis įtraukia lytinį potraukį (geismą) į meilę. Lytinio potraukio ir meilės integralumą išreiškia intymumas, kuris lytinį potraukį paverčia tikrai žmogišku ir autentišku. Integralumas ir intymumas atskiria žmogų nuo gyvūno (Coleman, 1997, 56). E. Eriksonas (1996) pabrėžia, jog tikras intymumas „tvirtai laikosi išsipareigojimų“, kuriems pasiekti reikia „etinių jėgų“, nes šis tikslas gali pareikalausiti „gebėjimo pasiaukoti“. Integruotam į meilę lytiniam potraukiui būdingas švelnumas. Geismingumo ir švelnumo integralumas žmogaus lytiškume tampa siejančiu du asmenis ryšiu. Švelnumas, o ne geismingumas, išreiškia troškimą būti kartu. Žmogaus užduotis stengtis integruoti juos į tikrai „žmogiškąjį pokalbį“ (Coleman, 1997, 59). Žmonės tarpusavyje komunkuoja ir bendrauja per kūną, lytiškumas neišvengiamai dalyvauja tame, todėl jį galima vertinti kaip neverbalią kūno kalbą. Coleman (1997, 66), remdamasis J. B. Nesonu, sugretino pagrindines verbalinės kalbos charakteristikas ir lytiškumą kaip kūno kalbą. Šis palyginimas vaizdžiai atskleidžia žmogaus lytiškumo, lytinio potraukio ir gyvūno lytinio instinkto skirtumus:

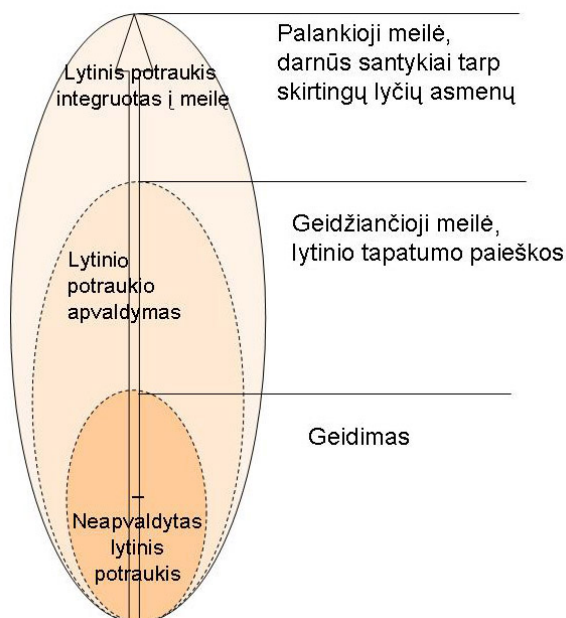
1. *Kalba yra kultūriškai nulemta.* Žmogus gimsta, turėdamas fizinę galimybę kalbėti, tačiau tik kultūrinė aplinka gali ją aktualizuoti. Žmogus pradeda kalbėti ta kalba, kokią jis girdi nuo pat gimimo. Panašiai ir su lytiškumu, kuris nėra tik grynai biologiškas, bet ir kultūriškai nulemtas.
2. *Kalbos simbolizmas.* Kiekvienas garsas pažymimas tam tikru simboliu, simboliai sudaro skirtingus žodžius. Paskiri simboliai turi visiškai kitą prasmę ar neturi jokios, nei sudėti į vieną žodį ar sąvoką. Taip pat ir su lytiškumu. Tam tikri „garsai“ yra lytinė ekspresija, pvz., bučiny, kuris bendroje lytiškumo „kalboje“ turi labai daug reikšmių: pradedant dažniausiai tėvų rodoma meilės išraiška savo vaikams, baigiant išdavyste, vadinamuoju „Judo pabučiavimu“. Žodžiais įmanoma pasakyti tiesą, bet taip pat ir meluoti. Lygiai taip pat įmanoma sakyti tiesą ar meluoti ir kūno kalba.
3. Žmonių kalba skiriasi nuo gyvūnų komunikacijos būdų savo pobūdžiu ir struktūra. Žmogaus lytinio potraukio išraiška – lytinis aktas turi taip pat daug reikšmių, priklausomai nuo to, koks jo kontekstas: abipusis partnerių malonumas, daug turiningesnės santuokinės meilės išraiška, skirta sutuoktiniams sujungti, sukurti meilės bendruomenę ir pradėti kūdikį, arba visiškai nužmoginantis aspektas – prievarta.
4. Gyvūnų garsinė komunikacija padeda biologiniam išlikimui, žmogaus kalba peržengia išlikimo ribas. Taip pat ir žmogaus lytinis potraukis tarnauja ne tik gyvybei pradėti, bet ir meilei išreikšti.

Anot A. von Hildebrand (2005), Dievas iš tikrųjų sukūrė moterį gražią. Jos žavesys, mielumas ir grožis turi galingą jėgą, kurią vyriškai lyčiai sunku įveikti. Verta pastebėti, kad gyvūnų pasaulyje būtent vyriškoji lytis yra gražesnė už moteriškąją. Tai yra dar viena priežastis teigti, jog gyvūnų ir žmonių lytiškumas visiškai skirtingai pasireiškia ir turi skirtingą prasmę.

Pats lytinis potraukis nėra nei geras, nei blogas. Jis nesukuria žmogaus veiksmų, o yra tik jų potenciali. Todėl potraukis ir jo raiška „natūraliai priklauso nuo asmens“ (Wojtyła, 1994, 55), t. y. nuo jo savikontrolės lygmens ir gebėjimo apsispręsti, įsameninti ir priimti jį kaip gerį: savo meilės bei kūrybos potencialą ir egzistencijos sąlygą. Tačiau lytinė trauka kaip gamtinė jėga nuolat pareiškia savo teises ir dažnai laimi prieš asmenį (Berdiajev, 1989; Maceina, 1991; Vydūnas, 1991). Taigi lytinis potraukis gali reikštis dvejopai: akla, beasmene gamtine jėga – geidulingumu,

sukeliančiu nenumaldomą įtampą žmoguje bei verčiančiu ieškoti būdų nuolat prarandamai pusiausvyrai atkurti, ir kaip integralus, valdomas ir perkeistas lytiškumo komponentas, iš pagrindų paremiantis meile grįstą skirtingų lyčių asmenų bendrystę. Gebėjimas valdyti lytinį potraukį labiau nei kitką parodo asmens brandumą.

Apibendrinami tai, kas pasakyta, galime teigti, jog lytinis potraukis yra dinamiškas lytiškumo branduolys, kurio kitimą pavaizduosime kaip ašį. Viename poliuje grynoji gamtinė jėga – lytinis instinktas, verčiantis žmogų ieškoti, kaip įveikti įtampą. Ši jėga pasireiškia nukreiptu į kūną geidimu ir realizuojama „seksė“. Kitame poliuje – suvaldytas ir perkeistas, nukreiptas į asmenį lytinis potraukis, įgyvendinamas valingojoje, palankiojoje meilėje ir kūryboje, kuri, priešingai nei geidimas, nukreipta į asmenį, o ne į kūną (žr. 2 pav.).



2 pav. Lytinio potraukio dinamika ir jos raiška žmogaus meilėje.
(Rodyklė, nukreipta į viršų, rodo lytinio potraukio ir meilės integracijos augimą bei kryptį. Plg. Obelenienė, 2007, 19).

Tarp šių dviejų polių – atvirkštinė priklausomybė. Juo didesnis svoris viename, juo mažesnis kitame. Daugiausia energijos eikvojantys

geidimui – „seksui“, kuris suprantamas kaip nuo meilės, santuokos ir prokreacijos atsieti lytiniai asmenų santykiai, yra mažiausiai kūrybingi (Berdiajev, 1989; Solovjovas, 1991). Asmenybė atsiskleidžia juo daugiau, juo labiau tolstama nuo apatiniojo poliaus ir artėjama prie viršutiniojo. Tačiau tai nereiškia, kad kurianti ir mylinti asmenybė gali būti tik nepatirianti fizinės meilės ir negimdanti vaikų. „Metafizine prasme fizinis kūnas yra lygiavertis dvasiai, ir kūniškumas meilėje yra lygiavertis dvasingumui“ (Berdiajevas, 1999, 50).

Remiantis tuo, kas pasakyta, galima išskirti suvaldyto ir nesuvaldyto lytinio potraukio raiškos požymius (žr. 1 lentelę).

1 lentelė. Suvaldyto ir nesuvaldyto lytinio potraukio raiškos požymiai santykiyje su kitu asmeniu (plg. Narbekovas, Obelenienė, Pukelis, 2008, 135)

Suvaldyto lytinio potraukio raiškos požymiai (brandus seksualumas)	Nesuvaldyto lytinio potraukio raiškos požymiai (nebrandus seksualumas / geidulingumas)
Lytiniai santykiai yra meilės išreiškimas kūno kalba	Lytiniai santykiai nesiejami su meile (meilė tapatinama su seksu)
Lytiniai santykiai neatsiejami nuo meilės, santuokos, prokreacijos	Lytiniai santykiai atsiejami nuo meilės, santuokos, ir prokreacijos
Meilei išreikšti būtinas konkretus, mylimas skirtingos lyties asmuo	Nebūtinas mylimas asmuo, nebūtinas skirtingos lyties asmuo
Meilė nukreipta į asmenį, todėl kitos lyties asmuo yra tikslas	Meilė orientuota į kūną, kitas asmuo yra priemonė
Geismingumas, intymumas, švelnumas integruoti į meilę ir išreiškiami tiesiogiai	Būdingas viešas jausmų demonstravimas, grubumas ir agresija. Švelnumas trumpalaikis, atsietas nuo meilės
Intymumas pasireiškia rūpesčiu ir atsakomybe už kitą	Atsakomybės nepriėmimas, išipareigojimų vengimas
Būdingas gebėjimas užmegzti ilgalaikius tarpasmeninius ryšius	Trumpalaikiai tarpasmeniniai ryšiai, partnerių kaita
Kūno kalba sako tiesą	Kūno kalba meluoja
Lytinis potraukis suvokiamas kaip moralinis gėris, kūrybos ir meilės šaltinis	Lytinis potraukis nėra gėris, nes sukelia nuolatinę įtampą ir verčia ieškoti išprovokos
Būdingas drovumas (drovus elgesys, kukli apranga ir pan.)	Būdingas provokuojantis elgesys (lytiškai geismingas)
Geba būti ištikimas (-a) vienam, mylimam asmeniui (sutuoktiniui)	Nepajėgus (-i) būti ištikimas (-a) vienam asmeniui

Šie išskirti bruožai gali būti naudingi nustatant žmogaus lytinio potraukio raiškos pobūdį.

1.5. Vyro ir moters lytinio potraukio raiškos skirtumai

Skirtingos vyro ir moters prigimtys daro įtaką ir skirtingai jų lytinio potraukio raiškai. Moteris yra daug giliau įguldyta į gamtines lyties gelmes (Vydūnas, 1991), daug labiau susijusi su lytimi nei vyras (Berdiajev, 1989). Moters ciklinis lytinių ląstelių brendimo pobūdis ir jų negausumas jos vaisingumą daro kintantį, ritminį. Tuo tarpu vyro vaisingumas nėra ritmiškas. Moters kūne prasideda ir auga nauja gyvybė. Anot Aristotelio, vyras generuoja svetimame, o moteris savame kūne. Vyro generacinis (prokreacinis) aktas pasibaigia lytiniu aktu, moters atvirkščiai – prasideda ir tęsiasi jos kūne visą naujos gyvybės vystymosi ir brendimo laiką, o gimus kūdikiui tęsimas žindymu. Moteris natūraliai iš prigimties yra daug dorovingesnė nei vyras (Vydūnas, 1991; Maceina, 1991). Tad lytinį aktą moteris savaime sieja su aukštesniais išgyvenimais nei vyras. Moters seksualumas savaime yra labiau įsmenintas, labiau kryptantis į jausmus nei į jusles, daugiau įgyvendinamas psichine, jausmine meile, o vyro – daugiau fizine. Skirtingai nei moters, vyro lytinis potraukis reikalauja neatidėliojamo patenkinimo, todėl vyras šiuo atveju nuo jos labiau priklausomas (Berdiajev, 1989, 68). Vyrui lytiniu dirgikliu gali tapti bet kurios moters kūno dalies vaizdas ar drabužio fragmentas. Vyro lytinis impulsas kyla staiga, sukeltas dirginančių vaizdinių. Jų šaltinis gali būti nebūtinai pažįstama, reali ir šalia esanti moteris, tad šiuo atžvilgiu jis yra primityvesnis. Tuo tarpu moteriai lytinis dirgiklis yra ne vyro kūnas, bet labiau jo asmeninės savybės, atsiskleidžiančios vyro elgesyje ir pirmiausia kalboje, todėl moters geidulingumas yra labiau įsmenintas, reikalaujantis paties asmens buvimo, o ne tik jo vizualizacijos. Moters lytinio potraukio aktualizacijai reikia daugiau laiko nei vyro. Jai taip pat reikia daugiau laiko ir grįžti į pradinę ramybės būseną. Vyro geidulingumas impulsyvesnis, reikalaujantis labiau neatidėliotino išsipildymo, suaktyvinamas beasmenio moters kūno ar jos dalių vaizdo ir nereikalaujantis paties asmens buvimo. Tiek kilti vyro lytiniais impulsais, tiek jiems nurinti reikia mažiau laiko. Taigi vyrui lytinius impulsus sukelia moters (nebūtinai realios) kūno vaizdas, o moteriai – konkretaus asmens tiesioginis veikimas.

Anot A. Paškaus, moters lytinio potraukio raiška yra vientisesnė nei vyro. Ji labiau linkusi matyti lytiniuose santykiuose švelnumą, meilumą, globą. Lytiniai santykiai moterims labiau nei vyrams yra susiję su nuolatinio išsipareigojimu. Vyrai labiau nei moterys linkę fizinėje meilėje išvelgti pasitenkinimo šaltinį (Paškus, 1996, 146).

Jaunų merginų ir vaikinų motyvai siekiant lytinio artumo yra visiškai skirtingi: merginoms intymumas yra gerokai svarbesnis nei *seksas*, vaikinai mano priešingai – jiems lytiniai santykiai daug svarbiau nei intymumas (Iljin, 2006, 221).

Tad jau pačios moteriškosios lyties yra nulemta, kad moters lytinio potraukio raiška yra labiau įsameninta nei vyro. Savaimė suprantama, kad dėl šių skirtumų ir lytinio potraukio kontrolės mechanizmai skirtingi, vadinasi, turi būti taikomi ir skirtingi gebėjimo valdyti lytinį potraukį ugdymo metodai.

1.6. Skaistumas ir kūno kalba

Dėl to, kad žmonės yra kūniškos lytinės būtybės, ir kad lytiniai skirtumai daro galimą papildomumą ir ypatingą draugystę tarp vyro ir moters, natūralu, kad kyla įvairių lytinių troškimų, lydimų aistros. Lytiniai troškimai patys savaime yra gėris, nes jie yra dalis mūsų žmogiškos prigimties, sukurtos Dievo. Jeigu šie troškimai darniai įsilieja į asmeninį pašaukimą, kuriam kiekvienas kviečiamas, jie turi didelę reikšmę tobulinant save. Lytiniai troškimai yra galinga jėga, kuri neretai sunkiai paklūsta protui ir kelia rimtų pavojų žmogaus vertybėms, kurias kiekvienas turi saugoti ir ugdyti. Šios emocijos gali skatinti traktuoti žmogų kaip lytinio pasitenkinimo objektą. Paveiktas aistros žmogus sako „aš tave myliu“, bet tai nėra tikra meilė. Taip pat yra pavojus, kad aistra gali užvaldyti žmogų ir tada bus neįmanomas lytiškumo integravimas į savęs dovanojimą kitam. Kas yra priversta aistros, tas negali būti laisva dovana. Tuo tarpu žmogus kviečiamas į bendrystę ir dialogą su kitu asmeniu. Kūno kalba, kaip ir verbalinė kalba, yra dialogo priemonės. Kaip verbalinė kalba skirta tiesai sakyti, nors panaudojama ir melui, taip yra ir su kūno kalba.

Žodis yra tinkamiausias bendravimo būdas. Žmogus yra „galintis kalbėti gyvūnas“. Žodis apima ne tik kūno struktūrą, bet remiasi ir mąstymo bei dvasios struktūromis. Tik žmogui būdingas gebėjimas kalbėti ir jis gali bendrauti ženklais. Jis tai daro pasiremdamas vidine dvasios jėga ir savo kūną paversdamas ženklais. Kūno kalba išreiškiama tai, kas išgyvenama, kokia dvasinės sielos būseną, koks asmens nusiteikimas, jo palankumas ar nepalankumas, pakylėtumas ar nusivylimas ir pan. Todėl galima išskirti tris žodžio rūšis: ištartą lūpomis, protu ir širdimi. Širdies žodis yra vienas ir jam reikia daugybės proto žodžių, kad galėtų būti išreikštas, nors tai niekada neįvyksta iki galo. Norint išreikšti tai, kas iš tikrųjų

mąstoma ir ko trokštama, tas pats atsitinka ir su proto žodžiu. Daugelio žodžių, kylančių iš mąstymo, lūpos ištarti negali (Lobato, 2001, 94).

Kadangi žmogus „gali pilnutinai save surasti vien nuoširdžiai save patį atiduodamas“ (*Gaudem et spes*, 24), todėl stebimas nuostabus žmogaus gyvenimo paradoksas: gyvenimo, pašaukto *tarnauti tiesai* meilėje. Tik meilė leidžia žmogui realizuoti save nesavanaudiškai atsiduodant. Mylėti – reiškia priimti ir duoti tai, ko negalima nei pirkti, nei parduoti, ką galima tik laisvai vienam kitam dovanoti. O asmens dovana pagal savo prigimtį turi būti tvari ir neatšaukiama. Iš tos dovanos esmės kyla ir santuokos neišardomumas, nes tai asmens dovana asmeniui. Meilė yra savęs kaip dovanos atidavimas kitam. Tai vienijanti jėga, siekianti iš dviejų padaryti vieną (Lobato, 2001, 95).

Skaistumo dorybės uždavinys yra išmokyti žmogų kūno kalba sakyti tiesą. Šios dorybės uždavinys nėra bėgti tolyn nuo aistros, ar bet kokia kaina nuslopinti jau patį jų troškimą. Skaistumas leidžia žmogui susitvarkyti aistrų srityje, suvaldyti savo troškimus taip, kad gyventų harmonijoje ir taikoje. Savęs dovanojimas kitam yra esminis skaistumui. Jis apima atvirumą gyvybei, gerbia kitą asmenį (o ne kaip objektą), pabrėžia jausmų suvaldymą ir laisvą asmenų dalyvavimą lytiniame akte. Tol, kol nėra santuokos, tokio savęs dovanojimo nėra. Todėl santuokinis lytinis aktas yra išskirtinis ir iš esmės skiriasi nuo lytinių santykių nesusituokusių asmenų, nes pastarųjų „kūno kalba“ yra melo išraiška. Juk neįmanoma teigti to, kas dar neegzistuoja.

Meilė apima ir žmogaus kūną, o kūnas dalyvauja dvasinėje meilėje. Esti du tinkami vienybės būdai realizuoti žmogaus pašaukimą meilei – tai santuoka ir skaistybė. Vyro ir moters atsidavimas vienas kitam būdingais ir išskirtiniais aktais anaip tol nėra grynai biologinis reiškinys, o tai svarbiausios žmogaus asmenybės esmė. Tikrai žmogiškas būdas jis yra tik tada, kai sudaro neatskiriama dalį meilės, kuri vyrą ir moterį jungia iki mirties. Kūniškas atsidavimas būtų veidmainiškas, jei tai nebūtų ženklas ir vaisius visiško asmens atsidavimo, kuriame dalyvauja visas asmuo su visu savo laikinumu. Jei žmogus tikisi ko nors arba pasilieka galimybę pakeisti sprendimą ateityje, jis jau neatsiduoda visiškai. Be to, visiškas atsidavimas yra taip pat atsakomybė už tėvystę. Todėl vienintelė „vieta“, kur galimas toks visiškas atsidavimas, yra santuoka, kai yra santuokinės meilės sąjunga ir sąmoningas bei laisvas pasirinkimas, kai vyras ir moteris sudaro paties Dievo numatytą vidinę gyvenimo ir meilės bendriją (*Familiaris consortio*, 11).

Kadangi žmogaus prigimčiai būdingas gebėjimas mylėti, skaistumo dorybės neįmanoma suprasti atskirai nuo meilės dorybės. Jo paskirtis – išvaduoti meilę nuo vartojimo nuostatos, drauge apsaugoti asmenį nuo panaudojimo. Vartojimo nuostata darosi pavojingesnė, nes visokiais būdais užmaskuojama valioje, visas lytiškumo išraiškos formas vadinant tiesiog „meile“. Be skaistumo meilė nėra meilė, nes ji nėra meilė tol, kol noras „vartoti“ nėra pajungiamas pasirengimui „mylėti“ be jokių sąlygų ir išlygų (Wojtyla, 1994, 217–218). Vadinamoji „laisvoji meilė“ naudojasi žmogiškomis silpnybėmis ir stengiasi suteikti joms tam tikrą orumą. Ji taip pat siekia nuraminti sąžinę, sukurdamą „moralinę alibi“, tačiau neatsižvelgia į visas iš jos išplaukiančias neigiamas pasekmes (Jonas Paulius II, 1994a, 14).

Tikroji meilė nėra jausmų audra, bet išmąstyta atidus sprendimas. Jei meilė yra valingas aktas, tai reiškia, kad žmogus pajėgia pasipriešinti instinktų spaudimui. Žmogus renkasi meilę, apsisprendžia mylėti ar nemylėti (Paškus, 2003, 167). Tikra meilė – tai asmens tobulėjimo jėga, judėjimo jėga, cirkuliuojanti nuo asmens prie asmens, nuo skirtumo prie tapatybės, nuo skurdo prie pertekliaus ir praturtinanti kiekvieną. Brandi meilė galima tarp asmenų ir yra ištikima asmeniui. Jei jau draugystė galima tik su nedaugeliu, juolab meilė, apimanti visus žmogaus gyvenimo lygmenis, galima tarp vyro ir moters ir įgauna kūniškas, veiksmingas, dvasines formas (Lobato, 2001, 151).

Meilė negali būti akla, bet turi matyti žmones tokius, kokie jie yra. Žmogui būdingas ir gėris, ir blogis. Paprastai tai, ką žmonės vadina meile, tėra tik emocijos, kurios vengia tiesos. Tačiau meilė be tiesos yra pavojinga. Pagaliau meilė, nepagrįsta tiesa ir teisybe, nėra nei reali, nei konstruktyvi, bet labiau griauianti ir sentimentali. Meilės negali būti be pagarbos. O pagarba remiasi kito teise būti tokiu, koks jis yra, o ne tokiu, koks jis man vertingas. Drauge buvimo tikslas yra žmogiškojo išsiskleidimo įgalinimas. O žmogaus fiziniui, psichologiniui ir dvasiniam brendimui reikalingas gyvenimo turinys, būtent gyvenimo vertybės. Meilė nebūtinai reikalauja kito poreikių išpildymo, tarkim, kito seksualinių potraukių patenkinimo. Priešingai, jei meilė remiasi tiesa, jei norime kitą mylėti taip, kaip jis privalėtų būti mylimas, privalome kartais atsisakyti išpildyti jo reikalavimus. Meilė, kuri remiasi tiesa, gali pareikalausiti ir to, kas gali atrodyti bejausmiška ar net žiauru, pvz., nutraukti neleistiną erotinę meilę, nors tas žingsnis kuriam nors sukeltų skausmą ir nusivylimą (Paškus, 1984, 118–121).

Kadangi žmogaus orumas reikalauja, kad žmogus niekada nebūtų panaudotas kaip priemonė, skaistumo dorybei į pagalbą ateina drovumas.

Drovumas yra neatskiriamas nuo susivaldymo. „Drovumas apsaugo tai, kas žmogui intymu. Jis atsisako apnuoginti tai, kas turi būti paslėpta. <...> Jis kreipia žmonių žvilgsnius ir veiksmus taip, kad jie atitiktų jų asmens ir tarpusavio ryšių orumą. Drovumas saugo žmonių ir jų meilės paslaptį. Mylint jis padeda būti kantriems ir saikingiems; drovumas reikalauja, kad būtų išlaikytos vyro ir moters savęs dovanojimo ir jų tarpusavio galutinio išipareigojimo sąlygos. Drovumas yra kuklumas. Jis padeda pasirinkti aprangą. Iškilus nesveiko smalsumo pavojui, jis verčia patylėti arba būti santūresniems“ (KBK, 2521–2522).

Drovumas būdingas tik žmogui, nes tik jis dėl pačios savo prigimties negali būti vartojimo objektas. Nors tiesioginis drovumo objektas, tiesioginis išgyvenimo – drovumo turinys yra lytinės vertės, vis dėlto netiesioginis drovumo objektas yra pats asmuo. Kadangi egzistuoja vartotojiško požiūrio pavojus dėl asmenyje glūdinčių lytinių verčių, drovumas pasireiškia kaip siekimas jas slėpti. Tai natūralus ir savaiminis siekimas, liudijantis, kaip moralinė tvarka siejasi su būties tvarka, su prigimties tvarka. Šis savaiminis poreikis slėpti su asmeniu susijusias lytines vertes yra natūralus būdas atskleisti paties asmens vertę, kuri glaudžiai susijusi su asmens neliečiamumu, su jo nusistatymu nebūti vartojimo objektu (Wojtyła, 1994, 228–231).

Nepripažįstant, jog egzistuoja tiesa apie žmogaus lytiškumą, atitinanti jo žmogišką prigimtį, atsiranda galimybė klestėti doriniam reliatyvizmui. Tiesos, gėrio ir teisingumo kategorijos pakeičiamos į meilės kategoriją, padarant meilę galutine doros norma. Juk jei mes nepajėgiame pažinti nei tiesos, nei klaidos, nei gėrio, nei blogio, ar ne logiškiau tuomet gyventi taip, kad viskas pakenčiama, viskas priimama, su viskuo sutinkama, ką tik aplinka siūlo. Jei negalima pažinti objektyvios tiesos, tuomet visų nuomonės vienodai teisingos. Bet be tiesos principo meilės moralė virsta tolerancijos morale, kurioje „gerumas“ tampa pamatine dorybe. Tačiau subjektyvi tolerancijos moralė meilę paverčia nebe rūpesčiu kitais, bet mūsų pačių norų bei pomėgių pateisinimu. Tada meilės dėsnių virsta ideologija, pateisinančia mūsų pačių interesus ir nenorą aukotis. Tą mūsų egoistinį pasiteisinimą dar pastiprina meilės etikos sukurta iliuzija, kad mūsų veiksmai savaime darosi teisingi, jei jie atliekami iš meilės. Taip pateisinami abortai, nepagydomų ligonių žudymas ir kt. Todėl kas gi yra krikščioniškos moralės pagrindas: meilė ar tiesa? Atrodo, kad viena ir kita, bet glaudžiai susijusios (Paškus, 1984, 122–125).

Savikontrolės klausimai

1. Kodėl į žmogiškąją prigimtį reikėtų žvelgti kaip į nedalomą vienovę? Pakomentuokite savo samprotavimus.
2. Kas praturtina abiejų lyčių asmenų tarpusavio ryšį?
3. Apibūdinkite lytiškumo ir seksualumo sampratų esminius skirtumus.
4. Koks asmens skaistumo dorybės ir gebėjimo mylėti santykis?
5. Kuo skiriasi žmogaus lytinis potraukis ir gyvulio lytinis instinktas?
6. Palyginkite brandaus ir nebrandaus seksualumo savybes.

Literatūra

1. Aramavičiūtė V. (2005). Auklėjimas ir dvasinė asmenybės branda. Vilnius: Gimtasis žodis.
2. Berdiajev N. A. (1989). Filosofija pola i liubvi. Maskva: Prometej.
3. Berdiajevas N. (1999). Erosas ir asmenybė // Meilės menas. Vilnius: Asveja.
4. Coleman G. D. (1997). Human sexuality. An All-Embracing Gift. NY: Alba House.
5. Dabartinės lietuvių kalbos žodynas (1993). Vilnius: Mokslo ir enciklopedijų leidykla.
6. Erikson E. (1996). Detstvo i obščestvo. St. Peterburg: Fond Universitetskaja knyga.
7. Fiorsteris Fr. V. (1923). Seksualė etika ir seksualė pedagogika. Šiauliai: Vilties draugijos leidinys.
8. Fromas E. (1999). Menas mylėti // Meilės menas. Vilnius: Asveja.
9. Gaudium et spes. Pastoracinė konstitucija apie Bažnyčią šiuolaikiniame pasaulyje (1994) // Vatikano II Susirinkimo dokumentai 1965 gruodžio 7 d. Zarasai: Fortūna.
10. Hildebrand von A. (2005). The privilege of Being a Woman. Michigan: Sapientia Press.
11. Hogan M. R., Levoir M. J. (1992). Covenant of love: Pope John Paul II on Sexuality, Marriage, and Family in the Modern World. San Francisco: Ignatius Press.
12. Iljin E. P. (2006). Diferencialnaja psichofiziologija mužščini i ženščini. Moskva: Piter.
13. Jonas Paulius II (1995). Enciklika „Evangelium vitae“. Vilnius: Aidai.
14. Jonas Paulius II (1994). Familiaris consortio. Krikščioniškosios šeimos uždaviniai šiuolaikiniame pasaulyje. Vilnius: Lumen.
15. Jonas Paulius II (1994a). Laiškas šeimoms *Gratissimam sane*. Vilnius: Katalikų pasaulio leidykla.
16. Katalikų Bažnyčios katekizmas (1996). Kaunas: LKB TTK.
17. Kralikauskas J (1993). Psichologijos įvadas. Kaunas: Šviesa.

18. Lobato A. (2001). Žmogaus orumas ir likimas. Vilnius: Logos.
19. Maceina A. (1991). Pirminės kultūros pagrindai. Raštai T. 1. Vilnius: Mintis.
20. Maceina A. (1991a). Saulės giesmė. Vilnius: Katalikų pasaulis.
21. Maceina A. (2006). Moterystės filosofija // Raštai. T. 9. Vilnius: Margi raštai.
22. May W. E. (1981). Sex, Marriage and Chastity: Reflections of a Catholic Layman, Spouse and Parent. Chicago: Franciscan Herald Press.
23. Medicinos enciklopedija. II d. (1994). Vilnius: Valstybinė enciklopedijų leidykla.
24. Munjė E. (1996). Personalizmas. Vilnius: Pradai.
25. Narbekovas A., Meilius K. (2002). Biotechnologijos: pagalba ar iššūkis santuokai kaip institucijai? // Sveikatos mokslai Nr. 2, p. 84–92.
26. Obelenienė B. (2007). Paauglių ankstyvųjų lytinių santykių pedagoginės prevencijos vertinimas. Daktaro disertacija. Kaunas: VDU.
27. Paškus A. (1984). Asmuo ir laisvė. Čikaga: Ateitis.
28. Paškus A. (1995). Žmogaus meilės. Vilnius: Katalikų pasaulis.
29. Paškus A. (1996). Kunigo meilė. Vilnius: Valstiečių laikraštis.
30. Paškus A. (2003). Meilė – žmogaus pašaukimas. Kaunas: Naujasis lankas.
31. Pikūnas J. (1998). Meilės psichologija. Kaunas: Pasaulio lietuvių kultūros, mokslo ir švietimo centras.
32. Popiežiškoji šeimos taryba (2000). Žmogaus lytiškumo tiesa ir reikšmė. Auklėjimo šeimoje gairės. Kaunas: Už gyvybę.
33. Pukelis K. (1998). Mokytojų rengimas ir filosofinės studijos. Kaunas: Versmė.
34. Rupnik M. I. (2001). Perėjimo kultūra. Vilnius: Katalikų pasaulis.
35. Smith E. J. (1993). Pope John Paul II and Humanae Vitae // Why Humanae Vitae was Right: A Reader. Ed. Janet E. Smith. San Francisco.
36. Solovjovas V. (1991). Meilės prasmė. Vilnius: Pozicija.
37. Šalkauskis S. (2002). Raštai. T. 7. Vilnius: Mintis.
38. Šardenas T. P. (1995). Žmogaus fenomenas. Vilnius: Mintis.
39. Vaitoška G. (1997). Lyties grožis: meilei ar pasimėgavimui // Prizmė Nr. 3.
40. Vydūnas (1991). Sveikata, jaunumas, grožė. Gimdymo slėpiniai. Kaunas: Farmacija.
41. Wojtyla K. (1994). Meilė ir atsakomybė. Vilnius: Alka.

2 skyrius

ATSAKINGA TĖVYSTĖ (MOTINYSTĖ) IR BIOTECHNOLOGIJOS

2.1. Atsakingos tėvystės (motinystės) samprata

Vyras ir moteris, kurie kaip sutuoktiniai vienijasi visiškai seksualiai bendraudami, jau vien dėl to patenka į sferą tvarkos, kuri teisingai turi būti vadinama prigimtios tvarka, tačiau pastarosios negalima tapatinti su „gamtos tvarka“, nes tai pirmiausia yra egzistavimo ir atsiradimo – prokreacijos tvarka. Dėl buvimo asmeniu natūralus tapimo tėvu ar motina faktas visada turi gilesnę už „gamtinę“, būtent asmeninę prasmę. Todėl reikia pabrėžti, kad vyrui ir moteriai bendraujant santuokoje susiduria dvi tvarkos: prigimtios tvarka, siekianti dauginimosi, ir asmens tvarka, pasireiškianti asmenų meile ir siekianti kuo nuodugnesnio jos įgyvendinimo (Wojtyła, 1994, 294–298).

Šių dviejų tvarkų suderinimas sukelia nemažą įtampą, bet žmogus, būdamas asmeniu, yra paties savęs šeimininkas ta prasme, kad gali save kontroliuoti ir nėra bejėgis savo aistrų akivaizdoje. Tik per susivaldymą pasiekama, kad būtų laikomasi prigimtinio įstatymo. Susivaldymas yra esminis, palaikant pusiausvyrą tarp bendravimo, per kurį sutuoktiniai siekia intymios vienybės, ir atsakingos tėvystės-motinystės priėmimo (Maida, 1998, 384).

Atsakinga tėvystė iš esmės paliečia visą šeimą. Sutuoktiniai, vado-vaudamiesi savo sąžine, patys turi nuspręsti, kaip išreikšti savo vaisingumą. Bažnyčia, nepaisant jai rodomo priešiško, liudija pasauliui tiesą, saugodama pasitikėjimą žmogumi ir nukreipdama jį į tai, kas ypač atspindi žmogiškumą, būtent jo *atsakomybę*. Teisingi sprendimai sujungia

visus konkrečius veiksmus į vieną visumą: socialinio teisingumo poreikį, kartu gerbiant dieviškus įstatymus, asmens orumą ir jo laisvę, šeimą ir sutuoktinių atsakomybę.

Kaip teisingai turi būti suvokiama atsakinga tėvystė (motinystė)? Į tai atsako popiežius Paulius VI enciklikoje „*Humanae vitae*“. Kalbėdamas apie biologinius procesus, jis teigia, kad „sąmoninga tėvystė – motinystė reikš, kad gimdytojams reikia pažinti biologinius procesus bei savo funkcijas, susijusias su šitais procesais, ir jas respektuoti, nes žmogaus protas gyvybės perteikimo galioje atranda biologinius dėsnius, kurie priklauso žmogaus, kaip asmens, sričiai“ (*Humanae vitae*, 10). Natūralių šeimos planavimo metodų pagrindas – vaisingumo pažinimas, o kontracepciją naudojančiams vaisingumo pažinimas nereikalingas. Bendriausia prasme šeimos planavimas apima du komponentus: anksčiau minėtą vaisingumo pažinimą ir seksualinio elgesio reguliavimą atsižvelgiant į šeimos poreikius. Naudojant kontracepciją, elgesio kontrolė tampa nereikalinga.

Tačiau akivaizdu, kad žmogus visur prigimtį suvaldo prisitaikydamas. Negalima prigimtį nugalėti ją prievartaujant. Prigimtis suvaldoma tik remiantis nuodugniu jos tikslingumo ir joje viešpatuojančio taisyklingumo pažinimu. Žmogus suvaldo prigimtį kaskart geriau panaudodamas joje slypinčias galimybes. Jei seksualinis santykis remiasi potraukiu, įtraukiant kitą asmenį, elgesį su tuo asmeniu moralės požiūriu netiesiogiai lemia tai, kokių būdu reiškiamas seksualinis potraukis. „Žmogus gali likti ištikimas asmeniui jam derama meilės tvarka, jei yra ištikimas prigimčiai. Kai prigimtį prievartauja, taip pat „prievartauja“ asmenį, darydamas jį vartojimo, ne meilės objektu“ (Wojtyła, 1994, 301–302).

Skirtingai nei kontraceptinis santuokinis aktas, vaisingumo pažinimas – tai asmens, tai yra moters, ciklo priėmimas, o drauge ir dialogo, abipusės pagarbos, bendros atsakomybės, susivaldymo priėmimas. Prieštaravimas prie ciklo ir dialogas – dvasinio, vėliau ir fizinio santuokinio bendrumo, taip pat ištikimos asmens meilės, kurios reikalauja santuoka, pripažinimas. Taikant natūralius šeimos planavimo metodus, lytiškumas išsaugomas ir ugdomas teisingai ir visiškai žmogiškai, jis nėra naudojamas kaip objektas, kuris, ardydamas asmeninę sielą ir kūną vienu, smogia pačiam Dievo kūriniui, stipriausiam prigimtį ir asmens ryšiui (*Familiaris consortio*, 32).

Atsakinga tėvystė-motinytė yra susijusi ir su fizinėmis, ekonominėmis, psichologinėmis bei socialinėmis sąlygomis. Sąmoningais tėvais laikysime tuos, „kurie, protingai apsigalvoję ir kilnumo skatinami, nusprendžia laukti daugiau vaikų arba dėl rimtų priežasčių pasiryžta ribotą ar neribotą laiką vaikų negimdyti, bet kartu ir laikytis dorinių įstatymų“. Tėvystė-motinytė jungia intymus ryšys su vadinamąja objektyviaja Dievo nustatyta dorine tvarka, kurios aiškintoja yra teisinga sąžinė. Sąmoninga tėvystė-motinytė reikalauja, kad vyras ir žmona, nepažeisdami dalykų ir gėrybių tvarkos, pripažintų savo pareigas Dievui, sau, šeimai ir visuomenei“ (*Humanae vitae*, 10).

Kitaip sakant, sąmoninga tėvystė-motinytė reiškia laisvą abipusį poros sprendimą dėl gimdymo dažnumo ir vaikų skaičiaus; sąžiningą šeimos planavimo pagrindimą Dievo, savo pačių, vaikų ir šeimos bei visuomenės akyse; susipažinimą su nėštumą ribojančių metodų moraliniu leistinumu.

Šeimoje vaikų gimdymas ir auklėjimas yra neatsiejami. Vienokiu ar kitokiu vaikų elgesiu visuomenėje matuojamas šeimos brandumas. Klaidinga būtų manyti, kad vaikų ugdymas šeimoje niekaip nesusijęs su tėvų santuokinio akto orumu. Dirbtinės kontraceptinės priemonės ardo pačią santuokinio akto prasmę. Pasirenkant natūralų ritmą, derinamasi prie asmens (moters), mezgasi dialogas tarp sutuoktinių, atsiranda tarpusavio pagarba, dalijamasi atsakomybe. Tiek apskritai santuoka, tiek jos kūniškoji išraiška praturtėja tokiomis vertybėmis kaip pagarba, švelnumas, intymumas, atsakomybė ir rūpestis, kurie sudaro žmogaus lytiškumo raiškos vidinę kultūrą.

2.2. Santuokinio lytinio akto samprata

Sutuoktiniai, pasinaudodami nevaisingumo laikotarpiais, gerbia nesuardomą santuokinį ryšį, kuris turi vienyti ir duoti gyvybę, jie elgiasi kaip Dievo planų „vykdytojai“ ir „naudojasi“ lytiškumo dovana pagal pirmąją „visišką“ atsidavimą, be manipuliacijų ir iškraipymų. Nevaldomas lytinis potraukis gali žmogų nuvesti egoizmo, net nusikaltimo keliu arba šventumo keliu per savęs dovanojimą vienas kitam. Santuoka transformuoja tai, kas gali žmogų padaryti savanaudžiu ir savęs vergu, į didžiausią gėrį ir meilę. Tik santuokoje, per vieno vyro ir vienos moters

ryšį, įmanomas visiškas abiejų asmenų lygiavertiškumas ir išnyksta pavojus būti panaudotam kaip priemonei.

Bibline kalba sakydami „pažino“, turime galvoje vyro ir moters „tapimą vienu kūnu“, kai susijungia du asmenys, o ne tik du kūnai. Susijungiant kūnams, galimas tik fizinis pajautimas, todėl *santuokinis lytinis aktas yra daugiau nei paprasti lytiniai santykiai tarp vyro ir moters*. Todėl „tėvystė“ – tai sąmoningas ir valingas pasirinkimo procesas, susijęs su visapusišku asmenų bendravimu. Iš esmės santykis tarp asmenų santuokoje nėra tik vyro ir moters tarpusavio santykis, bet savo prigimtimi yra asmenų susivienijimas kaip santykis su *prokreacija* (Wojtyła, 1994, 295).

Remiantis tokiu žmogaus, kaip kūniško – lytinio asmens, ir santuokos suvokimu išryškėja, kad žmogus savavališkai negali priešpriešinti meilės ir vaisingumo, tarp kurių egzistuoja nenutraukiamas psichologinis ir egzistencinis ryšys. Santuokinis vaisingumas negali būti atskirtas nuo meilės, nes tai yra tos pačios meilės prigimtinis matmuo. Žmogaus gyvenimo kokybė tiesiogiai priklauso nuo jo požiūrio į save, savivertės ir savo orumo suvokimo, priėmimo bei mokėjimo išreikšti. Labai svarbu žmogui šia dovana pasinaudoti savo kaip asmens augimui, integruojant ją į savo gyvenimą ir siekiant šventumo, kuriam jis yra pašauktas. Susituokę žmonės išreiškia savo lytiškumą įvairiais būdais, taip pat ir per santuokinį lytinį aktą. Tačiau juk ir vaikai, paaugliai, išsiskyrusieji, našliai, homoseksualūs asmenys, davusieji celibato įžadus taip pat yra lytiniai asmenys, siekiantys dvasinio ir psichologinio integralumo. Gali kilti klausimas, kodėl tik sutuoktiniai turi teisę į lytinį aktą, o fiziškai subrendę vyrai ir moterys ne santuokoje tokios teisės neturi.

Krikščioniškojoje etikoje visada pabrėžiamas nenutraukiamas egzistencinis ir psichologinis ryšys tarp *gyvybę perduodančios*, arba prokreacinės, žmogaus lytiškumo dimensijos ir *meilę perduodančios*, arba asmenis jungiančios, dimensijos (May, 1981, 3). Jau Pradžios knygoje kalbama apie vaisingumą ir asmenų bendrystę. Dievas, sutvėręs vyrą ir moterį, palaimina juos ir liepia: „Būkite vaisingi ir dauginkitės, pripildykite žemę ir valdykite ją!“ (Pr 1, 28). Matydamas, kad „negera žmogui būti vienam“, padarė jam tinkamą bendrininką (Pr 2, 18; 22–23). Būdami skirtingi dėl savo lyties ir kaip tik dėl to galintys papildyti vienas kitą „jie tampa vienu kūnu“ (Pr 2, 24). Tapimas vienu kūnu yra neatsiejamas nuo naujos gyvybės perdavimo. Kitaip sakant, negali būti meilės be vaikų (dirbtinai

užkertant kelią naujos gyvybės atsiradimui) ir vaikų be meilės (kada technologijos atstoja santuokinį lytinį aktą).

Kai lytinis potraukis realizuojamas per lytinį aktą, panaudojant kitą asmenį tik kaip priemonę lytiniam potraukiui patenkinti, pažeidžiamas ne tik to asmens lytiškumas, bet ir pats asmuo. Prigimtinė žmogiško orumo teisė saugo patį žmogų ir nustato teisingą santykį su kitais žmonėmis, o vienintelis teisingas santykis tarp asmenų yra meilė ir iš jos išplaukianti pagarba (Smith, 1993, 236).

Visos žmonių bendruomenės turi priimtąjoms vaikų pradėjimo ir auginimo modelį. Tačiau ne visi šie institutai gali būti vadinami „santuoka“. Pagal biblinę sampratą santuoka yra kaip institucija, bet, skirtingai nei kitos, ji nepriklauso nuo žmonių sprendimo. Pats Dievas yra santuokos autorius. Todėl net sutuoktiniai negali prieštarauti Dievo nustatytai tvarkai. Dievas pats yra santuokos pastovumo ir neišardomumo autorius.

Kas yra Dievo įkurta santuoka? Tai ryšys tarp vieno vyro ir vienos moters, kurie atiduoda save vienas kitam, kad galėtų gyventi intymioje draugystėje iki mirties. Jų santuokinis ryšys, kuris atsiranda asmeniškai ir neatšaukiamu sutuoktinių sutarimu, savo pačia prigimtimi skirtas santuokinei meilei ir vaikams gimdyti bei auklėti. Kaip sutuoktiniai, vyras ir žmona sudaro vieną subjektą ir jų santuokinė vienybė išreiškiama per santuokinį lytinį aktą. Šiame akte ir tik šiame jie tampa vienu kūnu ir „pažįsta vienas kitą unikaliu ir neužmirštam būdu“. *Santuokinis lytinis aktas yra daugiau nei paprasti lytiniai santykiai tarp vyro ir moters. Vyras ir žmona gali atlikti lytinį aktą kaip ir tie, kurie yra nevedę, kadangi apdovanoti tokia pačia žmogiška prigimtimi. Tačiau tik sutuoktiniai turi teisę atlikti santuokinį lytinį aktą, nes jie yra sutuoktiniai, ir tik santuokinis aktas išlaiko pagarbą santuokiniams gėriams – santuokinei ištikimybei ir vaikų gėriui (Narbekovas, Meilius, 2002).*

Apskritai žmogus pažįsta kitą žmogų pagal jo veiksmus, bet ypač per santuokinį lytinį aktą, kuris yra labiausiai dieviškas. Meilės dovana, kai elgiamasi taip, kaip Dievas elgiasi, išreikšta per sutuoktinių kūną, paliečia pačią esminę tų *asmenų* paslaptį, kurios kiti jų, kaip asmenų, veiksmai negali atskleisti. Būtent:

1) žmogus geriau pažįsta save ir kitą, gyvendamas asmenų bendrytėje per abipusį savęs dovanojimą vienas kitam, negu jis pažintų save gyvendamas atskirai;

2) paslėpti žmogiški lobiai atsiskleidžia tik per motinystę ir tėvystę (moteris, kurios moteriškumas yra paslėptas, pažįsta save pati ir apreiškia tai kitiems per motinystę; panašiai per naują vyro ir vaiko ryšį, per tėvystę, atskleidžiami anksčiau nepatirti lobiai vyrui);

3) savo vaikelyje abu – vyras, ir moteris – pamato ir atpažįsta save (Hogan, Levoir, 1985, 77).

2.3. Vaisingumo pažinimo ir kontracepcijos moraliniai skirtumai

Šiandien vyraujantis dualistinis, laisvės iškreiptas požiūris į žmogų ir jo lytiškumą, taip pat pačios santuokos samprata pažeidžia meilės ir prokreacijos ryšio neatsiejamumą. Pagal dualistinį asmens suvokimą, žmogaus kūnas yra tik *gėris asmeniui*, kaip instrumentas, o asmuo sutapatinamas su sąmoningumu, gebėjimu bendrauti. Išeitų, kad gyvybės perdavimas – tik biologinė žmogaus lytiškumo funkcija, o vyro ir moters skirtumai yra tik anatominiai. Per kiekvieną santuokinį lytinį aktą gali būti pradėta nauja gyvybė, tačiau lytinis ryšys turi ir kitus tikslus – ne vien tik gyvybės perdavimo, bet ir meilės išreiškimą sutuoktiniui. Todėl noras atskirti prokreacinę žmogaus lytiškumo dalį nuo kitų, ne biologinių tikslų visada buvo aktualus. Kontraceptinių priemonių sukūrimas sudarė sąlygas atskirti prokreaciją. Daugelis suvokė tai kaip žmogų iš biologinės tironijos išlaisvinantį įvykį. Kontracepcija lėmė klaidingą požiūrį į lytiškumą ir pačią santuoką, nes atmetus prokreaciją santuoka tapo nebūtina. Nebūtina tapo ir tai, kad asmenys būtų priešingos lyties (May, 1981, 3–4).

Dėl tokio požiūrio į lytiškumą su naujos gyvybės atsiradimu susijęs vaisingumas tapo trukdžiu bendrauti ir yra traktuojamas tarsi liga, kurią reikia gydyti. Tai liudija paplitęs kontracepcijos, ypač hormoninės, naudojimas. Kontracepcija tarp sutuoktinių, nors šie ir išreiškia meilę per santuokinį lytinį aktą, rodo jų egoistiškumą, nes atmetamas visiškas savęs dovanojimas ir pripažįstamas tik gaunamas pasitenkinimas.

Kai sutuoktiniai, naudodamiesi antikonceptinėmis priemonėmis, paneigia Dievo Kūrėjo moters ir vyro prigimčiai bei jų susijungimui suteiktą prasmę, jie užima Dievo planų „teisėjo“ poziciją ir pažemina žmogaus lytiškumą bei „manipuliuoja“ juo, o kartu ir savo bei sutuoktinio asmeniu, paniekindami „visiško“ atsidavimo vertingumą. Tada natūrali „kalba“,

kuri išreiškia abipusį, visišką sutuoktinių atsidavimą, dėl antikonceptinių priemonių tampa prieštaringa „kalba“ arba tokia, kuri nereiškia visiško atsidavimo kitam; iš čia ne tik kyla atsivėrimo gyvybei paniekinimas, bet ir darosi netikra santuokinė meilė, kuri pašaukta visiškam asmeniškam atsidavimui (*Familiaris consortio*, 32).

Kontraceptinis elgesys santuokinį lytinį aktą padaro nevisavertę asmens išraišką. Kai kūnas nebelaikomas asmenine tikrove, jis sumenkiamas iki gryno materialumo ir naudojamas atsižvelgiant tik į malonumo ir veiksmingumo kriterijus. Dėl to ir lytiškumas yra nuasmeninamas ir išnaudojamas; užuot buvęs meilės – savęs dovanojimo ir kito žmogaus priėmimo su visais jo kaip asmenybės turtais – ženklų, vieta ir kalba, jis vis dažniau tampa įrankiu instinktams patenkinti. Todėl iškraipoma ir klastojama pradinė žmogaus lytiškumo svarba, pats asmuo (*Evangelium vitae*, 23).

Visai kitoks požiūris į žmogaus asmenį, jo lytiškumą ir santuoką tų, kurie naudojami natūraliais šeimos planavimo metodais: į žmogų žvelgiama kaip į kūnišką lytinį asmenį, į vaisingumą – kaip į vieną iš didžiausių *asmens* gėrių, į santuoką – kaip į visišką savęs dovanojimą. Kūno kalba suprantama kaip ypatinga priemonė vyriškumui ir moteriškumui išreikšti (vyriui ir moteriai bendraujant tarpusavyje), todėl mokslas apie natūralų šeimos planavimą siekia išmokyti šią kūno kalbą teisingai suvokti ir naudoti ja deramu būdu.

Kalbant apie vedusiųjų meilės derinimą su atsakomybe už gyvybės pratęsimą, elgesio moralumas priklauso ne tik nuo geros intencijos ir motyvų, bet ir nuo objektyvių kriterijų, pagrįstų asmens ir jo veiksmų prigimtimi. Šie kriterijai išsaugo abipusio savęs dovanojimo ir žmogaus gyvybės kūrimo prasmės visumą tikrosios meilės kontekste (*Gaudium et spes*, 51).

Popiežius Paulius VI apibrėžia kontracepciją kaip veiksmą, „kuriuo, ar rengiantis santuokiniam aktui, ar jį atliekant, ar jį atlikus ir numatant natūralias jo pasekmes, būtų siekiama sukliudyti pastoti; toks sukliudymas, ar jis būtų tikslas, ar priemonė šiam tikslui pasiekti, vis tiek yra neleistinas“ (*Humanae vitae*, 14). Akivaizdu, kad tokia savimonė yra nukreipta prieš gyvybę ir prieš vaisingumą, todėl kontracepcija visada yra moralinis blogis, jis niekada negali būti pateisinamas.

Tai paaiškinama tuo, kad moralumas yra racionalus žmogaus veiksmo orientavimas į gėrį ir savanoriškas protu pažinto gėrio siekimas.

Žmogaus veikimo negalima pripažinti morališkai geru vien dėl to, kad jis tinka vienokiam ar kitokiam tikslui pasiekti (šiuo atveju nėštumui išvengti, planuojant šeimą), arba tiesiog dėl to, kad subjekto intencija yra gera (noras išreikšti santuokinę meilę per santuokinį lytinį aktą). Veikimas yra morališkai geras, kai jis liudija ir žymi, jog asmuo savanoriškai prisiima galutinį tikslą, ir kai konkretus veiksmas neprieštaruoja žmogaus gėriui (šiuo atveju lytiškumo ir vaisingumo gėriui, santuokos gėriui, gyvybės gėriui), kuri tiesoje apie jį atpažįsta protas. Jei konkretaus veiksmo objektas nesuderinamas su tikruoju asmens gėriu, tai dėl tokio veiksmo pasirinkimo mūsų valia ir mūsų esybė tampa morališkai bloga (*Veritatis splendor*, 72).

Veiksmo objektas priklauso nuo to, ką žmogus, būdamas laisvas ir protingas, pasirenka daryti. Savo laisvu pasirinkimu žmogus nulemia save kaip moralinį subjektą (Narbekovas, 2000, 30). Yra tokių veiksmo objektų, kurie radikaliai prieštaruoja kokiam nors *asmens gėriui*, todėl šie veiksmai vadinami „vidujai blogais“ (*intrinsece malum*): jie yra tokie *visuomet ir patys savaime*, t. y. dėl paties jų objekto, nepriklausomai nuo veikiančiojo asmens paskesnių intencijų ir aplinkybių. Tokie veiksmai visada yra nepateisinami (*Veritatis splendor*, 80).

Prie tokių veiksmų yra priskiriama ir kontracepcija. Kartais leidžiama pakęsti mažesnę moralinį blogį, norint išvengti didesnio blogio arba patarnauti didesniai gėriui, tačiau niekada, net dėl svariausių priežasčių, neleistina daryti blogo, siekiant gero. Vadinasi, negalima pozityvaus valios akto objektu rinktis „to, kas savo esme pažeidžia moralinę darną ir todėl daro gėdą žmogui, nors ir būtų siekiama saugoti ar kelti pavienių žmonių, šeimų ar visuomenės gerovę“ (*Humanae vitae*, 14).

NŠP prilyginimas natūraliai kontracepcijai išplaukia iš to, kad NŠP atveju, kai vengiama nėštumo, ir kontracepcijos atveju siekiama to paties tikslo – kad moteris nepastotų. Neretai nematoma jokio skirtumo tarp taikomų metodų, nes tikslas ir rezultatas yra toks pat (Kippely, 1994, 45). Kontracepcijos šalininkai skelbia, jog nėra kontracepcijos ir natūralaus šeimos planavimo moralinio skirtumo, nes abiem atvejais asmenų *intencija* tokia pati – kad po santuokinio lytinio akto neatsirastų nauja gyvybė. Norint atskleisti kontracepcijos ir natūralaus šeimos planavimo metodų taikymo moralinį skirtumą, būtina parodyti skirtumą tarp kontraceptinio veiksmo ir kontraceptinio tikslo.

Kontraceptiniu *tikslu* dažnai yra prisidengiama norint pateisinti kontracepciją santuokoje, remiantis *visumos teorija*. Pagal šią teoriją skirtingai vertinami atskiri, „izoliuoti“, santuokiniai lytiniai aktai ir santuokiniai lytiniai aktai kaip visuma. Šios teorijos šalininkai pripažįsta, kad prokreacija iš tiesų yra santuokinis gėris ir kad santuoka ir vaikai yra neatskiriami. Tačiau jie teigia, jog prokreacinis santuokos gėris nepažeidžiamas, net jeigu paskiri santuokiniai aktai sąmoningai ir laisvai padaromi nevaisingais, su sąlyga, jei šie aktai skirti santuokinei meilei išreikšti ir jei sutuoktiniai nėra apskritai nusistatę prieš vaikų gėrį (May, 2000, 130).

Popiežius Paulius VI teigia, jog „negalima šitokių santuokinių aktų, sąmoningai padarytų nevaisingais, pateisinti argumentuojant, kad, esą, reikia rinktis blogybę, kuri atrodo mažesnė, ar kad šitokie aktai, įsiterpę tarp vaisingų ir ankstyvesnių ir būsimų aktų, esą, sudaro su anais tam tikrą vienovę, todėl ir šitokiems aktams persiduodas bendras gerumas. <...> visiškai klysta tie, kurie mano, kad santuokinį aktą sąmoningai padarytą nevaisingu ir dėl to iš esmės nedorą, galima, esą, pateisinti vaisingaisiais viso santuokinio gyvenimo aktais“ (*Humanae vitae*, 14).

Tie, kurie santuokoje nori pateisinti kontracepciją, taiko klaidingą veiksmo moralumo vertinimo metodologiją – konsekvencializmo teoriją. Ji išpopuliarėjo būtent dėl kontracepcijos pateisinimo. Pagal šią teoriją suformuojami konkretaus elgesio vertinimo kriterijai, remiantis vien tam tikro pasirinkimo numatomų *padarinių* analize (iš čia kilęs konsekvencializmo terminas). Šios teorijos šalininkai teigia, jog pasirinkimas kai kuriuos santuokinius lytinius aktus paversti kontraceptiniais skirtas santuokinei meilei stiprinti. Sekant šia logika, peršasi išvada, kad tai, ką sutuoktiniai čia ir dabar daro – jų pasirenkamo veiksmo objektas – yra santuokinės meilės stiprinimas ir, suprantama, geras dalykas. Atrodytų, jog viskas gerai, nes, anot Tomo Akviniečio, „žmogiškojo veiksmo moralumas pirmiausia ir iš principo priklauso nuo sąmoninga valia protingai pasirinkto objekto“ (*Veritatis splendor*, 78).

Kontraceptinis aktas ar net daugelis kontraceptinių aktų pateisinami dėl galutinio tikslo. *Galutinis tikslas, intencija* sutuoktinių, naudojančių kontracepciją, ir tų, kurie taiko NŠP, yra geras, kad galėtų išreikšti ir stiprinti santuokinę meilę, tapdami vienu kūnu, ir nepradėti naujos gyvybės (planuojama šeima). Tačiau *tiesioginė intencija* skirtinga: kontracepcijos

atveju sutuoktiniai daro ar naudoja tai, kas tiesiogiai nukreipta prieš naujos gyvybės atsiradimą, o natūraliai šeimą planuojantys sutuoktiniai nors ir žino, jog yra nevaisingos dienos ir nauja gyvybė neatsiras, nedaro nieko, kas tiesiogiai nukreipta prieš gyvybę. Matyti akivaizdus skirtumas tarp nenoro, kad kai kas įvyktų (nenorima, jog atsirastų nauja gyvybė), ir noro, lydimu aktyvių veiksmų (kontraceptinės priemonės naudojimo), kad tai neatsitiktų (Lawler, Boyle, May, 1985, 168).

Tam, kad veiksmą galėtume pavadinti *kontraceptiniu*, turi būti dvigubas *pasirinkimas*: pirma, pasirinkimas atlikti lytinį aktą, kuris, kaip žinoma, susijęs su naujos gyvybės atsiradimu; antra, pasirinkimas atsikratyti prokreacinio rezultato. Taigi lytinį aktą paverčia kontraceptiniu *pasirinkimu* sunaikinti prokreacinę lytiškumo plotmę. Kontracepcijos esmė – laisvas žmogaus pasirinkimas ir veiksmai (May, 1981, 114).

Kontracepcijos atveju veiksmo *objektas* nėra santuokinės meilės stiprinimas, bet pasirinkimas čia ir dabar atliekamą santuokinį lytinį aktą padaryti nevaisingą. Toks veiksmo objektas, nukreiptas prieš gyvybę, yra nemoralus (Finnis, 1991, 86). Natūraliai planuojant šeimą, kai periodiškai susilaikoma nuo santuokinio lytinio akto, nėra kontraceptinio pasirinkimo. Išreiškiant santuokinę meilę per santuokinį lytinį aktą, kada yra nevaisingos dienos, tolima intencija gali būti ne prokreacinė, bet ji nėra tiesiogiai antiprokreacinė kaip kontracepcijos atveju. Kontraceptinis lytinis aktas nukreiptas prieš gyvybę tiek savo intencija, tiek pasirinkimu veiksmu (naudoti kontraceptinę priemonę).

Kontracepcija įkūnija intenciją vengti nėštumo, todėl lytinis aktas tampa skirtingos rūšies aktu – nukreiptu prieš gyvybę. Lytinis aktas nenaudojant kontracepcijos yra visiškai kitoks: tai iš esmės gyvybinis aktas tiek fizine, tiek intencijos prasme. Tad akivaizdu, kad intencija ir veiksmas yra glaudžiai susiję.

NŠP ir kontracepcijos skirtumą rodo ir šis jų palyginimas. NŠP gali būti taikomas nėštumui išvengti, jei tam esama moraliai leistinų priežasčių, o kartu dažnai gali būti taikomas siekiant pradėti naują gyvybę. Žinant vaisingas dienas galima apskaičiuoti, kada įvyks apvaisinimas. Kontracepciją naudojanti moteris taip pat gali pastoti, bet tai nebus norėta, o įvyks dėl kontracepcijos nepatikimumo. Tačiau niekas nenaudoja kontracepcijos, norėdamas pastoti. Taigi tai nėra tokie patys metodai, jie iš esmės skirtingi (May, 1981, 116–117).

2.4. Reprodukcinų technologijų taikymo ir prokreacijos moralinis skirtumas

Kadangi žmogus išsiskiria iš visų gyvūnų, tai ir jo atsiradimas turi būti skirtingas, turi skirtis nuo paprasto dauginimosi. Žmogaus gyvybės perdavimas visų pirma turi būti žmogiškas, nes tik žmogus yra protingas ir laisvas. Taigi tik žmogus gali pažinti tiesą ir tik jis gali sąmoningai išreikšti savo lytiškumą (Narbekovas, Meilius, 2002).

Įvertindama žmogų kaip kūnišką lytinį asmenį ir turėdama Dievo įsteigtą santuokos modelį, nauja žmogiška gyvybė gali būti tinkamai perduodama tik per santuokinį aktą, nes jis išreiškia santuokinę vyro ir žmonos meilę. Savo kūnais ir per kūnus sutuoktiniai išbaigia savo santuoką ir tampa tėvu bei motina. Gerbdamas jų kūnų kalbą ir jų prigimtį kilnumą, santuokinis aktas gerbia atvirumą gyvybės perdavimui; asmens prokreacija yra vedusiųjų meilės vaisius ir rezultatas. Žmogiškosios gyvybės atsiradimą lemia tėvų, susietų santuokos ryšiais, biologinė ir dvasinė vienybė.

Nors sutuoktiniai ir turi teisę į santuokinį lytinį aktą ir gali per jį priimti naują žmogišką gyvybę, jie neturi teisės į vaiką. Sutuoktiniai neturi tokios teisės, kadangi vaikas yra toks pat asmuo kaip tėvai, jis turi *sui iuris*, tokias pačias asmens teises kaip ir visi asmenys. Tik pagarba abiejų santuokinio akto prasmų neatsiejamumui ir žmogaus prigimtį vienybei gyvybės perdavimą daro suderinamą su asmens orumu. Dėl savo unikalios ir nepakartojamos prigimtį vaikas turi būti gerbiamas ir atpažintamas kaip lygus žmogišku orumu tiems, kurie duoda jam gyvybę (Narbekovas, Meilius, 2002). Kitaip sakant, vaikas nėra daiktas, kurį kas nors gali turėti kaip nuosavybę (May, 1988, 116). Žmogaus asmens orumas reikalauja, kad jis į pasaulį ateitų kaip *dovana* ir kaip vaisius santuokinio akto, kuris dėl pačios jo prigimtį negali būti pakeistas kuo nors kitu (Popiežiškoji sveikatos apsaugos darbuotojų pastoracijos taryba, 1997, 35).

Tikra ir pagrįsta teisė į vaiką būtų prieš jo orumą ir prigimtį. Vaikas negali būti tas, į kurį kažkas turi teisę, jo negalima traktuoti kaip nuosavybės objekto. Vaikas – tai dovana. Šiandienis mokslas yra galutinai įrodęs, jog žmogaus gyvybė prasideda nuo zigotos¹ ir kad jai priklauso visos

1 Zigota (gr. *zygote* – sujungta į porą) – pradinė jau naujo organizmo ląstelė, susidaranti apvaisinimo metu, susiliejus moteriškajai lytinei ląstelei su vyriškąja.

prigimtinės asmens teisės, pati pamatinė iš jų – teisė į gyvenimą. Todėl žmogaus gyvybė absoliučiai privalo būti gerbiama ir saugoma nuo paties jos atsiradimo momento.

Kai dėl vienokių ar kitokių priežasčių sutuoktiniai negali susilaukti vaikų kaip dovanos per prokreaciją, kalbama apie nevaisingas šeimas. Nevaisingumas nesumažina santuokos vertės ir „jei kartais, nepaisant geriausių norų, vaikų nėra, santuoka, kaip viso gyvenimo forma ir bendruomenė, vis vien išlaiko savo vertę ir lieka neišardoma“ (*Donum vitae*, 4). Kai pora yra nevaisinga ir negali įgyvendinti prokreacinio santuokos tikslo, labai svarbus išlieka asmenis jungiantis, arba meilę perduodantis, lytiškumo elementas. Pats santuokinis aktas netampa bevertis (Quesnell, 1988, 162).

Prokreacinė galia nėra vien biologinis, fizinis sugebėjimas, bet apima patį asmenį, yra jo, kaip asmens, savybė, tad ir nevaisingumo problema visų pirma yra sutuoktinių, kaip asmenų, problema. Dėl to gali kilti įtampa tarp sutuoktinių, bet, nepaisant visko, jie lieka įpareigoti puoselėti meilę vienas kitam, vengti kaltinimų ir nesijausti nevisaverčiais.

Nors nevaisingos šeimos turi visas tiek asmenų, tiek sutuoktinių teises, jos, kaip ir visos kitos šeimos, privalo suvokti, jog neturi jokios išskirtinės teisės į vaiką. Vaikas ateina į šeimą kaip dovana per prokreaciją. Tačiau šiandienos mokslas, išstobulinus biotechnologijas, naudotas gyvūnams apvaisinti, pradėjo taikyti jas žmonėms, taip prokreaciją pakeitė reprodukcija (Narbekovas, Meilius, 2002).

Daugeliui atrodo netgi šventvagiška kalbėti apie naujausių technologijų moralumą, kai matomos nuotraukos besišypsančių vaikų, kurie buvo pradėti mėgintuvėliuose ir taip išvydo pasaulį. Akivaizdu, kad toks gimęs vaikas yra didžiulis gėris ir džiaugsmas tėvams, negalėjusiems susilaukti jo per prokreaciją. Taigi tikslas – susilaukti vaikų ir pats gimęs vaikas yra geras tikslas, tačiau gero tikslo visada turi būti siekiama tik geromis priemonėmis. Džiaugiantis naujai gimusiu žmogumi visada reikia atsižvelgti ir aptarti aplinkybes, lėmusias šios gyvybės atsiradimą. Pavyzdžiui, iki santuokos arba ne santuokoje, iš prievartinio akto ar incesto, ar pagaliau po dirbtinio apvaisinimo mėgintuvėlyje, nors, žinoma, jokios aplinkybės nesumenkina gimusio vaiko vertės ir orumo (Dunn, 1992, 123).

Vertinant žmoniškų veiksmų moralumą, visada būtina atsižvelgti į patį veiksmą, norus arba intenciją ir aplinkybes. Kai kalbama apie vaiko

pradėjimą dirbtinėmis technologijomis (nevaisingumo atveju), intencija yra gera – mylintys vienas kitą sutuoktiniai nori susilaukti savo vaiko. Aplinkybės gali būti tam palankios: sutuoktiniai padarė viską, kad pašalintų nevaisingumo priežastis, vis dėlto per prokreaciją nepavyko susilaukti vaiko kaip dovanos. Tačiau veiksmo moralumą lemia pats veiksmas, t. y. kas daroma siekiant tikslo. Visos technologijos, kurios nepakeičia santuokinio akto, bet padeda gametoms² susitikti ir dalyvauti apvaisinime moters kūne (*in vivo*), yra moralios ir sveikintinos. Kitaip sakant, visos dirbtinės priemonės ir intervencijos prokreacijos srityje įmanomos tik kaip pagalba, nes tik tuomet nepažeidžia asmenų orumo (Narbekovas, Meilius, 2002). Dažnai medicininė intervencija pakeičia santuokinį lytinį aktą, todėl šiuo atveju medikų veiksmai ne tarnauja santuokos aktui, kaip turėtų būti, bet pasisavina prokreacinę funkciją, o tai prieštarauja sutuoktinių ir laukiamo kūdikio orumui ir neliestinėms teisėms (Popiežiškoji sveikatos apsaugos darbuotojų pastoracijos taryba, 1997, 22).

Akivaizdu, kad dirbtinė reprodukcija yra bloga ne todėl, kad ji dirbtinė, bet todėl, kad dažnai pažeidžia žmogaus prigimtines teises ir asmenų orumą (Narbekovas, 2001, 47). Reprodukcija yra mechaninis modelis ir iš *esmės* skiriasi nuo prokreacinio modelio. Reprodukcijos atveju atsiranda dvejopas atotrūkis, arba susvetimėjimas: tarp gamintojo ir produkto, tarp gamintojo ir Dievo. Mat gamintojas visada yra didesnis ir svarbesnis už savo produktą, be to, gamintojas nėra „tėvas“, o produktas nėra jo „vaikas“. Taip pat ir sutuoktiniai, kai atskiriami nuo santuokinio akto, nutolsta ir susvetimėja. Jei sutuoktiniai įsitikinę, jog reprodukcijos būdu, naudodamiesi technologijomis, jie „gamina“ vaikus, tuomet neižvelgiama Dievo pagalba, taigi atsiranda atotrūkis bei susvetimėjimas tarp pačių sutuoktinių ir Dievo. Be to, praradus suvokimą, kad Dievas yra ir jų, ir jų vaikų kūrėjas, taip pat atsiranda perskyra tarp *galios* ir *meilės*. Tad atskirdamas galią nuo meilės reprodukcijoje, žmogus praranda Dievo suvokimą ir siekia pats tapti dievu, bet ne meilės, o jėgos ir galios dievu (De Marco, 1991, 39).

Tie, kurie šiandien gina reprodukciją, remdamiesi naujausiomis technologijomis teigia, jog apvaisinimas mėgintuvėlyje, surogatinė motinystė, klonavimas ir t. t. tik išplečia žmogaus *laisvę*, nes jis gali daryti tai,

2 Gametos – lytinės ląstelės, kurios turi pusę chromosomų rinkinio ir tuo skiriasi nuo somatinių, arba kūno, ląstelių, turinčių visą chromosomų rinkinį.

kas anksčiau buvo neįmanoma. Tačiau tai būtų toks pat argumentas kaip teigti, jog šeštasis dekalogo įsakymas apriboja žmogaus laisvę, nes nurodo apsiriboti vienu sekso partneriu (De Marco, 1991, 39–40).

Svarbu detaliau panagrinėti tas reprodukcijos formas, pasitelkiant naujausias technologijas, kurios pakeičia santuokinį lytinį aktą, būtina pateikti jų moralinį įvertinimą. Visų pirma yra pažeidžiami patys sutuoktiniai kaip asmenys, nes pažeidžiamas jų lytiškumas, t. y. atskiriamos dvi žmogaus lytiškumo dimensijos: asmenis jungianti, arba meilę perduodanti, ir gyvybę perduodanti, arba prokreacinė. Vaiko atsiradimas yra ne santuokinio akto vaisius, o daugelio techninių manipuliacijų produktas. Kada sutuoktiniai renkasi reprodukciją, remdamiesi technologijomis, jie savo lytiškumą nuvertina iki biologinio lygio. Toks pasirinkimas griaua meilę, kuri išreiškiama per santuokinį aktą, kūniškai, o šiuo atveju kūnai prilyginami daiktams, mechanizmams, mašinoms, jie tiesiog nuasmeninami (Hogan, Levoir, 1985, 97).

Taip pat pažeidžiama santuoka kaip dviejų asmenų vienybė, kai naudojamos donorinės lytinės ląstelės ir pasitelkiamos surogatinės motinos³. Kalbant apie klonavimą siekiant reprodukcijos, būtų paneigiama net prigimtine dviejų lyčių būtinybė, nes šiai reprodukcijai nereikalinga vyriška lytinė ląstelė (Narbekovas, Meilius, 2002).

Ryšys, egzistuojantis tarp vyro ir žmonos, sujungia sutuoktinius ypatingu būdu ir išskirtine teise leidžia jiems tapti tėvu ir motina tikrai vienas per kitą. Todėl dirbtinis gyvybės pradėjimas, pašalinant iš šio proceso vieną iš sutuoktinių, šiurkščiai pažeidžia jų bendrą santuokinį kvietimą į tėvystę ir motinystę: tai aiškiai atskiria vedybinį vaisingumą nuo sutuoktinių vienybės ir integralumo. Taigi, atskyrus žmogaus lytiškumą nuo prokreacijos, nuvertinama ir pati santuoka kaip institucija – ji dažnai tampa tiesiog nereikalinga (Narbekovas, Meilius, 2002).

Kada santuokinis aktas yra apvainikuojamas nauja gyvybe, vyras suteikia galimybę žmonai tapti motina, o žmona suteikia galimybę vyrui tapti tėvu. Tuomet vaikas turi savo tėvą ir motiną – tai normalu ir atitinka prigimtine tvarką. Kai naudojamos donorinės ląstelės, kai surogatinės motinos gimdo svetimus vaikus, tėvų ir vaikų santykis taip suardomas,

3 Surogatinė motina – moteris, kuri išnešioja kitų asmenų genetinį vaiką. Ji už pinigų tiesiog „išnuomoja“ gimdą. Neretai močiutė gimdo savo anūką, jei dėl kokių nors priežasčių dukra ar marti negali pati išnešioti ir pagimdyti savo vaiko.

kad vaikas praranda savo *tapatybę*. Klonavimo atveju iš viso neįmanoma įvardyti giminystės ryšių.

Meilė sujungia asmenis santuokoje, padeda suprasti prokreacijos akto kilnumą, pašaukia naują gyvybę į gyvenimą. Jei meilės nėra, jei ją pakeičia technologijos, viskas pasikeičia: santuoka tampa paprastu poravimusi, nauja gyvybė yra tik ląstelių ir audinių sanakaupa, tėvystė kaip tokia praranda savo prasmę (De Marco, 1991, 49).

Tokioje situacijoje labiausiai nukenčia vaikas, labiausiai pažeidžiamas jo orumas, daugiausia rizikos tenka jo gyvybei. Vaikas ateina į gyvenimą kaip produktas, o ne kaip dovana. Sutuoktiniai, pasitelkę reprodukcines technologijas, ne tik patenkina savo troškimą turėti vaiką, bet ir pasirenka norimos lyties ir pageidaujamų savybių turintį vaiką. Jei vaikas neatitinka keliamų reikalavimų, po gimimo jo neretai atsisakoma. Deja, gamyboje visada svarbiausia produkto kokybė, todėl tėvai ir atsisako „nekokybiško“ vaiko (Narbekovas, Meilius, 2002).

In vitro apvaisinimo atveju embriono gyvybė dar mažiau apsaugota, nes nėra vertinama taip, kaip jau gimusio žmogaus gyvybė. Tai aiškiai liudija faktai, kai kilus menkiausiems įtarimams dėl negimusio kūdikio „kokybės“ daromi abortai (moterys netgi verčiamos už tai apsispręsti, nes dirbtinio apvaisinimo klinikos gali prarasti gerą vardą); kai daromi eksperimentai su pertekliniais embrionais; kai embrionai sunaikinami, paimant organus ir audinius persodinimui ir kai kurių ligų gydymui; kai embrionai tiesiog užšaldomi ir laikomi bankuose, kol jų kam nors prireiks (Dunn, 1992, 132). Netgi tų embrionų, kuriems „pasisėk“ būti implantuotiems į gimdą, didelė dalis žūsta. Bandoma atsikratyti atsakomybės dėl jų žūties motyvuojant tuo, jog ir per prokreaciją užsimezgusi gyvybė neretai žūsta dėl savaiminių persileidimų. Tačiau žmogus atsakingas tik už savo veiksmus, o ne už tai, kas nutinka be jo valios ir įsikišimo. Todėl vyrai ir moterys, kurie vienaip ar kitaip dalyvauja šiuose veiksmuose, nusikalsta Dievo planui, nes iš reprodukcijos būdu pradėto vaiko atima prigimtine teisę gimti iš santuokinio akto, kylančio iš vyro ir žmonos meilės (Dunn, 1992, 150).

Savikontrolės klausimai

1. Kokį žmogaus gyvybės perdavimą galima vadinti grynai žmogišku?
2. Apibūdinkite *atsakingos tėvystės ir motinystės* sampratą.
3. Kokia gali būti dualistinės antropologijos sampratos įtaka santuokai kaip institucijai?
4. Kodėl teisę į lytinius santykius turi tik sutuoktiniai?
5. Kuo santuokinis aktas skiriasi nuo lytinio akto?
6. Kokie yra esminiai NŠP ir kontracepcijos skirtumai vertinant juos etiniu aspektu?

Literatūra

1. De Marco D. (1991). *Biotechnology and the Assault on Parenthood*. San Francisco.
2. Dunn H. P. (1992). *The Doctor and Christian Marriage*. New York.
3. Finnis J. (1991). *Moral absolutes: Tradition, revision and truth*. Washington: The Catholic University of America Press.
4. *Gaudium et spes*. Pastoracinė konstitucija apie Bažnyčią šiuolaikiniame pasaulyje (1994) // Vatikano II susirinkimo dokumentai 1965 gruodžio 7 d. Zarasai: Fortūna.
5. Hogan M. R., Levoir M. J. (1992). *Covenant of love: Pope John Paul II on Sexuality, Marriage, and Family in the Modern World*. San Francisco: Ignatius Press.
6. Jonas Paulius II (1994). *Familiaris consortio*. Krikščioniškosios šeimos uždaviniai šiuolaikiniame pasaulyje. Vilnius: Lumen.
7. Jonas Paulius II (1994). *Veritatis splendor*. Vilnius: Aidai.
8. Jonas Paulius II (1995). Enciklika „*Evangelium vitae*“. Vilnius: Aidai.
9. Kippley J. F., Kippley S. K. (1994). *The art of natural family planning*. Cincinnati: The couple to couple league.
10. Lawler R., Boyle J., May W. E. (1985). *Catholic sexual ethics: a summary, explanation & defense*. Huntington: Our Sunday Visitor, Inc.
11. Maida A. J. (1998). *Responsible parenthood in the writings of Pope John Paul II* // Trust the truth // A symposium on the 12 th anniversary of the encyclical *Humanae Vitae*. Braintree: The Pope John Center.
12. May W. E. (1981). *Sex, Marriage and Chastity: Reflections of a Catholic Layman, Spouse and Parent*. Chicago: Franciscan Herald Press.
13. May W. E. (1988). *Catholic Moral Teaching on in Vitro Fertilization* // Reproductive Technologies, Marriage and the Church. Ed. The Pope John Center. Braintree.
14. May W. E. (2000). *Catholic bioethics and the gift of human life*. Huntington: Our Sunday Visitor, Inc.

15. Narbekovas A. (2000). The existential significance of human acts as freely chosen // *Soter* Nr. 4 (32), p. 29–37.
16. Narbekovas A. (2001) Moralinis žmogaus klonavimo įvertinimas // *Sandora* Nr. 5.
17. Narbekovas A., Meilius K. (2002). Biotechnologijos: pagalba ar iššūkis santuokai kaip institucijai? // *Sveikatos mokslai* Nr. 2, p. 84–92.
18. Popiežiškoji sveikatos apsaugos darbuotojų pastoracijos taryba (1997). Sveikatos apsaugos darbuotojų chartija. Kaunas: Farmacija.
19. Popiežius Paulius VI (1993). Enciklika „*Humanae vitae*“. Apie prideramą tvarką perteikiant žmogaus gyvybę. Vilnius: Katalikų pasaulis.
20. Quesnell G. J. (1988). *Pastoral Approaches to Infertile Couples in Reproductive Technologies, Marriage and the Church*. Ed. Braintree: The Pope John Center.
21. Smith E. J. (1993). *Pope John Paul II and Humanae Vitae* // *Why Humanae Vitae was Right: A Reader*, Ed. Janet E. Smith. San Francisco.
22. Tikėjimo mokymo kongregacija. Instrukcija *Donum vitae*. Prieiga internete http://www.vatican.va/roman_curia/congregations/cfaith/documents/rc_con_cfaith_doc_19870222_respect-for-human-life_en.html.
23. Wojtyła K. (1994). *Meilė ir atsakomybė*. Vilnius: Alka.

II dalis

PSICHOLOGINIAI
VAISINGUMO
PAŽINIMO ASPEKTAI

3 skyrius

SANTUOKĄ LAIMINANTI VAISINGUMO PASLAPTIS

3.1. Gimties galia

Žodis „gimtis“ lietuvių kalbos žodyne pateikiamas kaip „lyties“ sinonimas. Geriausias terminas yra tas, kuris išsamiausiai apibūdina juo žymimą reiškinį, todėl žodis „gimtis“ pranašesnis už terminą „lytis“. Pastarasis reiškia formą, išvaizdą, sudėjimą ir kilęs iš veiksmažodžio „lieti“. Žodis „gimtis“ susijęs su giminės, kilmės, gimimo sąvokomis, todėl tiksliau atspindi vyriškumą ir moteriškumą. Jis kalba apie *pagrindinį* vyro ir moters skirtumą: vyro galimybę tapti tėvu, o moters – motina. Kalbant apie lytinį potraukį ir lytinį gyvenimą (anglų ir kt. kalbose panašiai vartojami žodžiai „seksualumas“, „seksualinis gyvenimas“) dar reikia pridėti, kad, pavyzdžiui, lytinis aktas turi būti atviras gyvybei; sakant „gimtinis aktas“ iškart suprantama, jog turima galvoje prokreacija.

Vyro ir moters vaisingumas yra lytinės, seksualinės traukos priežastis – tai mūsų laikais gerokai primiršta. Būtent vaisingumo vyksmas moters ir vyro kūne daro juos vienas kitam patrauklius. Estrogenai – hormonai, kurių pagrindinė funkcija yra moters kūne brandinti kiaušinėlių – taip pat formuoja moters antrinius lytinius požymius: kūno sudėjimą ir figūrą, balso tembrą. Testosteronas lemia vyro kūno formas, balso toną, vyriško tipo plaukuotumą ir pan. Kitaip sakant, vyrišką ir moterišką grožį veikia vaisingumo procesai.

Kai vyras ir moteris yra kartu, gali atsirasti ir kūdikis. Žinoma, mūsų laikais, kada paplitusi kontracepcija ir išsigalėjęs jos naudojimu pagrįstas mentalitetas, apie kūdikį kaip intymaus akto galimą vaisių susimąstoma

rečiau. Tačiau vertinant prigimtį požiūriu, būtent vaisingumas sukuria vyro ir moters trauką. Nors nagrinėjama du santuokos tikslus – išreikšti meilę ir pradėti kūdikį – XX amžiuje katalikiškoji doktrina daugiau dėmesio ėmė skirti sutuoktinių tarpusavio meilei, visgi vaikų pradėjimas ir jų auginimas tebėra pagrindinis santuokos tikslas. „Santuoka ir vedybinė meilė *savo prigimtimi* yra skirta palikuonims gimdyti ir auklėti“, – sako ma Vatikano II Susirinkimo dokumente (dokumente (kursyvas aut.)) (*Gaudium et spes*, 50). Kitaip sakant, lytinis potraukis yra gimtinis.

3.2. Vaikai įprasmina tėvų meilę

Vedybinės meilės tikslas – pradėti ir auklėti palikuonis. Vaikų skaičių reikia planuoti atsakingai, tačiau Bažnyčia kviečia tėvus būti dosnius ir turėti drąsos susilaukti daugiau vaikų (plg. *Humanae vitae*, 10). Nuspręsti negimdyti vaikų ribotą ar neribotą laiką galima dėl rimtų priežasčių, tokių kaip kūniškos ar psichologinės sutuoktinių problemos ar išorinės aplinkybės (plg. *Humanae vitae*, 10; 16).

Nutardami neturėti vaikų *be* rimtų priežasčių, sutuoktiniai veikia ne tik prieš santuokos, bet ir prieš savo pačių prigimtį. Tai patvirtina žymus psichoanalitikas E. Eriksonas. Veikalo „Vaikystė ir visuomenė“ skyriuje „Aštuoni gyvenimo tarpsniai“ jis rašo: „Psichoanalizei reikėjo tam tikro laiko suprasti, jog [vedybiniame] kūnų susiliejime įvyksta ego ribų prasiplėtimas ir libidinė investicija į tai, kad pagimdoma“ (Erikson, 2006, 7 sk.). Turint omenyje, jog žodis *libidinis* šiuo atveju reiškia meilę, E. Eriksono žodžius galima interpretuoti taip: lytiniame (arba gimtiniame) akte susiliejant kūnams, sutuoktinių meilę įprasmina mintys apie būsimą kūdikį. E. Eriksono teiginys primena Jono Pauliaus II aprašomą kūno kalbą per intymų suartėjimą. Apie tai, ką sutuoktinio *kūnas* kalba per gimtinį aktą, kalbėta ankstesniuose vadovėlio skyriuose: „Aš dovanoju tau save visiškai, iki gyvenimo pabaigos, ir noriu su tavimi pradėti kūdikį“ (Smith, 1991, 113). E. Eriksonas pateikia panašią išvalgą: mintys apie kūdikį (libidinė investicija) yra *natūrali* psichikos reakcija gimties akto metu. Svarbu suprasti: vyro ar moters širdis atsiveria kūdikiui ne todėl, kad jie to nori, bet todėl, kad tokia lytinio (gimtinio) akto prigimtis. *Šio impulso savo psichikoje negalima sunaikinti, jį galima tik užslopinti.*

Kalbėdamas apie pastarąją galimybę, E. Eriksonas yra dar radikalesnis. Jis teigia, jog sutuoktiniai, kurių meilės nepratęsia kūdikis, tampa vienas kito vaiku; tai lemia ankstyvą psichologinę ar fizinę negalią ir suvaidinimą. Atrodo, kad intymiaame akte potencialūs tėvai ne tik mąsto apie būsimą kūdikį, tačiau kartu atsiveria meilei bei švelnumui, kuri patiria iš kūdikio. „Brandžiam žmogui reikia būti reikalingam“, – rašo E. Eriksonas tame pačiame „Aštuonių gyvenimo tarpinių“ skyriuje. Meilės mainai tarp kūdikio ir tėvų yra vienas įstabiausių vyksmų žmogaus gyvenime. Nepatyręs šių skaisčios ir švelnios meilės mainų su kūdikiu, žmogus nori patirti tai iš savo sutuoktinio: neretai tapatinasi su nesulauktu kūdikiu, kad galėtų patirti iš kito švelnumą, kuri jam būtų teikęs vaikas. Akivaizdu, kad toks suaugęs žmogus gali tapti infantiliškas.

Meilės bei švelnumo mainai tarp tėvų ir kūdikio yra natūralus dalykas, bet jis turi savo ribas. Harmoningos sielos tėvas ar motina priima šį švelnų meilės ryšį natūraliai, kaip gražią gyvenimo dovaną. Tačiau kartais šis ryšys pabrėžiamas per daug, stengiantis paversti jį savo gyvenimo paguoda, arba ryšio išvis vengiama. Pirmasis nukrypimas susijęs su nesaugumu, kuri jaučia tėvas (motina), arba su jų nesantaika santuokoje. Nepatirtą švelnumą vaikystėje (tai skatina nesaugumo jausmą) arba nepatiriamą dabar, santuokoje, norisi kompensuoti stiprinant ryšį su sūnumi ar dukra (Vanier, 1989, 32–33). Antrąją problemą (kai vengiama keistis meile su savo kūdikiu) lemia asmenybės sužeistumas ir netikėjimas meile. Šio nukrypimo priežastis – skausmingi santykiai su motina ar tėvu vaikystėje. Ir pirmuoju, ir antruoju atveju tėvams patartina ieškoti psichologinės paramos – tiek savo pačių, tiek vaikų labui.

3.3. Gausios šeimos privalumai

Natūralaus šeimos planavimo metodai padėjo sulaukti vaikų ne vienai porai, abejojusiai, ar apskritai gali jų turėti. Tai svarbiausias šių metodų tikslas. Gyvenimas gausioje šeimoje laimina ir tėvus, ir visą šeimą, nes:

- Vaikai padeda tėvams išvengti santuokos „šiltnamio efekto“. Jei gyvenimas apsiriboja šeima, kurią sudaro vyras, žmona ir jų vaikai, šeimos nariams tenka didesnis emocinis krūvis. Ši situacija skiriasi nuo ankstesnių laikų, kai drauge gyveno kelių kartų atstovai, šeimose augo daugiau vaikų. Gausioje šeimoje užduotis

pateisinti tėvų emocinius lūkesčius tenka ne vienam vaikui – taigi lengviau ir vaikams, ir tėvams. Tai teigiamai veikia vyro ir žmonos santykius – įrodyta, jog konfliktus dažnai skatina per didelis reiklumas vienas kitam. Vaikams tenka svarbus vaidmuo: ne tik jiems tėvai reikalingi, bet ir atvirkščiai – vaikai įprasmina tėvų gyvenimą. Vaikai skaudžiai išgyvena tėvų nesantaiką ir nesąmoningai mėgina juos sutaisyti. Vienam vaikui tai sunki užduotis – jis gali jausti nerimą ir liūdesį. Teigiant, kad vaikai padeda tėvams, turimas omenyje savaimė vykstantis ir menkai įsisąmonintas emocinis bendravimas tarp šeimos narių (Kerr, Bowen, 1988, iii).

- Statistika rodo, kad vaikų skaičius šeimoje atvirkščiai proporcingas skyrybų dažnumui. Pavyzdžiui, Kroatijoje išsiskiria 50–60 proc. sutuoktinių, bet tik 3–5 proc. tų, kurie turi tris ir daugiau vaikų (Zagrebo šeimos centro vadovo Mario Živkovičiaus pateikti duomenys per Lietuvos šeimos centrų konferenciją Vilniuje 2005 m. kovo mėn.). Neretai skiriamasi tada, kai paaugliai atitolsa nuo tėvų. Tai nereiškia, kad santuoką išgelbėtų dar vienas vaikas, tačiau, be jokios abejonės, naujas žmogus teikia šeimai ne tik rūpesčių, bet ir vienija.
- Nors auginti daugiau vaikų sunkiau ekonomiškai, ateityje gausi šeima yra turtingesnė, nes užaugę vaikai daugiau uždirba. Žinoma, jų kuriami materialiniai ištekliai reikalingi jau pačių šeimai, tačiau didesnis artimų giminių būrys užtikrina ir didesnę ekonominę stabilumą, tarpusavio paramą iškilus reikalui ir, žinoma, pagalbą tėvams. Šiems nebūtinai gali reikėti ekonominės paramos, tačiau dvasinės – dėmesio, bendravimo, ryšio su vaikais – ilgisi visi pagyvenę tėvai. Kuo daugiau vaikų šeimoje, tuo lengviau jiems pasirūpinti tinkama tėvų globa senatvėje.
- Vaikai, turintys daugiau brolių ir seserų, yra laimingesni, nes visada turi draugiją. Jiems taip pat geriau suvokiamas dalijimosi džiaugsmas. Tai teigia ne vienas gausioje šeimoje užaugęs žmogus. Kur daug gyvybės – daugiau vilties ir džiaugsmo.
- Kaip teigia žymi amerikiečių filosofė Janet Smith, mažas broliukas ar sesutė neretai pagerina paauglių savijautą. Paaugliai jaučia mados diktatą būtinai atitikti tam tikrus kūno ir elgesio standartus, bendraamžių grupės spaudimą nebūti nevykėliais ir kuo greičiau

išbandyti lytinį gyvenimą. Jei šeimoje atsiranda, tarkime, trečias vaikas, paauglys aiškiai suvokia, kas gimsta iš intymaus vyro ir moters ryšio, susimąsto apie savo lytinį elgesį, o kartkartėmis globodamas mažąją šeimos narį grįžta į vaikystės pasaulį.

- Gausioje šeimoje tėvai turi didesnę autoritetą. Vieną vaiką auginantys tėvai gali skirti vaikui daugiau dėmesio, artimai su juo bendrauti, tačiau sunkiau laikytis griežtų auklėjimo nuostatų, o vaikai mažiau gerbia draugais tapusius tėvus (tai, žinoma, nereikia, kad tėvų ir vaikų santykiai turi būti atokūs ir formalūs). Gausesnėje šeimoje reikia geresnio susiklausymo, neretai patys vaikai vieni kitus ragina klausyti tėvų. Pagaliau, kaip rašo prancūzų egzistencialistas Gabrielis Marcelis, vaikai jaučia savo tėvų dosnumą: kad jie nėra savanaudžiai ir neiškelia gyvenimo malonumų, taip pat ir seksualinių, aukščiau visko. Į gerumą atsiliepiama gerumu (Marcel, 1978, 91).

3.4. Susilaikymo psichologija

Vaikai laimina santuoką, bet juos planuoti reikia atsakingai. Ir gausioje šeimoje sutuoktiniai turi stengtis, kad šeimos narius sietų meilės, o ne konkurencijos, irzlumo ar baimės bendrystė. Dosnumas nereikia lengvabūdiškumo.

Apie moralinį natūralių šeimos planavimo būdų pranašumą prieš kontracepciją jau kalbėta ankstesniuose vadovėlio skyriuose. Čia tik paminėsime, jog daugelis sutuoktinių jaučia, kad natūralūs metodai nepažeidžia Dievo tvarkos ir moralės požiūriu yra geresni už kontracepciją, nes neblokuoja vaisingumo. Tačiau neretai galvojama, jog susilaikyti neįmanoma arba labai sunku, todėl taikyti natūralius planavimo metodus savo gyvenime sudėtinga.

3.5. Mitas apie seksualinės iškrovos būtinybę

Požiūris, kad žmogui būtina seksualinė iškrova, kilęs iš XX amžiaus pirmojoje pusėje Sigmundo Freudo išplėtotos psichoanalizės. S. Freudas teigė, kad „paprastas“ žmogus negali susilaikyti ir krikščionybės priimti griežti moraliniai reikalavimai kelia kaltės jausmą bei neurotinius

sutrikimus (Jones, 1961, 439–440). Kita vertus, S. Freudas labiausiai buvo nusistatęs prieš gimtiškumo (lytiškumo, seksualumo) represiją, o ne apskritai prieš susivaldymą (Freud, 1955, 413). „Represija“ reiškia kokių nors norų išstūmimą į pasąmonę: toks žmogus, tarkime, neigia savo gimtiškumą, nes laiko jį pavojingu, į bloga vedančiu dalyku. Tačiau toks gimties galios neigimas nepadaeda jos suvaldyti: aistra gali prasiveržti netikėtai ir nevaldomai, tarsi sprogdinti žmogų iš vidaus. Apie tai, vartodamas „išstūmimo“, „represijos“ sąvoką, rašo ir K. Wojtyła („Meilė ir atsakomybė“, skyrius „Tikroji skaistumo prasmė“).

S. Freudas nemanė, kad susivaldyti apskritai neįmanoma ir nesveika. Netgi atvirkščiai: jis buvo įsitikinęs, jog civilizacijos pasiekimai negalimi, jei nesuvaldomas seksualinis instinktas (Freud, 1955, 789). Svarbiausia pripažinti, kad gimtinė (seksualinė) galia egzistuoja. Tada žmogus gali be žalos sau arba susilaikyti, arba šią galią panaudoti (Freud, 1955, 413). Tiesa, psichoanalizės kūrėjas tvirtino, esą susilaikyti gali tik disciplinuoti žmonės. Laiške šveicarų pastoriumi ir psichoanalitikui Oskarui Pfisteriui S. Freudas taip pat rašė, jog giliai tikintiems žmonėms gimtinę galią padeda suvaldyti maldos ir tikėjimo praktika (Jones, 1961, 439–440).

Visuomenėje, deja, paplito primityvioji psichoanalizės versija, parbrėžianti susilaikymo žalą. Prie šio mito paplitimo nemažai yra prisidėję medikai. Tvirtinama, kad seksualinė iškrova būtina kūno sveikatai. Toks teiginys skamba labai įtikinamai ir ne vienam žmogui leidžia pateisinti savo negebėjimą ar nenorą gimtinę galią naudoti dorai.

Kūnui seksualinė iškrova nėra reikalinga

Iš tiesų kūnui seksualinė iškrova nėra reikalinga, nes ji susijusi su energijos atidavimu. Ypač tai aišku kalbant apie vyrus: dar senovės Graikijoje sportininkai prieš olimpinės žaidynes susilaikydavo nuo gimtinių santykių (Dover, 1989, 66). Sėkla turi daug naudingų medžiagų, kurios gali būti panaudotos paties organizmo, ypač nervų sistemos, reikmėms (Bernard, 1994). Gamtoje kai kurie patinai, apvaisindami patelę, praranda tiek daug energijos, jog po to miršta – pavyzdžiui, vapsvos. Žmogus irgi gali patirti panašių problemų, jei pereikvoja savo jėgas. Tai ypač akivaizdu vyresniame amžiuje, kai vyro kūno galia silpsta. Potenciją skatinančio vaisto „Viagra“ vartojimas sukėlė ne vieno pagyvenusio vyro mirtį. Tyrėjai mano, jog to priežastis – per didelis jėgų išnaudojimas, kai vyras

staiga įgyja galimybę daugiau lytiškai santykiauti. 2000 m. Los Andželo medicinos centro „Cedars-Sinai“ specialistai JAV maisto ir vaistų valdybai pateikė duomenis apie su „Viagros“ vartojimu susijusias komplikacijas. Iš 1473 tyrime aprašytų atvejų net 522 baigėsi mirtimi. Nors anksčiau teigta, esą šis medikamentas pavojingas tik širdies ir kraujotakos ligomis sergantiems vyrams, šis tyrimas atskleidė, jog taip pat miršta širdies ir kraujotakos ligomis nesirgę, jaunesni nei 65 metų vyrai (duomenys iš PSA Rising – Prostatos vėžio asociacijos – svetainės <http://www.psa-rising.com/medicalpike/viagracardiodeaths031500.htm>). Jauniems vyrams paprastai nekyla tokių komplikacijų, tačiau akivaizdu, kad lytinis aktas reikalauja daug energijos.

Kita vertus, tiesa ir tai, jog lytiškai susijaudinęs ir iškrovęs negalintis pasiekti vyras gali jausti maudimą prostatos srityje. Jis gali manyti, kad pats kūnas reikalauja atlikti gimtinį aktą ir susilaikyti iš tikrųjų nesveika. Ar tai tiesa?

Į šį klausimą padeda atsakyti asmenybės galių teorija. Kosmines galias aprašė dar Aristotelis: žemiausiame lygmenyje yra kūno galios (būdingos augalams); aistros ir emocijos būdingos gyvūnams; protą ir laisvą valią turi tik žmogus (taip pat nematerialios būtybės, krikščioniškojoje pasaulėžiūroje – angelai). Ši hierarchija galioja ir kalbant apie žmogų. Toks asmenybės modelis buvo perimtas krikščionybės ir išsamiausiai aprašytas Tomo Akviniečio:

Žmogui būdingos dvasinės galios:
protas ir valia

Žmogui ir gyvūnams būdingos juslinės galios:
aistros ir emocijos

Žmogui, gyvūnams ir augalams būdingos kūno galios:
generatyvinė (gimties) galia;
maitinimosi galia;
augimo galia;
judėjimo galia ir kt.

Tiek apskritai kosmose, tiek žmoguje matoma galių hierarchija – žemesniosios galios paklūsta aukštesniosioms. Taigi ir žmogaus kūną veikia emocijos, o emocijas ir kūną valdo protas bei valia. Tomas Akvinietis,

sekdamas Aristoteliu, pažymi, jog protas ir valia žemesniąsias galias gali valdyti dviem būdais: tiesioginiu ir „politiniu“ („diplomatiniu“) (*Teologijos suma*, I, 81, 3). Pavyzdžiui, ranką pajudiname be didesnių pastangų. Norėdami suvaldyti emocijas, turime įtikinti jas paklusti mums. Jei kūną galima palyginti su visiškai paklusniu tarnu, tai emocijos yra kaip laisvai samdomas tarnas – turi savo norus ir tam tikrą laisvę. Nusprendus nejauti kokio nors jausmo, tai iškart nepavyksta – dar reikia įtikinti save, jog neverta to daryti. Tarkime, krebždesį miške išgirdęs žmogus gali išsigąsti vilko; jei žmogus prisimena, kad vilkų šiame miške nėra, baimė dingsta.

Generatyvinė (arba gimties, lytinė, seksualinė) galia priklauso kūno galioms ir, pagal ką tik aprašytą žemesniųjų asmenybės galių paklusimo aukštesnėms principą, turėtų paklusti protui bei valiai. Iš patirties žinome, kad taip yra ne visada. Iš tikrųjų ir viena, ir kita yra teisinga: kūnas ir jo giminė (seksualinė) galia tam tikroje situacijoje paklūsta protui bei valiai, tačiau kitose situacijose – ne. Kalbama daugiau apie vidines, psichologines, o ne išorines situacijas.

Situacija, kai kūnas paklūsta protui ir valiai

Kiekvienas vyras, ypač jaunesnio amžiaus, iš ryto gali patirti erekciją, bet ji nėra tapati lytiniam susijaudinimui. Tai gali vykti dėl pilnos šlapimo pūslių, erekcija taip pat pastebima gilaus miego (greitų akių judesių fazės) metu. Jaunam, savo asmenybę ir galias norinčiam pažinti vyrui ar vaikinui labai svarbu pastebėti ir suprasti, jog rytinė erekcija dažniausiai nereiškia giminio (lytinio) susijaudinimo. Kitaip sakant, vyras (vaikinas) su savo kūnu gali elgtis kaip nori: arba atlikti giminį aktą, arba atsikelti ir veikti kažką kita. Jokio skausmo pilvo apačioje (prostatos srityje) jis tuo metu nejaučia. Tokį kūno paklusimą protui ir valiai, remdamasis indiškuoju asmenybės modeliu, yra aprašęs ir mūsų tautos filosofas Vydūnas savo veikale „Sveikata, jaunumas, grožė“. Taip pat ir šv. Augustinas veikale „Apie krikščioniškąją doktriną“ (§ 25) tvirtina, jog šv. Pauliaus laiškuose minimą kūno pasipriešinimą dvasiai reikia suprasti netiesiogiai, kadangi iš tikrųjų kūnas yra kaip tas žmogaus klausantis šv. Pranciškaus asilėlis, o priešinasi protui ir valiai mūsų aistros ir troškimai: „Taip jie buvo apgauti [šv. Pauliaus Laiško galatams] žodžių: „Mat kūno geismai priešingi dvasiai, o dvasios – kūnui; jie vienas kitam priešingi, todėl jūs

nedarote, kaip norėtumėte“ (Gal 5, 17). Tai buvo pasakyta apie nenugalėtą kūno įprotį: tam, kad ne kūnas būtų sunaikintas, tačiau gašlumas, kuris yra jo įprotis, būtų nugalėtas, ir kad tada kūnas imtų paklusti dvasiai, kaip reikalauja natūrali tvarka.“

Situacija, kai kūnas paklūsta nenoriai

Skirtingai nuo paprastos erekcijos, gimtinis (lytinis) susijaudinimas skatina vyrą ieškoti iškvos. Siekiant išvengti didelės vidinės kovos, reikėtų neleisti erekcijai virsti susijaudinimu. Tai nėra labai sudėtinga, jeigu suprantama, kaip toks pokytis įvyksta. Gimtinis (lytinis) susijaudinimas kyla tada, kai žmogaus sąmonėje atsiranda erotinio pobūdžio vaizdinys. Tada ir turime kalbėti apie situaciją, kai kūnas nenori paklusti protui bei valiai.

Tomas Akvinietis rašo, jog lytinį susijaudinimą suvaldyti sunkiau, nes čia ištraukia vaizduotė. Aistros susijusios su jutomais ir vaizduote, todėl, kaip jau minėta, jas galima valdyti ne tiesioginiu, o „politiniu“ būdu. Gimties galia pagal šią teoriją yra kūno galia, tačiau arčiau aistros galių nei kitos kūno galios. Vaizduotė skatina gimties galios veikimą ir tada *aistros* sujaudintas kūnas verčia žmogų ieškoti gimtinės iškvos. Kol kūnas nėra aistros sujaudintas, tol paklūsta protui ir valiai.

Tai naudinga žinoti ne tik suaugusiam vyrui, bet ir jaunuoliui, kuris nori išlikti šaistus ir valdyti savo galias. Viskas priklauso nuo to, kaip jis žiūri į moterį, nesvarbu kur: kino filme, žurnale ar gatvėje. Jei leidžia sau jausti gimtinių (seksualinių) geismą, atmintyje kaupiasi geismingų vaizdų „kartoteka“ ir rytinė ar šiaip spontaniška erekcija lengvai virsta susijaudinimu (jaunam vyrui, kaip pastebėjo dar S. Freudas, erekcija kartais atsiranda dėl fizinės įtampos ar gimties organų fizinio sudirginimo).

Kalbant apie vedusį vyrą, erekcija pereina į susijaudinimą dėl sąmonėje atsirandančio vaizdinio, taip pat ir dėl kitų jutomų (tokių kaip prisilietimas).

3.6. Susivaldymas natūraliai planuojant šeimą

Meilė sutuoktiniui padeda susilaikyti nuo lytinių santykių natūraliai planuojant šeimą. Ir krikščioniškoji, ir psichologinė meilės samprata teigia esant dvi pagrindines jos dimensijas: teikiančiąją (aktyviąją) meilę ir

priimančiąją (receptyviają) meilę. Pirmąją *teikiame* sutuoktiniui švelnumą, rūpestį ir paramą, o antrąją *priimame* tai iš jo ir patį jį kaip dovaną. Intymiaame gyvenime šios dvi dimensijos persipina, tačiau akivaizdu, jog vyrauja priimančioji meilė; o teikiančioji meilė turi tam tikrą savybę gimtines (lytines) reakcijas sušvelninti. Pažiūrėkime, kaip aistra nurimsta, kai mąstome apie sutuoktinį ir į jį žiūrime, taip pat kai prie jo prisiliečiame.

Sutuoktinio suvokimas

Vyras žmoną ir žmona vyrą gali suvokti kaip brangų asmenį, kuriam reikia šilumos ir meilės; kita vertus, kaip brangią, džiaugsmą teikiančią Dievo dovaną. Siekiant susilaikyti, patartina nukreipti dėmesį į teikiančiąją meilę:

- Būtina prisiminti, kad intymus aktas, kai galėtų būti pradėtas kūdikis, neišreikš rūpinimosi sutuoktinio laime, jei dėl rimtų priežasčių – didelio nuovargio, sveikatos ar kitokių sunkumų – esate nusprendę kūdikio nepradėti. Jei nuoširdžiai norima, kad sutuoktinis būtų laimingas, tokia mintis aistrą ramina.
- Žiūrint į sutuoktinį (tai truputį svarbiau vyrams nei žmonoms), taip pat patartina mąstyti apie jo kaip asmens poreikius, o ne apie gimtinis suartėjimo džiaugsmą.
- Tai svarbu ir įsivaizduojant sutuoktinį. Kaip minėta, gimties (lytinę) aistrą skatina vaizdas ir vaizdinys, todėl dienomis, kai nusprendžiama nesuartėti, svarbu mąstyti apie žmoną (vyrą) kaip asmenį, kuriam reikia švelnumo, o ne kaip apie asmenį, kuris galėtų teikti intymų džiaugsmą.

Prisilietimas prie sutuoktinio

Prisilietimas, panašiai kaip ir suvokimas žvilgsniu ar įsivaizdavimas, taip pat gali reikšti arba teikiančiąją (aktyviają), arba priimančiąją (receptyviają) meilę. K. Wojtyła rašo, jog rūpestį ir šilumą reiškiantis prisilietimas ramina gimties (lytinę) aistrą (skirtingai nuo aistringo prisilietimo), priima sutuoktinį kaip dovaną. Tai svarbu ir intymiaame gyvenime: rūpestį ir šilumą reiškiantis prisilietimas ramina vyro gimtines (seksualines) reakcijas, kurios yra greitesnės negu moters, ir gali padėti jam palaukti, kol žmona labiau susijaudins (Wojtyła, 1994, 275). Kai gimtino suartėjimo nesiekama, švelnumas vienas kitam galimas ir reikalingas, tačiau turėtų

vyrauti ramus ir teikiantis, o ne aistringas, priimantis prisilietimas.

Tai, kas ką tik aptarta, būtų galima pavadinti kūno ir aistros „diplomatinio“ valdymu. Kaip minėta, erekcija kaip kūno reakcija (jei vyro sąmonėje nėra seksualinio vaizdinio ir (arba) jis intymiai nesiliečia prie žmonos) paklūsta tiesioginiam proto valdymui. Kūno galios yra hierarchiškai žemiau už intelektines, paklūsta be pasipriešinimo. Kai kūniška lytinė galia (erekcija be susijaudinimo) susijungia su vaizdiniu ar prisilietimu ir virsta susijaudinimu, kūnas bei aistra taip pat paklūsta protui per meilės galią. Meilė, ypač teikiančioji, priklauso intelektinėms galioms, taigi yra hierarchiškai aukščiau negu emocijos ir kūnas. Kitaip sakant, tai stipresnė galia.

Moters lytinis susivaldymas

Nors daugiausia kalbėta apie vyrus ir vyrauja nuomonė, kad būtent jiems susivaldyti sunkiau, kai kurie tyrimai rodo, jog tai nelengva ir moteriai. Remiantis Karelo D. Skočovský atliktu tyrimu, 41 proc. vyrų ir 35 proc. moterų susivaldyti vaisingu periodu labai sunku; sunkumą kaip vidutinį įvertino 40 proc. moterų ir 39 proc. vyrų; 25 proc. moterų ir 23 proc. vyrų teigė, kad susivaldyti lengva (Skočovský, 2008, 92). Verta trumpai pažvelgti į tai, kaip gimties galia veikia moters organizme.

Vyro vaisingumą atspindi naktinė ir rytinė erekcija, moters vaisingumas susijęs su ovuliacija. Gerai žinoma, kad ovuliacijai artėjant – maždaug penkios dienos prieš ją ir jos metu – moteris jaučiasi aistringesnė. Kaip minėta nagrinėjant vyro gimtines reakcijas, pati erekcija, jei nėra aistrą keliančių vaizdinių arba intymaus prisilietimo, nereiškia gimtino (lytinio) susijaudinimo, tik atspindi kūno pasirengimą gimtiniam aktui. Panašios ir moters gimties (lytinės) reakcijos. Pati ovuliacija ir ją lydintys ženklai (svarbiausias kurių yra drėgnumo (dėl gleivių) pojūtis gimties organų srityje) – tai kūno reakcija ir savaime nereiškia gimtino susijaudinimo. Tačiau jei kalbėtume apie tai, kaip kūno pasirengimas apvaisinimui virsta susijaudinimu, vyro ir moters reakcija skiriasi. Vyru užtenka gimtino (seksualinio) vaizdinio, kad jis susijaudintų. Moteriai vyro kūnas paprastai nekelia tokių audringų reakcijų – ji daugiau reaguoja į meilės bei asmenybės ženklus. Gerai žinoma, jog vyras myli akimis, o moteris – ausimis. Tai atspindi ir kai kurie empiriniai tyrimai. Pavyzdžiui, K. D. Skočovský minimas 1981 m. M. Browno ir A. Auerbacko tyrimas

atskleidė, kad moteris per intymią sueitį siekia meilės ir asmeninio artumo, o vyras trokšta nuslopinti gimtį (seksualinę) įtampą. Natūralu, jog moters gimtį reakcijos paprastai lėtesnės nei vyro.

Kita vertus, pagrindinis dėsnius galioja ir moterims: gimtį galia, tarkime, vaisingomis dienomis, reiškiasi kaip kūniška energija ir yra nesunkiai valdoma, *jeigu kūniškas vaisingumas (panašiai kaip vyro erekcija) nevirsta gimtiniu susijaudinimu dėl atitinkamų minčių, lūkesčių ir vaizdinių*. Šie vaizdiniai kitokie nei vyro, bet taip pat priklauso psichikos sferai. Moteris, nenorinti tuo metu gimtiškai susijaudinti, gali laisvai pasirinkti, pasiduoti šiems vaizdiniais, ar ne.

3.7. Kas pajėgia susivaldyti? Apibendrinimas susivaldymo tema

K. D. Skočovský labai tiksliai apibendrina gebėjimą suvaldyti savo gimtį galia. Tai priklauso nuo dviejų dalykų: seksualinio susivaldymo ir to, ar patenkinamas dvasinio artumo poreikis (Skočovský, 2008, 65).

Minėtos skaistumo sąlygos yra svarbios kalbant apie susivaldymą santuokoje, santuokinę ištikimybę, gebėjimą likti skaisčiam iki santuokos. Taip pat galioja tiems vaikinams ar merginoms, kurie nori išvengti masturbacijos įpročio (apie tai išvalgiai rašoma ir Paulo Quay knygoje „Christian Meaning of Human Sexuality“). Atsiskleidžia jungiančioji, artinančioji gimtinių (lytiškumo) dimensija.

Apie pirmąją šios galios dimensiją – būsimo kūdikio ilgesį (dažnai pasąmoninį) – jau kalbėta. Tačiau akivaizdi ir meilės – širdies artumo su kitu žmogumi, „sielų susiliejo“ – svarba. Gimtiškumas (lytiškumas) jungia ir artina; šią klasikinę tiesą pastaraisiais metais patvirtina neurobiologiniai smegenų tyrimai: gimtinių akto metu išsiskiria hormonas oksitocinas (vyro organizme panašiai veikia dar ir vazopresinas), dėl jo poveikio po intymaus suartėjimo vyras ir moteris vienas prie kito prisiriša, jaučia emocinę šilumą ir palankumą (Brizendine, 2006, 67–69).

Kuo vienišesnis jaučiasi žmogus, tuo labiau trokšta artumo. Klinikinė patirtis ir seksualumo ekspertų tyrimai aiškiai rodo, jog vienišas žmogus stengiasi atsikratyti vienatvės per gimtinius (seksualinius) santykius. Tai paaiškina:

- tėvų meilės stokojančių merginų ankstyvus lytinius santykius;

- tarp homoseksualų – dažną partnerių kaitą ir polinkį į atsitiktinius seksualinius santykius;
- santuokinės ištikimybės išbandymus pašlijus sutuoktinių santykiams;
- taip pat nesugebėjimą susilaikyti santuokoje, kai reikalaujama gimtinio suartėjimo, nors sutuoktinis nėra tam nusiteikęs.

Jeanas Vanier teigia, jog gimtinis artumas išreiškia žmogaus širdies troškimą įveikti vienatvę, o draugiška, broliška meile pagrįsti giminiai (lytiniai) troškimai yra ramesni (Vanier, 1989, 8).

Kitaip sakant, gebėjimas valdyti gimties galią priklauso nuo širdies tyrumo, vaizduotės skaistumo, taip pat nuo gebėjimo palaikyti meilės ryšį su žmonėmis. Tai galioja tiek kalbant apie gimtiškumo sritį, tiek taikant natūralaus šeimos planavimo metodus. NŠP gali ir atskleisti tarpusavio ryšio stoką santuokoje, ir padėti rasti būdus, kaip šį ryšį sustiprinti.

Savikontrolės klausimai

1. Paaiškinkite sąvoką *gimties galia*.
2. Kodėl daugiau vaikų turintys sutuoktiniai geriau supranta vienas kitą?
3. Išvardykite ir paneikite labiausiai paplitusius mitus apie *seksualinės iškrovos būtinybę*.
4. Kuo pagrįstas susivaldymas natūraliai planuojant šeimą?
5. Kokia sąsaja tarp būtinio susivaldymo natūraliai planuojant šeimą ir ištikimybės sutuoktiniui (-ei)?

Literatūra

1. Augustine, Saint (1958). On Christian Doctrine. Transl. by D. W. Robertson, Jr. New York: Macmillan Publishing Company.
2. Bernard R. W. (1994). Science Discovers the Physiological Value of Continence. Health Research Books.
3. Brizendine L. (2006). The Female Brain. New York. 2006.
4. Dover K. J. (1989). Greek Homosexuality. New York.
5. Erikson E. H. (2004). Vaikystė ir visuomenė. Vilnius: Katalikų pasaulio leidiniai.
6. Freud S. (1955). An Outline of Psychoanalysis. The Penguin Freud Library, vol. 15.
7. Freud S. (1955a). Civilization and its Discontents. Great Books of the Western World.

8. Gaudium et spes. Pastoracinė konstitucija apie Bažnyčią šiuolaikiniame pasaulyje (1994) // Vatikano II Susirinkimo dokumentai 1965 gruodžio 7 d. Zarasai: Fortūna.
9. Jones E. (1961). The Life and Work of Sigmund Freud, vol. 2, laiškas šveicarų pastoriiui psichoanalitikui Oskarui Pfisteriui (1909 m. vasario 9 d.).
10. Kerr M., Bowen M. (1988). Family Evaluation. New York.
11. Marcel G. (1978). Homo Viator, The Mystery of the Family.
12. Popiežius Paulius VI (1993). Enciklika „Humanae vitae“. Apie prideramą tvarką perteikiant žmogaus gyvybę. Vilnius: Katalikų pasaulis.
13. Skočovský K. D. (2008). Fertility Awareness-based Methods of Conception Regulation: Determinants of Choice and Acceptability. Brno.
14. Smith J. (1991). Humanae Vitae: A Generation Later. Washington. DC.
15. Vanier J. (1989). Man and Woman He Made Them. New York.
16. Wojtyła K. (1994). Meilė ir atsakomybė. Vilnius: Alka.

4 skyrius

PSICHOLOGINIAI IR DVASINIAI NATŪRALAUS ŠEIMOS PLANAVIMO PRIVALUMAI

4.1. Natūralaus šeimos planavimo privalumai

Galima nurodyti bent dešimt priežasčių, kodėl sutuoktiniai turėtų naudoti natūralius šeimos planavimo metodus:

1. Sutuoktiniai, norintys sėkmingai naudotis natūralaus šeimos planavimo metodais, turi rasti kitokius, ne tik gimtinę aistrą išreiškiančius švelnumo būdus. Švelnumą vienas kitam galima rodyti liečiant, glostant, apkabinant. Susilaikymo metu lietimas, glostymas ir apkabinimas reiškia teikiančiąją meilę, kai rūpinamasi sutuoktiniu ir suvaldoma priimančioji, aistringoji meilė. Tad sutuoktiniai gali būti švelnesni vienas kitam. Mary Shivanandan pateikia vienos amerikietės, perėjusios nuo kontracepcijos naudojimo prie NŠP, pasisakymą: „Kai gulime šalia vėlų vakarą ir vyras laiko mane švelniai apkabinęs, aš jaučiuosi lyg karalienė. Jis nieko iš manęs nenori“ (Shivanandan, 1998). Toje pačioje M. Shivanandan knygoje teigiama, kad kontracepciją naudojanti moteris neretai ima jaustis taip, tarsi visada būtų tinkama vyro lytiniais poreikiams patenkinti – dažnai ir tiems, kurie kilo mieste stebint *kitas* moteris. Susilaikymas išties gali reikšti didesnę meilę negu jos gimtinė išraiška. Jis ugdo vyro gebėjimą atsižvelgti ne į savo, bet į žmonos poreikius.

2. Su šiuo gebėjimu atsižvelgti į kito poreikius – vadinasi, rūpintis kitu ir jį mylėti – susijęs ir vyro gebėjimas suvokti žmoną kaip *kitą* ir *kitokią*, o ne laikyti ją savo asmenybės dalimi. Savinimasis būdingas santuokai – tikimės, kad sutuoktinis turi padaryti mūsų gyvenimą patogesnę. Tarkime, žmona viliasi, jog vyras nori to paties kaip ir ji – antraip žmona ima

manyti, kad vyras jos nemyli. Žymi amerikiečių šeimos santykių specialistė Virginia Satir tokį sutuoktinio suvokimą vadina „savęs pratęsimu“ (Satir, 1998, 12). Thomasina Borkman ir Mary Shivanandan, vartodamos šeimos sistemų mokyklos terminus, tvirtina: jei sutuoktiniai naudoja NŠP metodus, vyrui tenka suvokti, jog moters gimtiškumas (seksualumas) yra kitoks nei jo – tam tikromis dienomis ji vaisinga, kitomis ne, kai kada prieinama, o kai kada – ne. Tuo tarpu vyras visada gali (ir dažniausiai nori) atlikti gimtinį aktą. Gebėjimas suvokti kitą kaip kitokį (o ne kaip savęs dalį) brandina sutuoktinius; pagarba kito asmenybės skirtingumui gimtiškumo srityje kuria tokią pat pagarbą kitose gyvenimo srityse (Shivanandan, Borkman, 1992, 58).

3. Popiežius Paulius VI enciklikos „*Humanae vitae*“ 21-ajame skirsnyje teigia, jog skaisčiose šeimose vyrauja ramybė. Gerai sutaria sutuoktiniai, gerbiantys vienas kito skirtingumą. Be to, žmogus, gebantis suvaldyti savo gimties aistrą, lengviau valdo ir kitas emocijas. Nekantrumas, pyktis dėl smulkmenų, irzlumas ir nesivaldymas skatina konfliktus ir didelę nesantaiką; susikaupusios nedidelės nuoskaudos ilgainiui išardo ne vieną santuoką. Skaistus žmogus to paprastai išvengia. Tai liudija ir retos NŠP naudojančių porų skyrybos – apie tai bus kalbama vėliau.

4. Gebėjimas susilaikyti yra ištikimybės sąlyga. Daugybė santuokų išyra dėl neištikimybės. Pašlijus tarpusavio santykiams, kai vyras arba žmona jaučiasi vieniši, neretai ima žavėti „geresni“, „atidesni“ ir „švelnesni“ asmenys. Gebėjimas suvaldyti gimtinę aistrą padeda likti ištikimam. Apie santuokinės meilės puoselėjimą galima rasti daug literatūros (Arturo Cattaneo „Santuoka iš meilės“, Denis Sonet „Vykusi pora“, Gary Chapmano „Penkios meilės kalbos“, taip pat G. Vaitoškos „Lengvas gyvenimas“).

Gebėjimas susilaikyti svarbus ir tada, kai intymūs santykiai tampa laikinai negalimi – vienam iš sutuoktinių išvykus, dėl sveikatos ar kitų priežasčių. Panašiai kaip ir būdama nėščia, gimus kūdikiui žmona kuri laiką gali jausti gerokai mažesnę norą suartėti. Prie mažai ko ribojamo seksualinio pasitenkinimo pripratusiems sutuoktiniams (t. y. naudojant kontracepciją) būtinybė susilaikyti nuo seksualinių santykių gali tapti per sunki.

5. Savęs valdymas svarbus ir siekiant harmonijos intymių santykių srityje. Jono Pauliaus II įsitikinimu, savęs dovanojimas gimtiniame akte

galimas tik „save turint“. Kalbant paprasčiau, intymaus gyvenimo darna reiškia, kad vyras dažnai turi atsižvelgti į lėtesnės žmonos gimtines reakcijas ir lėtesnį susijaudinimą (Wojtyła, 1994, skyrius „Etika ir seksologija“). Susivaldymo įgūdžiai naudojant NŠP čia gali labai praversti.

6. Johnas ir Sheila Kippley, remdamiesi daugelio porų patirtimi, teigia, jog NŠP skatina sutuoktinius gyventi „mažųjų sužadėtuvių ir mažųjų medaus mėnesių“ ritmu (Kippley, 1994, 62–63). „Mažųjų sužadėtuvių“ laikotarpiu sutuoktiniai laukia ir ilgisi laiko, kada galės išreikšti meilę intymiai suartėdami. Šis laukimas reikalauja pastangų, gimtios aistros suvaldymo, tai kartu ir laiminantis, džiaugsmingas, romantiškas etapas. „Susilaikymo laikotarpiu, – pastebėjo vienas jaunas gydytojas, – žmona man tampa dar gražesnė.“ Kai jau galima intymiai suartėti, iš naujo išgyvenama meilės aistra – tai „mažasis medaus mėnuo“. Susilaikant „kaupiasi“ giminė (lytinė) energija, todėl natūraliai šeimą planuojantys sutuoktiniai nesiskundžia aistros išblėsimu ar atsibodimu vienas kitam, kaip neretai atsitinka naudojant kontracepciją. Panašų poveikį pastebi savo tradicija besremiančios žydų tautybės poros, kurios susilaiko iki vaisingumo ciklo 12 dienos. Iki vaisingų dienų susilaikoma turint tikslą susilaukti daugiau vaikų – taigi priešingai negu natūralaus šeimos planavimo atveju – tačiau aistros sustiprėjimą ir intymaus gyvenimo įvairumą abiem atvejais lemia susilaikymo laikotarpis (Skočovský, 2008, 93).

7. Natūraliai šeimą planuojančios poros neteigia, jog susilaikyti labai lengva. Ne paslaptis – būtent nenoras susilaikyti yra viena svarbiausių priežasčių, kodėl atsisakoma naudoti šiuos metodus. Kita vertus, nemažai porų vertina tai kaip teigiamą išbandymą: gebėjimas susivaldyti skatina pasitikėjimą savimi ir asmens vertės pajautimą (Skočovský, 2008, 94; 103).

8. Susilaikydami nuo gimtinių santykių vaisingomis žmonos ciklo dienomis, sutuoktiniai visų pirma turi mąstyti apie savo vaikus. Vartotojiška seksualumo samprata ypač didelę įtaką daro paaugliams. Jei tėvai naudoja kontracepciją, sunku įtikinti paauglius susilaikyti nuo lytinių santykių iki santuokos. Vaikams didesnę poveikį turi ne tai, ką tėvai kalba, bet kaip gyvena. Tėvai negali raginti paauglių susivaldyti, jei patys to nepraktikuoja. Gal todėl daugelis tėvų savo vaikų seksualiniams nuotykiams prieštarauti nedrįsta.

Susivaldymas kartu yra ir solidarumas su ligoniais, neįgaliaisiais, nesukūrusiais šeimos ar davusiais skaistybės įžadą (dvasinio luomo)

asmenimis. Šiuo metu Lietuvoje ir kitose Europos šalyse akivaizdžiai mažėja norinčiųjų tapti kunigais ar vienuoliais. Regis, galima pagrįstai galvoti apie pasaulimų krizės ir kontracepcijos ryšį: ne tik dėl to, kad šeimos turi mažiau vaikų, bet ir todėl, kad pašvęstasis gyvenimas yra aukos gyvenimas; sunku išmokti aukotis gyvenant šeimoje, kur gimtinė aistra tenkinama be jokių apribojimų.

9. M. Shivanandan cituoja vieną moterį, kuri teigia, esą vaisingomis dienomis, kai susilaiko nuo gimtinių santykių, jos malda būna nuoširdesnė. „Seksualiniai santykiai buvo duoti vėliau. Pirma buvo Dievas“ (Shivanandan, Borkman, 1984, 64). Jei galima kalbėti apie gimties energijos transformavimą (arba, vartojant S. Freudo terminą, sublimavimą) apskritai, jos perkeitimas į dvasinę galią irgi yra suprantamas. Empiriškai šis reiškinys mažai tyrinėtas. Vis dėlto tai, kad maldai pasišventę asmenys (tiek krikščionys, tiek išpažįstantys kitas religijas) dažniausiai duoda skaistybės įžadą, rodo, jog gimties aistrą įmanoma transformuoti.

10. Kaip minėta ankstesniuose vadovėlio skyriuose, natūralūs šeimos planavimo būdai nuo kontracepcijos skiriasi tuo, kad neslopina žmogaus vaisingumo. Naudojant NŠP metodus laikomasi natūralaus, Kūrėjo nustatyto vaisingumo ritmo – kitaip sakant, nepažeidžiama natūrali, Dievo sukurta tvarka. Mūsų laikais neįprasta apie tai mąstyti, bet sutuoktinius laimina ištikimybė Dievo planui. Antgamtinis malonės veikimas mūsų gyvenimus laimina ir mums nesuprantamu būdu.

4.2. Mažesnis skyrybų dažnumas naudojant NŠP

Natūralaus šeimos planavimo privalumai paaiškina, kodėl NŠP metodus naudojančios poros skiriasi daug rečiau. NŠP ir skyrybų dažnumo sąsajas tyrė *Couple to Couple League* (šiai žymiai natūralų šeimos planavimą tiriančiai ir populiarinančiai organizacijai vadovauja jau anksčiau minėti Johnas ir Sheila Kippley). Tyrime dalyvavo 198 poros, 1971–1995 metais gavusios licenciją mokyti natūralių šeimos planavimo metodų. Tyrimo pabaigoje 15 jų (1,4 procento pagal 2005 m. CCL skelbiamus duomenis) buvo išsiskyrusios. Kippley tirtos poros buvo išskirtinės (NŠP mokytojai), tačiau esama ir kitų tyrimų. Amerikiečių tyrėja M. Wilson 2002 metais pateikė JAV atlikto Nacionalinio šeimų raidos tyrimo duomenis. Tyrime dalyvavo 10 847 moterys (15–44 metų amžiaus). Iš katalikių, kurios

naudojo tik NŠP metodus, išsiskyrusių buvo tik 3 procentai; kontracepciją naudojusios katalikės skyrėsi 5 kartus dažniau. M. Wilson mini ir dar vieną tyrimą. Jo dalyvės – 505 moterys (iš 31 valstijos), naudojusios Billingso metodą. Iš į klausimus atsakiusių 74 proc. moterų išsiskyrusių buvo 4 proc. JAV, kaip ir kituose kraštuose, išsiskiria apie 50 proc. šeimų. Duomenys rodo, jog natūralus šeimos planavimas stiprina santuoką (Skočovský, 2008, 100).

4.3. Kaip įveikti sunkumus natūraliai planuojant šeimą

Naudojant NŠP metodus taip pat gali kilti sunkumų. Krikščioniškoji pasaulėžiūra ragina save vertinti kritiškai. Žmogus yra silpnas, tačiau, kaip teigia šv. Paulius, suvokęs tai gali tapti stiprus ne savo, bet Dievo galia (plg. 1 Kor 2, 3). Todėl malda turėtų būti svarbi santuokinio gyvenimo dalis.

NŠP vertę vienas iš sutuoktinių neretai supranta anksčiau už kitą. Tokiu atveju labai svarbu neužmiršti, jog pagrindinis sutuoktinių bendravimo principas ragina tiesą kalbėti su meile (plg. Ef 4, 15). Būtina suvokti, kad vyras (žmona) gali neįsisąmoninti NŠP vertės. Reikia daug kantrybės, siekiant jį (ją) įtikinti NŠP nauda. Daug kas priklauso ir nuo poros tarpusavio santykių.

NŠP reiškia, jog ugdomas gebėjimas sukilninti gimties galią. Moralinė teologija seksualinės energijos transformavimą apibrėžtų kaip skais-tėjimą. Taigi tai tikrai svarbus asmenybės augimas, artinantis sutuoktinius prie Dievo. Darniai gyvenantys sutuoktiniai patiria mažiau sunkumų naudodami NŠP metodus, natūralus šeimos planavimas stiprina sutuoktinių ryšį. Anot vieno žymiausių mūsų laikų teologų Marie-Dominique Philippe'o, santuokoje turėtų vyrauti tam tikra dvasinio, širdies ryšio pirmenybė prieš kūnišką (Philippe, 2004, 123). Gimtiniai (lytiniai) santykiai yra svarbi meilės dalis, tačiau seksas santuokos neišgelbsti. Kaip rodo empiriniai tyrimai, tarpusavio supratimas ir švelnumas yra svarbiausias santuokos, taip pat ir intymaus gyvenimo, principas. Tai liudija žurnale „Psychologie Heute“ (2006 m., „Compact“ leidimas) aprašyto tyrimo duomenys; apie tai plačiau galima skaityti 2009 m. Lietuvos šeimos centrų konferencijoje G. Vaitoskos (2010) skaitytame pranešime „Vedybinės meilės skrydis: nuo eroso iki agapės“. Gelbsti Dievas, kuris yra meilė

(plg. 1 Jn 4, 8). Žymi amerikiečių filosofė J. Smith mini šeimos stabilumo priežasčių tyrimą, kuri atliko Čikagos universiteto sociologai. Mokslininkai nustatė, jog geriausiai sutaria sutuoktiniai, kurie buvo skaistūs iki vedybų, sudarė bažnytinę santuoką, kartu meldžiasi namuose, dalyvauja liturgijoje ir naudoja natūralius šeimos planavimo metodus (Smith, 1998; Lauman, Gagnon, 1994; taip pat žr. pranešimą „Šeimyninės laimės kriterijai“ www.vasc.lt). Jei ryžotės natūraliai planuoti šeimą – einate teisinga kryptimi.

Savikontrolės klausimai

1. Išvardykite dešimt natūralaus šeimos planavimo privalumų.
2. Kodėl mažesnis skyrybų dažnumas naudojant NŠP?
3. Kokie sunkumai kyla natūraliai planuojant šeimą? Paaiškinkite, kaip šiuos sunkumus įveikti.

Literatūra

1. Kippley J. F., Kippley S. K. (1994). The art of natural family planning. Cincinnati: The couple to couple league.
2. Lauman E. O., Gagnon J. H. etc. (1994). The Organization of Sexuality: Sexual Practices in the United States. Chicago.
3. Philippe M.-D. (2004). Meilės gelmėse. Pokalbis apie meilę, santuoką ir šeimą. Vilnius: Katalikų pasaulis.
4. Satir V. (1983). Conjoint Family Therapy. Science and Behavior Books.
5. Shivanandan M. (1998). Challenge to Love. Bethesda. Maryland. 1998.
6. Shivanandan M., Borkman T. (1984). The Impact of NFP on Selected Aspects of Couple Relationship // International Review of Natural Family Planning, Spring, 1984.
7. Shivanandan M., Borkman T. (1992). Natural Family Planning and Family Systems Theory // Linacre Quarterly, November, 1992.
8. Skočovský K. D. (2008). Fertility Awareness-based Methods of Conception Regulation: Determinants of Choice and Acceptability. Brno.
9. Smith J. (1998). Premarital Sex. Sacerdos.
10. Vaitoška G. (2010). Kas iš vaikų pagrobė gandrą? Vilnius: Katalikų pasaulio leidiniai.

III dalis

BIOLOGINIAI VAISINGUMO
PAŽINIMO PAGRINDAI

5 skyrius

VYRO IR MOTERS PROKREACINIAI SKIRTUMAI

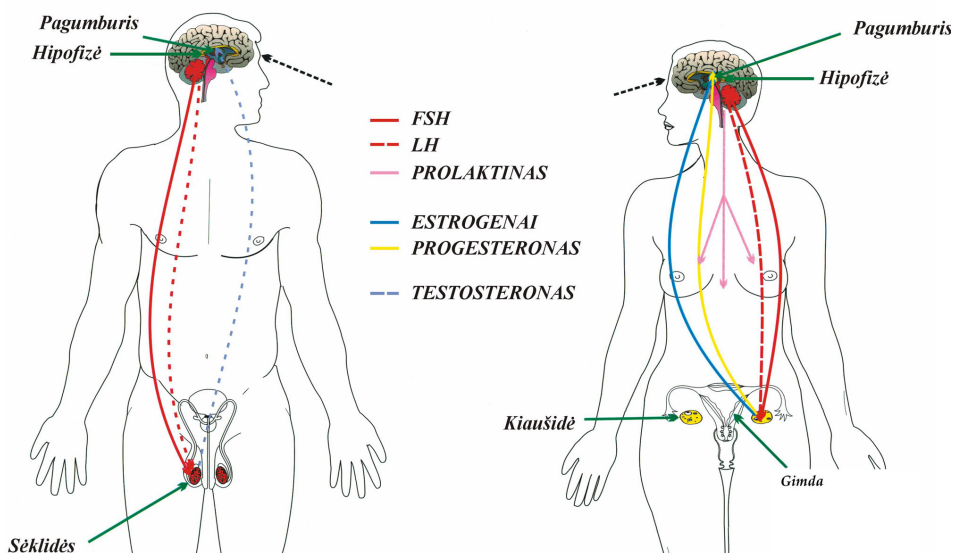
5.1. Žmogaus vaisingumo sistema

Vaisingumo pažinimas ir natūralus šeimos planavimas yra ne vien taisyklių rinkinys, nusakantis kaip elgtis norint išvengti pastojimo ar siekiant susilaukti vaikų. Svarbu gerai išmanyti natūralius, vaisingumą užtikrinančius kūno procesus.

Aiškinant apie atskirą moters ar vyro lyties organą negalima apsiriboti tik anatomija. Būtina atskleisti ne tik atskiro organo sandarą, bet ir jo funkcijas bendroje, vaisingumą užtikrinančioje sistemoje. Šią sistemą sudaro ne vien lyties organai, jie negali funkcionuoti atskirai nuo kitų organų sistemų. Vaisingumą reguliuoja centrinė nervų sistema (CNS). Ji priima lyties organų signalus, reaguoja į lytinių hormonų koncentraciją kraujyje. CNS analizuoja žmogaus regėjimo, klausos, uoslės ar lytėjimo pojūčius, jo emocijas ir išgyvenimus. Daugybė lytinių hormonų receptorių yra įvairiose žmogaus kūno vietose: kauluose, raumenyse, odoje, krūtyse, žinoma, daugiausia – lyties organuose. Hormonai veikia ne tik organus, bet ir žmogaus jausmus. Būtina pažymėti, kad sveikame kūne visi organai tobulai sąveikauja, kad užtikrintų lytinės sistemos funkciją – apvaisinimą ir naujo asmens gimimą.

Siekiant suvokti žmogaus vaisingumą labai svarbu išmanyti dviejų pagrindinių grandžių – centrinės nervų sistemos ir lyties organų sistemos – harmoningą veiklą (3 pav.).

Tiek vyro, tiek moters lyties organų veiklą reguliuoja pagumburis ir posmegeninė liauka (hipofizė), jie susiję su smegenų žieve ir kitomis smegenų dalimis. Posmegeninė liauka gamina gonadotropinius hormonus (gr. *gonas* – lytinė liauka, *trophos* – maitinantis) ir prolaktiną. Yra du gonadotropinai, jie išskiriami tiek vyro, tiek moters organizme:



3 pav. Vyro ir moters vaisingumui įtaką darantys hormonai
(plg. Narbekovas, Obelenienė, Rudzinskas, 2004)

Folikulus stimuliuojantis hormonas (FSH) skatina folikulų brendimą kiaušidėje, estrogenų sekreciją folikulo ląstelėse. Vyro organizme stimuliuoja spermatozoidų vystymąsi.

Liuteinizuojantis hormonas (LH) kiaušidėse inicijuoja ovuliaciją, geltonkūnio brendimą ir progesterono gamybą. Vyrams LH stimuliuoja androgenų (testosterono) sekreciją sėklidėse.

Prolaktinas atsakingas už pieno liaukos vystymąsi ir pieno gamybą krūtyse. Daugiausia prolaktino išsiskiria nėštumo metu, o ypač po gimdymo. Prolaktinas skatina laktaciją ir motinystės instinktą, slopina gonadotropinų išsiskyrimą, ovuliaciją bei menstruacijų ciklą.

Posmegeninės liaukos gonadotropinų sekreciją skatina pagumburio išskiriamas **gonadotropinus atpalaiduojantis hormonas** (angl. *gonadotropin releasing hormone*; santrumpa GnRH). Kaip jau minėta, gonadotropinai reguluoja lytinių hormonų – estrogenų, progesterono ir androgenų – sekreciją.

Estrogenai yra moteriškieji lytiniai hormonai, juos išskiria kiaušidės. Estrogenai lemia moters lyties organų formavimąsi ir antrinių lytinių požymių vystymąsi. Nedidelį šių hormonų kiekį gamina antinksčių žievė ir vyrų sėklidės. Nėštumo metu estrogenus išskiria placenta. Jie skatina

kiaušialąstės brendimą, ruošia moters organizmą apvaisinimui, vaisiaus išnešiojimui, gimdymui ir maitinimui. Veikia medžiagų apykaitą. Sumažėjus estrogenų kiekiui moters organizme prasideda menopauzė.

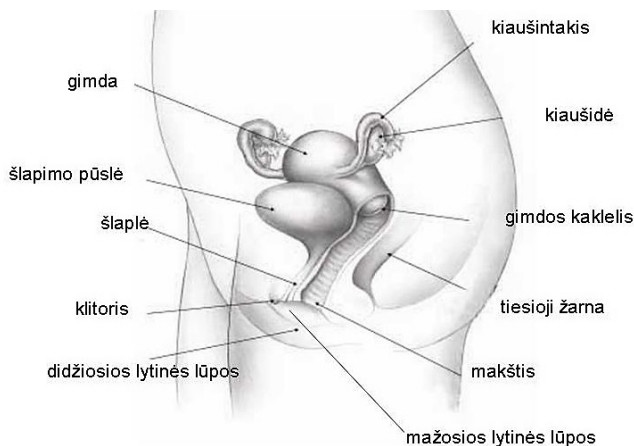
Progesteroną sintetina po ovuliacijos moters kiaušidėje susidaręs geltonkūnis. Progesteronas paruošia moters organizmą išnešioti ir pagimdyti, taip pat maitinti naujagimį. Progesteroną nėštumo metu taip pat gamina placenta.

Androgenai yra vyriškieji lytiniai hormonai. Svarbiausias iš jų – testosteronas. Jis lemia vyro lyties organų formavimąsi ir antrinių lytinių požymių vystymąsi. Testosteronas aktyvina spermatozoidų brendimą, lytinį aktyvumą, geismą, taip pat fizinį bei psichinį aktyvumą, agresyvumą. Testosterono sekreciją sėklidėse skatina LH, svarbus yra regos, klausos, lytėjimo organų jaudinimas. Androgenus sintetina ir moters kiaušidės. Nedaug androgenų gamina antinksčiai.

5.2. Moters vaisingumo sistema

5.2.1. Lyties organai ir jų veikla

Moters lyties organai skirstomi į išorinius ir vidinius. Išoriniai lyties organai yra didžiosios ir mažosios lytinės lūpos, suformuojančios lytinę plyšį, varputė bei makšties prieangis. Išoriniai lyties organai pridengia ir apsaugo vidinių lyties organų kanalą. Vidiniams lyties organams priklauso makštis, gimda, kiaušintakiai ir kiaušidės (4 pav.).



4 pav. Moters lyties organai

Susijungdami vidiniai lyties organai sudaro kanalą, jungiantį dubens ertmėje esančias kiaušides su išorinių lyties organų sritimi. Tobulai funkcionuodamas šis kanalas sudaro sąlygas lytinio akto metu spermatozoidams pasiekti subrendusią kiaušialąstę ir ją apvaisinti. Šiame kanale vaisius auga ir per jį užgimsta. Išorinius ir vidinius lyties organus skiria mergystės plėvė, plyštanti pirmųjų lytinių santykių metu. Lyties organų veikla priklauso nuo moters kūne išskiriamų hormonų. Hormonų kaita lemia lytinį brendimą, vaisingumo laikotarpį ir menopauzę. Jie taip pat lemia moters kūno sandarą, plaukų ir balso savybes, krūtų augimą. Hormonai veikia moters elgesį ir jausmus. Vaisinguoju gyvenimo tarpsniu sudėtinga hormoninė sistema užtikrina ciklinį kiaušialąstės subrendimą, spermatozoidų patekimą į kiaušintakius, o įvykus apvaisinimui – vaisiaus augimą, užgimimą bei pieno gamybą krūtyse. Tai ir yra svarbiausia lyties organų paskirtis. Toliau atskirai apibūdinsime visus vidinius lyties organus ir juose vykstančius ciklinius kitimus.

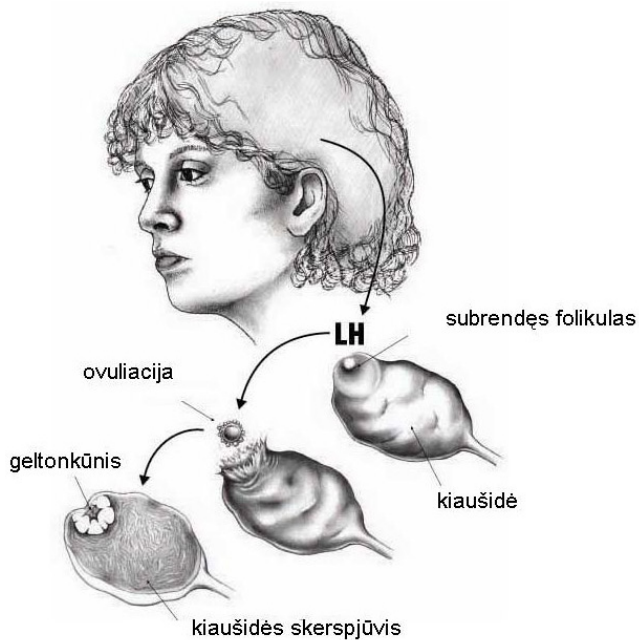
5.2.1.1. *Kiaušidės*

Kiaušidės yra migdolo formos porinis organas, raiščiais pritvirtintas prie dubens sienos ir gimdos. Kiaušidės dydis priklauso nuo ciklo fazės, paprastai būna 4 x 1,5 x 1 cm. Kiaušidę sudaro šerdis ir žievė. Šerdis sudaryta iš jungiamojo audinio ir gausaus kraujagyslių tinklo. Žievėje išsidėsto folikulai, kuriuose subręsta moters lytinė ląstelė. Kiaušidėse folikulų nuolat mažėja. Ką tik gimusios mergaitės kiaušidėse būna apie 1–2 milijonai pirminių folikulų, o sulaukus pirmųjų mėnesinių jų lieka apie 300–400 tūkstančių. Per visą moters gyvenimą subręsta tik apie 400–500 kiaušialąsčių.

Kiaušidės – tai organai, kuriuose formuojasi ir bręsta kiaušialąstės. Jose taip pat sintetinami moteriškieji lytiniai hormonai – estrogenai ir progesteronas. Pokyčiai kiaušidėse yra cikliniai. Juos galima skirstyti į tris fazes: folikulų brendimo, ovuliacijos ir geltonkūnio.

Folikulų brendimo fazėje, veikiant posmegeninės liaukos išskiriamam FSH, kiaušidėse bręsta keliolika pirminių folikulų. Tuo metu folikulo sienelėje būna dviejų rūšių ląstelės – apvalkalo ir grūdėtosios. Sudėtingų biocheminių procesų metu iš apvalkalo ląstelėse esančio cholesterolio pagaminami vyriškieji lytiniai hormonai androgenai, kuriuos grūdėtosios ląstelės iškart perkeičia į estrogenus. Gamindami didėjančią kiekį estrogenų dalis folikulų sunyksta ir 7–9-ąją mėnesinių ciklo dieną išryškėja

geriausiai subrendęs dominuojantis folikulas. Jame bręsta kiaušialąstė, o grūdėtosios ląstelės intensyviai dalijasi, išskirdamos vis daugiau estrogenų. Didėdamas folikulas priartėja prie kiaušidės paviršiaus ir jį ištempia. Toks folikulas yra 20–25 mm skersmens ir vadinamas Grafo folikulu. Kai estrogenų kiekis tampa maksimalus ir išsilaiko apie 50 val., posmegeninė liauka išskiria didelį kiekį liuteinizuojančio hormono (LH). Įvyksta *ovuliacija* – folikulas plyšta, kiaušialąstė patenka į dubens ertmę, kur ją pagauna kiaušintakio galuose esančios spurgos (žr. 6 pav.). Ovuliacija dažniausiai būna mėnesinių ciklo viduryje – apie 12–14 dieną. Kiaušialąstė išlieka gyvybinga ir gali būti apvaisinta maždaug 24 valandas. Po ovuliacijos prasideda *geltonkūnio fazė* (5 pav.).



5 pav. Ovuliacija

Plyšusio folikulo grūdėtosios ląstelės intensyviai kaupia lipidus ir LH veikiamos iš cholesterolio gamina progesteroną. Šis hormonas skatina gimdos gleivinės pasiruošimą priimti apvaisintą kiaušialąstę. Tuo pat metu estrogenų sekrecija taip pat gana gausi. Kai moters kraujyje progesterono ir estrogenų koncentracija didelė, grįžtamojo ryšio principu

gonadotropinų išskyrimas posmegeninėje liaukoje yra slopinamas. FSH ir LH išsiskiria vis mažiau, geltonkūnis nyksta. Progesteronas nebepalaido gimdos gleivinės vešėjimo, ji atsidalija ir pasišalina – prasideda menstruacijos. Jei kiaušialąstė apvaisinama, geltonkūnis išskiria progesteroną dar apie tris mėnesius, kol jo funkciją perima susidariusi placenta. Neapvaisinta kiaušialąstė pasišalina kartu su gimdos gleivine. Geltonkūnis virsta baltuoju kūnu – randu.

5.2.1.2. *Kiaušintakiai*

Kiaušintakiai yra poriniai vamzdelio pavidalo organai. Vienas kiaušintakio galas atsiveria į gimdos ertmę, o kitas apsupa kiaušidę (žr. 6 pav.). Eidamas nuo gimdos link kiaušidės kiaušintakis platėja, tampa piltuvo pavidalo ir baigiasi spurgomis. Šios spurgos ovuliacijos metu pagauna kiaušialąstę. Kiaušintakio sienelė sudaryta iš raumeninių skaidulų, gleivinės ląstelės turi mažučius plaukelius. Plaukeliams virpant kiaušialąstę, o vėliau ir apvaisintas embrionas juda link gimdos ertmės. Spermatozoidai pasiekia kiaušialąstę ir ją apvaisina būtent kiaušintakyje. Kiaušintakio būklę lemia išskiriami lytiniai hormonai. Dėl didėjančios estrogenų koncentracijos stiprėja sienelės raumenų susitraukimai, ovuliacijos metu kiaušintakio spurgos lyg pirštai apglėbia kiaušidę, kad plyšus folikului įtrauktų kiaušialąstę. Gleivinės ląstelės išskiria sekretą, leidžiantį spermatozoidams lengviau judėti ir gabenti kiaušialąstę link gimdos. Progesteronas atpalaiduoja kiaušintakio sienelę ir skatina ritmingus jos susitraukimus, kad apvaisintas kiaušinėlis, o vėliau ir besidalijantis embrionas patektų į gimdą. Taigi kiaušintakių paskirtis – užtikrinti apvaisinimą ir padėti embrionui saugiai įsitvirtinti gimdoje.

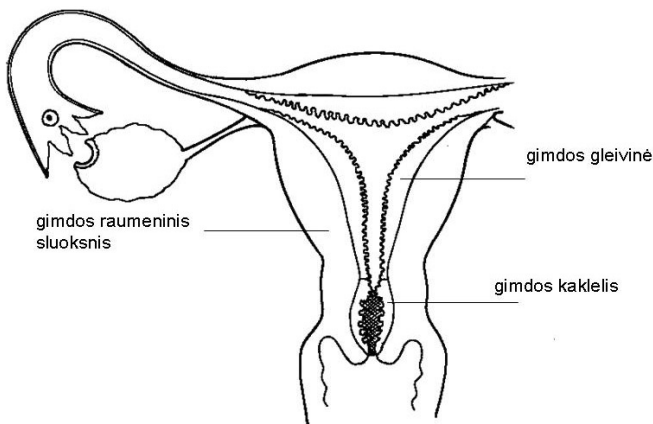
5.2.1.3. *Gimda*

Gimda yra dubens ertmės centre, tarp šlapimo pūslės ir tiesiosios žarnos (žr. 4 pav.) Subrendusios moters gimdos ilgis yra apie 7 cm, tačiau šis dydis yra individualus ir priklauso nuo amžiaus bei gimdymų skaičiaus. Tai kriaušės pavidalo raumeninis organas, sudarytas iš kūno ir kaklelio (6 pav.).



6 pav. Gimda, kiaušidės ir kiaušintakiai

Tarp priekinės ir užpakalinės gimdos kūno sienelių yra trikampio formos plokščia ertmė, susijungianti su kaklelio kanalu. Gimdos kūno raumuo labai elastingas. Augant vaisiui jis išsitempia ir gimdos ertmės tūris padidėja dešimtis kartų. Viršutinė kūno dalis vadinama gimdos dugnu, o apatinė – sąsmauka. Gimdos dugną šonuose perveria kiaušintakiai, o sąsmauka pereina į kaklelį. Kaklelis susijungia su makštimi. Gimdos ertmę ir kaklelio kanalą iškloja gleivinė (7 pav.).



7 pav. Gimdos skerspjūvis

Gimdos ir kaklelio gleivinės skiriasi, jų paskirtis kitokia. Veikiant lytiniams hormonams daugiausia kinta gimdos ertmės gleivinė – ją sudaro pamatinis ir atkrintamasis (funkcinis) sluoksniai. Funkcinis per mėnesines atkrinta ir pasišalina, o iš pamatinio formuojasi naujas sluoksnis. Gimdos gleivinės kitimai skirstomi į keturias fazes. *Atsinaujinimo fazė* prasideda baigiantis menstruacijoms ir trunka 5–6 dienas. Po jos eina *proliferacijos fazė* – gimdos gleivinė intensyviai veša, storėja, joje formuojasi liaukos. Proliferaciją skatina gausėjanti estrogenų sekrecija. Ši fazė trunka iki ovuliacijos. *Sekrecijos fazė* priklauso nuo kiaušidėje susidariusio geltonkūnio ir jo išskiriamo hormono – progesterono. Gleivinė storėja, daugėja liaukų, plātėja jų spindžiai, juose kaupiasi glikogenas ir kitos maisto medžiagos, ruošiamasi priimti apvaisintą embrioną. Jei apvaisinimas neįvyksta, sumažėja progesterono ir gleivinė atkrinta. Prasideda *menstruacijos (deskvaciacijos fazė)*. Tuo pat metu kiaušidėse bręsta nauji folikulai ir iš pamatinio sluoksnio ląstelių auga nauja gleivinė – prasideda naujas ciklas.

5.2.1.4. Gimdos kaklelis ir gimdos kaklelio gleivės

Apačioje gimdos kūnas (žr. 6 pav.) baigiasi gimdos kakleliu, žemiau perėinančiu į makštį. Gimdos kaklelyje yra 3 cm ilgio kanalas, padengtas gleivės gaminančių ląstelių sluoksniu, kuris turi apie 100 mažučių nišų (Nofziger, 1988, 11). Jose skirtingu ciklo metu, priklausomai nuo kiaušidžių išskiriamų hormonų ir jų kiekio, gaminamos skirtingos gleivės. Gleivės gaminančios ląstelės, dengiančios nišų paviršių, kasdien išskiria apie 20–60 mg tirštų gleivių per nevaisingas ciklo fazes ir apie 600 mg vaisingos fazės metu (Nofziger, 1988, 11). Gimdos kaklelis ne tik gamina gleives, bet ir atlieka tam tikrą mechaninę „vartų“ funkciją, priklausomai nuo hormonų (estrogenų) svyravimų, todėl jis dar vaizdingai vadinamas *gyvenimo vartais*. Kai estrogenų kiekis nedidelis ir kiaušialąstė dar tik bręsta, gimdos kaklelis užsidaręs, nusileidęs. Padidėjus estrogenų kiekiui kraujyje ir artėjant ovuliacijai, jis pakyla, atsidaro ir suminkštėja, kad spermatozoidai nekliudomi galėtų patekti į moters lytinius takus. Tuo po ovuliacijos gimdos kaklelis vėl užsidaro, nusileidžia ir sukietėja. Visą nėštumo laikotarpį gimdos kaklelis išlieka uždaras ir kartu su mikroorganizmams nepralaidžiomis gleivėmis (gleivių kamščiu) užtikrina vaisiui gerą apsaugą nuo kenksmingų išorės veiksnių. Jis atsiveria prasidėjus gimdymui.

Vaisingos gleivės atlieka itin svarbų vaidmenį pradedant gyvybę. Galima sakyti, jog tai subtiliausia vaisingumo sistemos dalis. Gleivės gaminasi gimdos kaklelio nišose. Gleivės kinta per visą ciklą pagal kiaušidžių hormonų veiklą. Vaisingos gleivės, kurių išskyrimą lemia estrogenai, skiriasi savo išvaizda, struktūra ir funkcijomis. Vaisingos gleivės veikia spermatozoidų elgesį – jų uodegėlių judesiai tampa aktyvesni, o judėjimo trajektorija tiesesnė. Gyvybingų spermatozoidų galima aptikti kiaušintakiuose praėjus vos 5 minutėms po lytinio akto, jei jis įvyko per vaisingą fazę.

Vaisingos gleivės, kurių atsiradimą lemia estrogenai – besikeičiančios gleivės. Jų pH šarminė, todėl spermatozoidai gali išlikti gyvybingi jose net iki 6 dienų. Gleivės, kurių išskyrimą lemia progesteronas, yra tirštos, rūgštinės reakcijos. Jos klampios, pastovios išvaizdos. Šios gleivės atlieka apsauginę funkciją. Jos nepalankios ne tik infekcinių ligų sukėlėjams, bet ir spermatozoidams.

Yra išskirtos kelių tipų gleivės. Jos skiriasi savo biochemine sudėtimi, išvaizda (plačiau apie gleives skaitykite vadovėlio 6 skyriuje) ir funkcijomis. Gimdos kaklelio gleivės atlieka šias funkcijas:

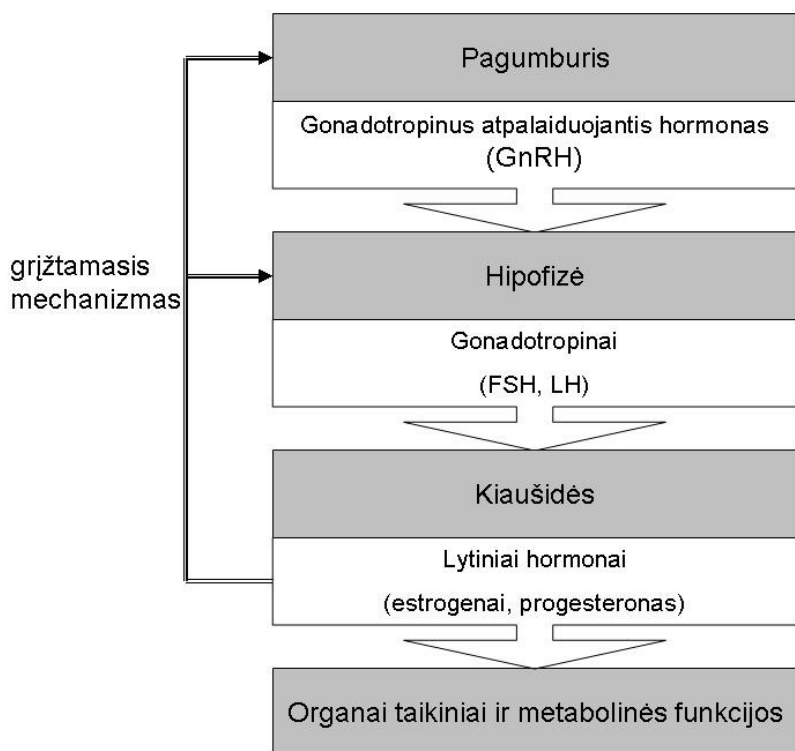
- palengvina lytinį aktą;
- leidžia sėklai lengviau patekti į gimdą;
- neutralizuoja rūgščią makšties terpę, kurioje spermatozoidai greitai žūsta;
- yra spermatozoidų maitinamoji terpė;
- filtruoja ir neleidžia prasiskverbti į gimdą nevisaverčiams spermatozoidams (biologinis filtras);
- apsaugo moters lytinius takus nuo infekcijų.

5.2.1.5. Makštis

Makštis yra elastingo vamzdelio pavidalo organas, jungiantis gimdą ir lytinę plyšį. Iki pirmųjų lytinių santykių makštį nuo išorinių lyties organų skiria mergystės plėvė. Lytinių santykių metu į makštį išteka sperma, pro makštį gimsta naujagimis. Raumeninės sienelės labai elastingos, todėl gimdymo metu spindis gali padidėti kelis kartus. Menstruacijų kraujas taip pat išteka iš gimdos pro makštį. Makštyje esančios pieno rūgšties bakterijos sudaro terpę, nepalankią daugintis įvairiems mikroorganizmams, patenkantiems nuo išorinių lyties organų ir išangės srities. Taip gimdos ertmė saugoma nuo infekcijos. Makšties gleivinė formuoja raukšles, jos ląstelės jautrios lytinių hormonų svyravimams moters organizme.

5.2.2. Moters lyties organų veiklos neurohormoninė reguliacija

Moters lyties organų vystymąsi, brendimą ir veiklą per CNS reguliuoja sudėtinga hormoninė sistema. Prasidedant mergaitės lytiniam brendimui padidėja posmegeninės liaukos (hipofizės) išskiriamų gonadotropinų (FSH ir LH) koncentracija. Kiaušidžių folikulai ima gaminti estrogenus, mergaitė auga, keičiasi jos kūno formos, plaukuotumas, vystosi krūtys, prasideda menstruacijos. Reguliarus menstruacinis ciklas tęsiasi visą vaisingą sveikos moters gyvenimo periodą, jį pertraukia tik nėštumas ir žindymas. Išsekus folikulų ištekliais, estrogenų gaminama vis mažiau, retėja ovuliacijos, kol įvyksta menopauzė. Visą šį sudėtingą procesą lemia daugybė hormonų ir kitų biologiškai aktyvių medžiagų. Informacija apie lyties organuose vykstančius kitimus perduodama į smegenų centrus ir slopinama arba skatinama jų reguliuojama veikla (8 pav.).



8 pav. Moters vaisingumą reguliuojanti pagumburio, hipofizės ir kiaušidžių sistema
(plg. Mühlenkamp W. B., Prokop U., Schulz W., Wagenknecht J., 1993)

Kiaušidžių sintetinami lytiniai hormonai – estrogenai ir progesteronas – būtini ne tik lytinių ląstelių brendimui, apvaisinimo proceso užtikrinimui ir lytinės sistemos paruošimui priimti apvaisintą kiaušialąstę, išnešioti ir pagimdyti sveiką kūdikį. Jie apskritai būtini moters organizmo darniam funkcionavimui ir bendrai moters sveikatai. Kiaušidžių lytinių hormonų poveikis moters lytinei sistemai ir bendrai organizmo veiklai aprašytas 2 lentelėje.

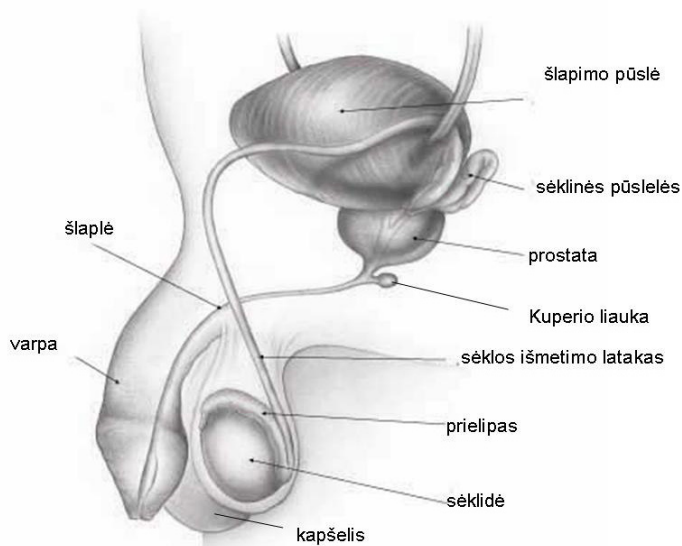
2 lentelė. Kiaušidžių hormonų poveikis (plg. Narbekovas, Obelenienė, Pukelis, 2008)

	Estrogenų įtaka moters organizmui	Progesterono įtaka moters organizmui
lytinei sistemai	Skatina lytinių organų vystymąsi, krūtų augimą ir pigmentaciją; skatina makšties epitelio augimą ir ragėjimą; svarbūs antrinių lytinių požymių vystymuisi	Skatina pieno liaukų vystymąsi
	Skatina gimdos kaklelio liaukas gaminti vaisingas gleives	Kaklelio liaukos gamina tik tirštas, lipnias, apsaugines gleives
	Gimdos kaklelis suminkštėja, pakyla ir atsiveria	Gimdos kaklelis nusileidžia, užsidaro, sukietėja
	Skatina vidinio gimdos sluoksnio (endometriumo) atsinaujinimą ir augimą po mėnesinių	Skatina gimdos gleivinės sekreciją, galutinai parengia gimdos gleivinę embriono implantacijai
	Skatina kiaušialąstės brendimą	Svarbus nėštumo palaikymui, progesteronas lemia bazinės kūno temperatūros (BKT) pakilimą
	Svarbūs lytinei elgsenai	Apriboja pirminių folikulų vystymąsi
bendrai organizmo veiklai	Skatina baltymų sintezę kepenyse, jie kraujyje prisijungia geležį, lytinius hormonus	Didina kvėpavimo centro jautrumą CO ₂
	Skatina kalcio kaupimąsi kauluose	Slopina centrinę nervų sistemą
	Skatina kraujo krešėjimą ir slopina antitrombino sintezę kepenyse	Mažina aminorūgščių kiekį serume, skatina azotinių medžiagų išsiskyrimą su šlapimu
	Plečia kapiliarus	
	Palaiko lytinės ir šlapimo sistemų struktūrų tonusą ir elastingumą	

5.3. Vyro vaisingumo sistema

5.3.1. Sėklidės ir sėklidės prielipas

Vyro lyties organams priklauso porinis organas – *sėklidės* (9 pav.). Sėklidės yra odos maišelyje, vadinamajame kapšelyje, esančiame kūno išorėje. Kapšelyje kūno temperatūra kiek žemesnė, tokia reikalinga spermatozoidams bręsti. Sėklidės padalytos į mažas atskiras skilteles, kuriose vingiuojasi sėkliniai kanalėliai. Šiuose vyro sėklidžių kanalėliuose iš juos dengiančių ląstelių vystosi vyro lytinės ląstelės – spermatozoidai. Tarp sėklidžių kanalėlių yra grupės didelių ląstelių, gaminančių vyriškus lytinius hormonus – androgenus. Visi sėklidės kanalėliai susijungia sėklidės centre ir atsiveria į *sėklidės prielipą*. Sėklidės prielipas yra virš sėklidės. Jis sudarytas iš labai vingiuoto latako. Sėklidės prielipe kaupiasi spermatozoidai, čia jie funkciškai subręsta. Rūgšti terpė apsaugo spermatozoidus nuo bereikalingo judėjimo ir energijos išsekvojimo. Apatinė sėklidės prielipo dalis yra spermatozoidų rezervuaras, ji pereina į sėklinį lataką. Šis rezervuaras gali būti ištuštinamas per trumpą laiko tarpą trijų ar keturių ejakuliacijų metu. Jis vėl prisipildo per dvi dienas.



9 pav. Vyro lytiniai organai

5.3.2. Sėklos išmetimo kanalas, sėklinės pūslelės, priešinė liauka ir Kuperio liauka

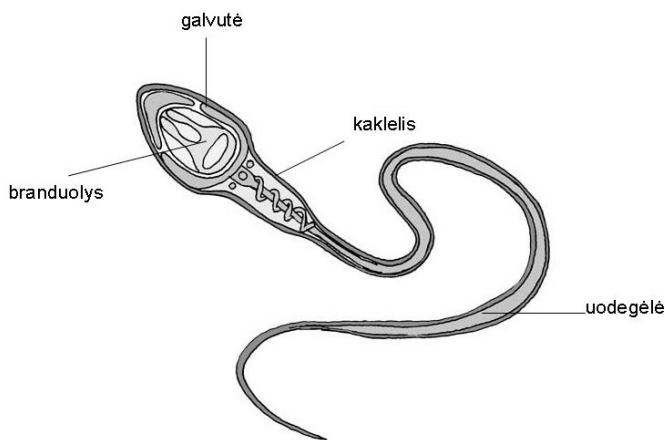
Du sėklidės prielipo kanalai veda į sėklinį lataką, arba *sėklos išmetimo kanalą*. Kiekvienas latakas kyla nuo kapšelio per kirkšninį kanalą į pilvo ertmę. Sėklinės pūslelės atsiveria į lataką kaip tik prieš jam patenkant į prostatos liauką. Tada latakas kerta prostatą ir atsiveria į šlaplę. Porinės *sėklinės pūslelės* gamina sekretą, kuris sudaro iki 60 proc. spermos tūrio. Sekretas yra šarminis ir padeda neutralizuoti rūgštinę makšties terpę – taip spermatozoidai apsaugomi nuo žūties. *Priešinę liauką* (prostatą) sudaro 30–50 išsišakojusių pūslelinių liaukų. Visas šias liaukas supas jungiamasis audinys, kuriame tarp liaukų pūslelių įvairiomis kryptimis eina stori pluoštai lygiųjų raumenų. Prostatos liaukos išskiria prostatos sekretą – tai šarminis, specifinio kvapo skystis, turintis baltymų ir lipidų. Manoma, kad šis skystis aktyvina spermatozoidus ar padidina jų judrumą. Prostatos sekretas sudaro 25–30 proc. spermos tūrio. Taigi sperma susidaro iš spermatozoidų, prostatos ir sėklinių pūslelių sekreto. Ji išteka per šlaplę, t. y. kanalą, kuriuo pasišalina šlapimas. Rūgštas šlapimas naikina spermatozoidus, todėl ties šlapimo pūslės pagrindu yra smulkus žiedinis sutraukiamasis raumuo – jis sėklos išmetimo metu aklina uždaro pūslę ir neleidžia nutekėti šlapimui. *Kuperio liauka* gamina skaidrų tąsų sekretą, išsiskiriantį prieš ejakuliaciją. Jis panaikina rūgštaus šlapimo likučius, dėl sekreto lengviau išteka sėkla ir varpa geriau slysta į makštį.

5.3.3. Varpa

Per vyro varpą sperma išskiriama iš organizmo ir patenka į moters makštį. Spermos išskyrimas vadinamas ejakuliacija. Varpoje esanti šlaplė per lytinį aktą tampa sėklos išmetimo kanalu. Varpa sudaryta iš akytkūnių, kurie dėl lytinio sujaudinimo prisipildo kraujo, todėl varpa tampa standi ir tiesi – įvyksta erekcija. Varpos erekciją ir ejakuliacijas kontroliuoja tam tikri stuburo smegenų centrai. Juos veikia jutimai: rega, klausa, uoslė, lytėjimas. Veikia teigiamos ir neigiamos emocijos.

5.3.4. Spermatozoidai

Spermatozoidas – tai vyriška lytinė ląstelė, galinti apvaisinti kiaušialąstę. Subrendęs spermatozoidas yra 0,06 mm ilgio ir matomas tik pro mikroskopą. Jį sudaro galvutė, kaklas ir uodegėlė (žr. 10 pav.).



10 pav. Spermatozoidas

Galvutėje yra ląstelės branduolys su visa genetinė informacija bei medžiaga, kuri padeda spermatozoidui įsiskverbti į kiaušinėlių. Kaklelyje yra energijos sistema, tiekianti spermatozoidui maistą ir leidžianti jam judėti. Uodegėlė – tai motoras, stumiantis spermos ląstelę pirmyn ir padedantis perplaukti per gimdą bei aukštyn kiaušintakiais link subrendusios kiaušialąstės.

Per ejakuliaciją išsiskiria maždaug nuo dviejų iki šešių mililitrų sėklos skysčio, kuriame yra nuo 300 iki 600 milijonų spermatozoidų. Šie skaičiai atrodo dar įspūdingesni žinant, jog kiaušialąstę apvaisins vienintelis spermatozoidas. Tokia spermatozoidų gausa reikalinga, kad užtikrintų vieno spermatozoido ilgesnį gyvavimą. (Panašiai yra ir gamtoje – augalai pagamina daugybę žiedadulkių.) 75 procentai spermatozoidų būna pirmame ejakuliacijos trečdalyje. Rūgštinėje makšties terpėje jie išlieka gyvybingi daugiausia vieną valandą. Labai vaisingose gimdos kaklelio gleivėse spermatozoidai gali išlikti gyvybingi 5–6 dienas. Vaisingos gleivės sukuria šarminę terpę ir leidžia išgyventi moters lytiniuose takuose. Jie kaupiasi gimdos kaklelio nišose, kol subręs kiaušialąstė. Apie jos pasirengimą apvaisinimui spermatozoidus informuoja pasikeitusios gleivės. Jos padeda spermatozoidams pasiekti kiaušialąstę, taip jie išsaugo apvaisinti būtiną energiją. Gleivėse esama polisacharidų, jais pasipildo spermatozoido kakleliuose esančios mitochondrijos, kad išsaugotų gebėjimą mosuoti uodegėle (1000 mostelėjimų pastumia spermatozoidą 1 cm į priekį, iš viso

reikia įveikti apie 15–18 cm), plaukti prieš srovę kiaušintakyje ir sukauptų galios, reikalingos prasiskverbti pro kiaušialąstės sienelę. Šioje ilgoje kelionėje iš tiesų vyksta tikros lenktynės. Pasiekę kiaušialąstę, spermatozoidai sutartinai veikdami pratirpina jų galvutėse esančiu fermentu kiaušialąstės sienelę, tačiau pro suplonėjusią vietą prasmunka tik vienas laimingasis. Kiaušialąstės apvalkalėlis užsiveria ir tampa nebepraeinamas likusiems.

Sveiko vyro sėklidėse gaminami sunkiai įsivaizduojami spermatozoidų kiekiai – 50 000 per minutę ir 72 milijonai per dieną. Nors vienam spermatozoidui subręsti reikia 60–72 dienų, jų gaminasi tiek daug, kad vyro sėklidėse visada yra pasiruošusių apvaisinti spermatozoidų. Senstant testosterono kiekis laipsniškai mažėja, nors spermatogenezė vyksta iki gyvenimo pabaigos. Todėl vyrams būdinga nenutrūkstanti lytinių ląstelių gamyba ir nuolatinis vaisingumas. Tačiau daugeliui spermatozoidų trūksta arba gebėjimo tinkamai judėti į priekį, arba ištvermės, ar – blogiausia – teisingos genetinės informacijos, tad genetiniu požiūriu vyriškosios lytinės ląstelės turi gerokai daugiau ydų nei kiaušialąstės (Nilsson, Hamburger, 2005, 25). Spermatozoidai deformuojasi daugiausia galvutės srityje. Beveik 85 proc. vyriškų lytinių ląstelių gali turėti kokių nors trūkumų. Vis dėlto jų gaminasi tiek daug ir taip sparčiai, kad vyro vaisingumui tai įtakos neturi. Šitas pažeistas lytines ląsteles nuo sveikųjų atskiria moters kūne esantis biologinis filtras – vaisingos gleivės.

Normali sėklinio skysčio sudėtis gali pakisti dėl streso arba pavartojus toksinių medžiagų, tokių kaip alkoholis ar nikotinas.

Vyro lyties organų vystymąsi ir funkciją per hormonų sekreciją reguliuoja CNS. Posmegeninė liauka (hipofizė), taip pat kaip ir moters, išskiria du gonadotropinius hormonus – FSH ir LH. FSH skatina spermos gamybą ir subrandina lytines ląsteles sėklidėse, o LH kontroliuoja vyriškųjų lytinių hormonų (androgenų) gamybą, iš kurių vyro vaisingumui svarbiausias testosteronas.

5.4. Bendras sutuoktinių vaisingumas

Yra tam tikri, ir moters, ir vyro vaisingumui būdingi dėsningumai:

Abiejų lyčių lytinės sistemos darni veikla:

- Priklauso nuo CNS, pagumburio, hipofizės ir lytinių liaukų hormonų veiklos.

- Tiek smegenų, tiek lytinių liaukų hormonai turi įtakos lytinių ląstelių brendimui.
- Moters ir vyro lytinės ląstelės turi po 23 chromosomas.
- Nauja gyvybė prasideda susiliejus vienai moteriškai ir vienai vyriškai lytinei ląstelei.
- Abiejų lyčių lytinių liaukų hormonai (moters kiaušidėse sintetinami lytiniai hormonai estrogenai ir progesteronas, vyro sėklidėse sintetinamas testosteronas) lemia pirminių ir antrinių lytinių požymių susiformavimą.

Palyginus 3 lentelėje pateiktus moters ir vyro vaisingumo požymius galima akivaizdžiai įsitikinti esminiais moters ir vyro vaisingumo skirtumais.

3 lentelė. *Moters ir vyro vaisingumo skirtumai*
(plg. Narbekovas, Obelenienė, Pukelis, 2008)

Požymiai	Moters	Vyro
Vaisinga (-as) per gyvenimą	Nuo lytinio brendimo pradžios iki 50 (± 5) metų	Nuo lytinio brendimo pradžios iki gilos senatvės
Vaisinga (-as) per mėnesį	8–10 dienų	Nuolat
Lytinės ląstelės dydis	Pati didžiausia žmogaus organizmo ląstelė, matoma plika akimi	Viena mažiausių ląstelių, 2000 kartų mažesnė už kiaušialąstę
Lytinės ląstelės gyvybingumas	Po ovuliacijos gali būti apvaisinta 24 val.	Patekusi į moters lytinius takus vaisingoje ciklo fazėje, išsaugo gebėjimą apvaisinti kiaušialąstę 6 paras, nevaisingoje ciklo fazėje – tik kelias valandas
Lytinių ląstelių skaičius	Subręsta viena kiaušialąstė per mėnesį ir apie 400 per visą moters gyvenimą. Mergaitė gimsta turėdama baigtinį folikulų užuomazgų kiekį	Apie 1000 vnt. per sekundę; 300–500 milijonų per vieną lytinį aktą
Lytinių ląstelių brendimo vieta	Vidiniuose lyties organuose – kiaušidėse	Išoriniuose lyties organuose – sėklidėse
Genetinė informacija	Nenulemia vaiko lyties	Nulemia vaiko lytį
Prokreacinis aktas	Prasideda lytiniu aktu, vyksta savo kūne	Pasibaigia lytiniu aktu, vyksta svetimame kūne
Lytinių ląstelių brendimas	Cikliškas	Nuolatinis
Lytinių liaukų hormonai	Estrogenai, progesteronas	Testosteronas

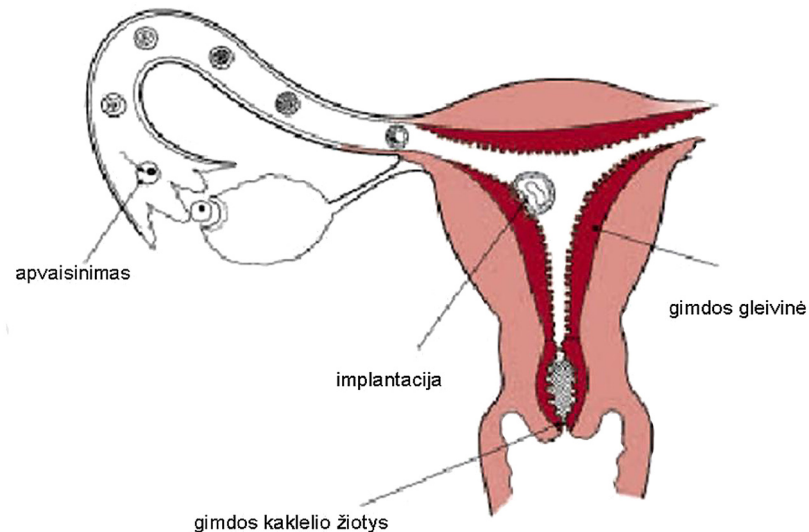
Remiantis šiuo palyginimu galima daryti vieną svarbiausių išvadų apie moters ir vyro vaisingumą.

Moters vaisingumas yra kintantis. Moteris yra vaisinga tik tam tikrą savo gyvenimo dalį ir tik kelias dienas per mėnesį. Ji subrandina tik vieną lytinę ląstelę per mėnesį, kelis šimtus per gyvenimą ir gimsta turėdama tam tikrą lytinių ląstelių užuomazgų skaičių. *Vyro vaisingumas yra nuolatinis.* Vyras yra nuolat vaisingas, jo lytinės ląstelės gaminasi nuolat, jų daug. Berniukai negimsta su lytinių ląstelių užuomazgomis.

Atsižvelgiant į šiuos skirtumus, galima teigti, jog sutuoktinių vaisingumas yra bendras, t. y. sutuoktiniai vaisingi ir gali pradėti kūdikį tik moters mėnesinių ciklo vaisingo periodo metu – ribotą dienų skaičių per mėnesį. Vadinas, siekiant pažinti vaisingumą ir jį valdyti, būtina pažinti ir stebėti moters menstruacinio ciklo kitimus.

5.4.1. Apvaisinimas

Apvaisinimas (žr. 11 pav.) įvyksta išoriniame kiaušintakio trečdalyje. Iki šio momento spermatozoidai įveikia beveik 20 cm atstumą moters lytiniais takais. Spermatozoidai nukeliauja savo kūno ilgio atstumą per sekundę, taigi jiems prireikia maždaug valandos, kad pasiektų išorinį kiaušintakio trečdalį.



11 pav. Moters vidinių lyties organų ir apvaisinimo schema

Spermatozoidams prisiartinus prie kiaušialąstės, juos ima traukti kiaušialąstės išskiriamos cheminės medžiagos. Nors paprastai kiaušialąstę pasiekia daug spermatozoidų, apvaisinimo momentu tik vienas jų, fermentams padedant, prasiskverbia pro išorinį kiaušialąstės sluoksnį ir susilieja su kiaušialąste. Nauja gyvybė prasideda įvykus apvaisinimui. Po to preimplantacinis vienos ląstelės embrionas susikuria barjerą, apsaugantį nuo kitų spermatozoidų įsiskverbimo.

Naujo žmogaus bruožai ir lytis nulemiami kiaušialąstės ir spermatozoido susiliejimo momentu. Iš karto po apvaisinimo vienos ląstelės embrionas pradeda augti nuolat dalydamasis į naujas ląsteles. Praėjus maždaug 30 valandų po apvaisinimo, embrioną sudaro dvi ląstelės. Po 68 valandų jau yra 16 ląstelių. Tuo pat metu embrionas, padedant kiaušintakį dengiantiems plaukeliams (*cilia*) ir susitraukiant kiaušintakio raumenims, nešamas link gimdos. Embrionui pasiekus gimdą, gimdos gleivinė jau būna pasiruošusi implantacijai ir nėštumui. Praėjus maždaug 6–9 dienoms po apvaisinimo, embrionas įsitvirtina gimdos sienelėje, kur gyvena ateinančius devynis mėnesius.

Kaip minėjome, vaisingumas nėra asmeninė savybė, jam išsiskleisti reikia kitos lyties asmens, t. y. tik moters dėka vyras tampa tėvu ir tik vyro dėka moteris tampa motina. Todėl galima teigti, jog vaisingumas yra bendra savybė. Tačiau tam, kad galėtų prasidėti nauja gyvybė, nepakanka dviejų skirtingų lytinių ląstelių. Gyvybei pradėti būtini šeši tarpusavyje derantys komponentai:

1. Sveika ir gyvybinga kiaušialąstė;
2. Sveiki ir gyvybingi spermatozoidai;
3. Sveiki kiaušintakiai, nes viename iš jų įvyksta apvaisinimas;
4. Sveikas vidinis gimdos sluoksnis, nes jame įsitvirtina pradėta nauja gyvybė;
5. Vaisingos gleivės, nes tik dėl jų spermatozoidai išlieka gyvybingi ir gali apvaisinti kiaušialąstę;
6. Darnūs sutuoktinių santykiai.

Savikontrolės klausimai

1. Išvardykite dvi kiaušintakio funkcijas.
2. Nurodykite tris gimdos kaklelio funkcijas.
3. Išvardykite dvi kapšelio funkcijas.
4. Parašykite dvi sėklinių pūslelių funkcijas.
5. Išvardykite tris moters hipofizės išskiriamus hormonus.
6. Kokie lytiniai hormonai gaminasi kiaušidėse?
7. Koks vyriškasis hormonas gaminasi sėklidėse?
8. Kiek gali išgyventi spermatozoidai vaisingose gleivėse? Kodėl?
9. Kur apvaisinamas kiaušinėlis?
10. Išvardykite gimdos kaklelio gleivių tipus ir jų funkcijas.

Literatūra

1. Berek J. S. (2002). Novak's gynecology. 13th ed. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins.
2. Kėvelaitis E., Illert M., Hultborn H. (2006). Žmogaus fiziologija. Antroji pataisyta ir papildyta laida. Kaunas: Kauno medicinos universiteto leidykla.
3. Mühlenkamp W. B., Prokop U., Schulz W., Wagenknecht J. (1993). Hormonal contraception. Berlin: Central Biological Research Information and Standards.
4. Nadišauskienė R. (sudarytoja) (2008). Ginekologija. Antrasis papildytas ir pataisytas leidimas. Kaunas: Vitae Litera.
5. Nadišauskienė R. (sudarytoja) (2008). Ginekologinė endokrinologija. Antrasis papildytas ir pataisytas leidimas. Kaunas: Vitae Litera.
6. Narbekovas A., Obelenienė B., Pukelis K. (2008). Lytiškumo ugdymo etika. Kaunas: VDU.
7. Narbekovas A., Obelenienė B., Rudzinskas V. (2004). Meilė ir pasirengimas šeimai: vaisingumo pažinimas. Kaunas: VDU.
8. Nilsson L., Hamberger L. (2005). Gimimas. Vilnius: Charibdė.
9. Nofziger M. (1988). Signs of fertility: the personal science of natural birth control. Nashville: MND Publishing, Inc.
10. Speroff L., Glass R. H., Kare N. G. (1999). Clinical Gynecologic Endocrinology and Infertility. 6th ed. Baltimore.

6 skyrius

MENSTRUACINIS CIKLAS IR VAISINGUMO POŽYMAI

6.1. Menstruacinis ciklas

Menstruacinis ciklas, kurio kitimus būtina stebėti bei atpažinti siekiant nustatyti laikotarpį, kada moteris gali pastoti, yra dinamiškas, sudėtingas procesas. Jį reguliuoja centrinė nervų sistema: aukštesnieji centrai mediatoriais valdo pagumburio veiklą. Pagumburis išskiria GnRH į hipofizę, kuri cikliška išskiria gonadotropinus FSH bei LH ir reaguoja į kiaušidžių išskiriamų hormonų – estrogenų ir progesterono – lygį kraujyje.

Kiekvienos moters menstruacinis ciklas yra skirtingos trukmės. Jis gali tęstis nuo 23 iki 35 dienų. Netgi tos pačios moters kiekvienas ciklas gali būti skirtingos trukmės. Tik nedaugelio moterų ciklai absoliučiai reguliarūs. Nepriklausomai nuo ciklo trukmės, laikotarpis, kai moteris gali pastoti, tame cikle yra labai trumpas (Flynn, Brooks, 1990, 28). Ciklo trukmei turi įtakos bendra organizmo būklė, kurią veikia stresas, liga, kelionė, egzaminai ir kt.

Menstruacinis ciklas prasideda pirmąją menstruacijų dieną ir trunka iki paskutinės dienos prieš kitas menstruacijas. Jo metu vykstančius kitimus galima suskirstyti į tam tikras fazes, atsižvelgiant į tai, kokie pokyčiai ir kur vyksta. T. y. pagal (žr. 12 pav.):

- gonadotropinų išsiskyrimą (2 fazės: FSH ir LH);
- kiaušidžių išskiriamus lytinius hormonus (2 fazės: estrogeninė ir progesteroninė);
- ovuliaciją (skiriamos 3 fazės: ikiovuliacinė, ovuliacinė ir poovuliacinė);

- kiaušidžių veiklą (3 fazės: folikulų brendimo, ovuliacijos ir geltonkūnio);
- gimdos gleivinės kitimą (4 fazės: atsinaujinimo, proliferacijos, sekrecijos ir kraujavimo);
- vaisingumą, t.y. laikotarpį, kai moteris gali pastoti;
- bazinę kūno temperatūrą (2 fazės: žemos temperatūros ir pakilusios temperatūros).

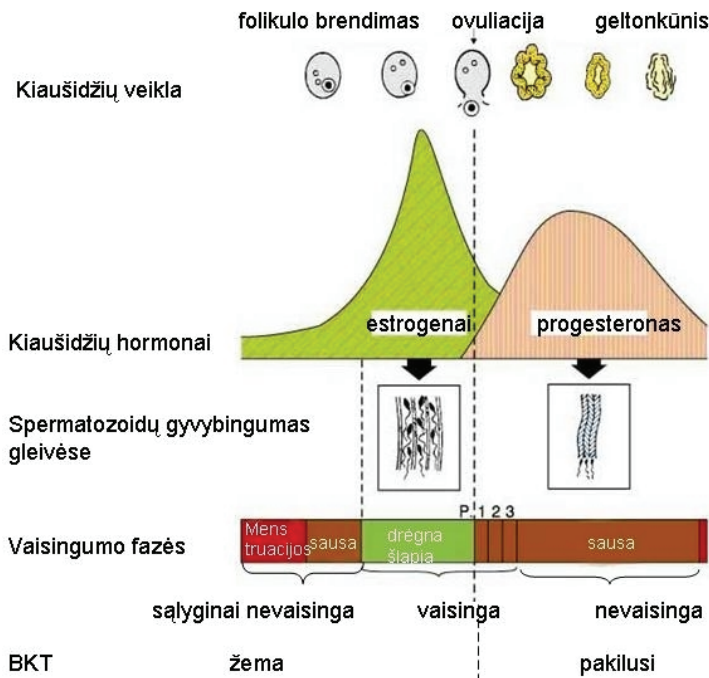
Siekiant pažinti vaisingumą, menstruacinį ciklą patogiau skirstyti remiantis ovuliacijos ir vaisingumo kriterijais. Skiriamos trys menstruacinio ciklo fazės:

I – ankstyvoji nevaisinga fazė, arba ikiovuliacinė;

II – vaisinga fazė, arba ovuliacinė,

III – nevaisinga fazė, arba poovuliacinė.

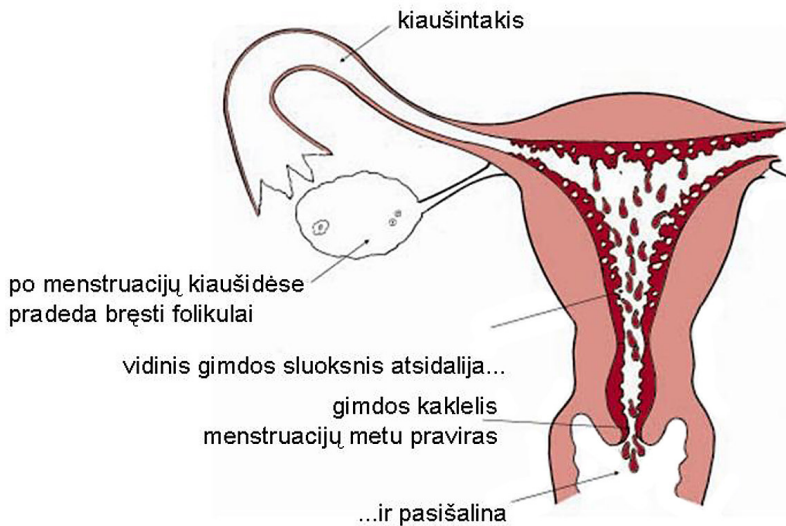
Kiekvienoje iš šių fazių vyksta skirtingi pokyčiai moters organizme.



12 pav. Menstruacinio ciklo fazės

I – ankstyvoji nevaisinga fazė (ANF), dar vadinama ikiovuliacine faze. Ši fazė laikoma santykinai nevaisinga (Flynn, Brooks, 1990, 33). Ji prasideda pirmąją menstruacijų dieną ir baigiasi paskutinę dieną, kai nebuvo pastebėta ar pajauta vaisingų gleivių. Estrogenų ir progesterono būna nedaug, jie neslopina GnRH išsiskyrimo pagumburyje. Šioje fazėje (žr. 13 pav.):

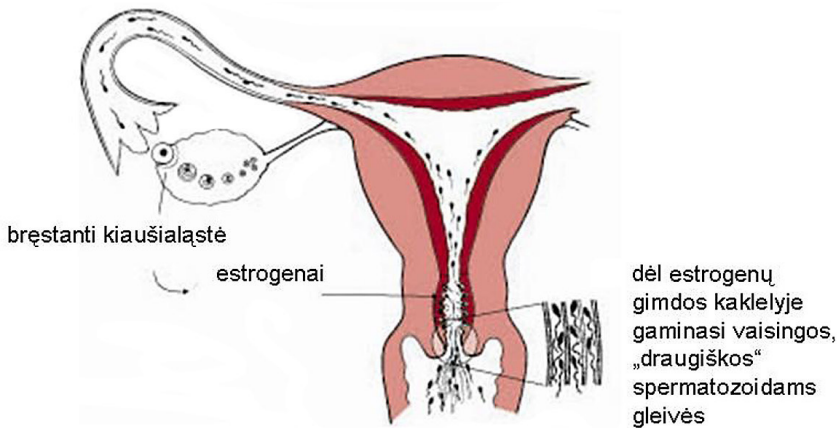
- prasideda ir baigiasi menstruacijos – pasišalina atsidalijęs vidinis gimdos gleivinės sluoksnis;
- po menstruacijų gimdos kaklelis nusileidžia, užsidaro ir sukietėja;
- gimdos kaklelyje gaminasi tirštos apsauginės gleivės, užklijuojančios gimdos kaklį ir nepraleidžiančios spermatozoidų, todėl apvaisinimas neįmanomas;
- hipofizė, veikiamą pagumburio GnRH, išskiria FSH;
- kiaušidėje pradeda bręsti folikulai.



13 pav. Ankstyvojoje nevaisingoje (ikiovuliacinėje) fazėje vykstantys pokyčiai

II – vaisinga fazė (ovuliacinė). Prasideda pirmąją vaisingų gleivių pasirodymo dieną ir baigiasi praėjus kelioms dienoms po ovuliacijos. Šioje fazėje spermatozoidai, patekę į moters lytinius takus, gali apvaisinti po ovuliacijos išsilaisvinusią kiaušialąstę. Vaisinga fazė yra labai dinamiška. Vykstančius joje fiziologinius pokyčius santykinai galima suskirstyti į pokyčius iki ovuliacijos ir po jos.

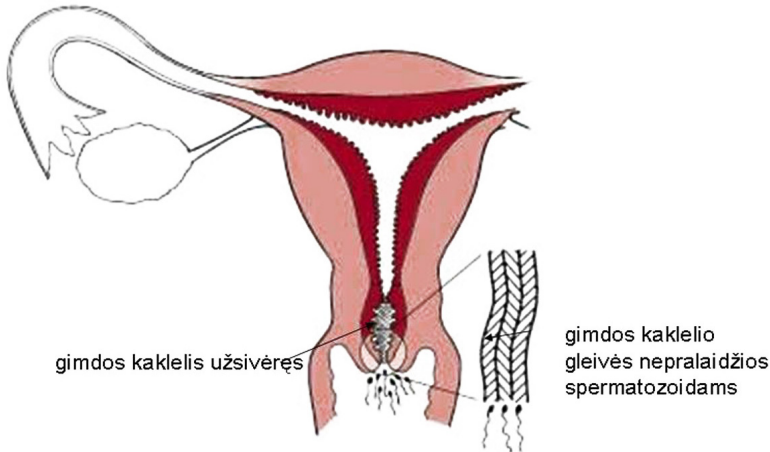
Iki ovuliacijos (žr. 14 pav.):



14 pav. Vaisingoje (ovuliacinėje) ciklo fazėje vykstantys pokyčiai

- bręstantis kiaušidėje folikulas išskiria vis daugiau estrogenų, jų maksimumas kraujyje pasiekiamas, kai folikule subręsta kiaušialąstė;
- dėl estrogenų pradeda storėti vidinis gimdos gleivinės sluoksnis;
- gimdos kaklelis pakyla, suminkštėja, atsiveria. Intensyvėja jo liaukų veikla;
- gimdos kaklelyje gausėja vaisingų gleivių, kuriose spermatozoidai gali išlikti gyvybingi (išsaugoti gebėjimą apvaisinti kiaušialąstę) nuo 3–6 parų;
- dėl estrogenų poveikio stimuliuojamos makšties sienelės liaukos, makštis tampa slidi ir drėgna;
- ciklo viduryje estrogenų koncentracija kraujyje labai padidėja ir išsilaiko apie 50 val. Estrogenai veikia smegenų liaukas, hipofizę, veikiama pagumburio GnRH, išskiria ovuliaciją skatinantį LH;
- subrendusi kiaušialąstė išsilaisvina iš folikulo – įvyksta ovuliacija. Po ovuliacijos kiaušialąstė išlieka gyvybinga tik iki 24 val.

Po ovuliacijos (žr. 15 pav.):



15 pav. Po ovuliacijos vykstantys pokyčiai

- plyšusio folikulo vietoje pradeda formuotis geltonkūnis (*corpus luteum*), gaminantis progesteroną;
- progesterono lygis kraujyje pakyla;
- kiaušidžių lytiniai hormonai per kraują patenka į hipofizę ir slopina gonadotropinių hormonų išsiskyrimą, todėl nauji užuomazginiai folikulai toliau nebesivysto ir galutinai sunyksta;
- pakyla bazinė kūno temperatūra (BKT), ją lemia progesterono kiekio padidėjimas. BKT po ovuliacijos pakyla 0,2 °C;
- gimdos kaklelis vėl nusileidžia, sukietėja ir užsidaro. Jame vėl pasigamina apsauginių gleivių, užklįjuojančių gimdos kaklelio kanalą.

Vaisinga fazė, kaip ir ikiovuliacinė, trunka nevienodai. Jos trukmė priklauso nuo:

- kiaušialąstės gyvybingumo;
- spermatozoidų gyvybingumo;
- nuo moters amžiaus, gimdymų skaičiaus ir kt.

III – nevaisinga fazė (NF) (poovuliacinė). Ši fazė laikoma absoliutaus nevaisingumo faze (t. y. tuo metu neįmanoma pastoti) (Flynn, Brooks, 1990, 33). Ji prasideda praėjus kelioms dienoms po ovuliacijos ir tęsiasi iki paskutinės dienos prieš naujo ciklo menstruacijų pradžią. Per šią ciklo fazę (žr. 15 pav.):

- progesterono veikiama gimdos gleivinė išveša, jos liaukos darosi vingiuotesnės, ji pasiruošia priimti naują gyvybę;
- gimdos kaklelis kietas, nusileidęs, užsidaręs, užklijuotas tirštomis apsauginėmis gleivėmis;
- BKT išlieka pakilusi iki kitų mėnesinių pradžios.
- jei neįvyko apvaisinimas ir implantacija, geltonasis kūnas sunyksta, labai sumažėja lytinių hormonų gamyba, jie nebepalaiko gimdos gleivinės, funkcinis gimdos gleivinės sluoksnis atsidalija ir prasideda menstruacijos.

Priešingai nei prieš tai buvusios, ši fazė visada trunka panašiai – vidutiniškai 10–16 dienų (Flynn, Brooks, 1990, 34).

Vaisingumą leidžia pažinti pokyčių, vykstančių skirtingų ciklo fazių metu, kasdienis stebėjimas. Išoriškai stebimi gali būti tik tie kitimai, kuriuos sukelia kiaušidžių išskiriami hormonai (Pyper, Knight, 2001, 104): gimdos kaklelio gleivių pokyčiai, gimdos kaklelio kitimai, BKT pakilimas. Šie išoriškai stebimi pokyčiai vadinami **pagrindiniais vaisingumo požymiais**. Ciklinis hormonų svyravimas veikia moters savijautą ir netgi išvaizdą. Moteris gali jausti didesnę mieguistumą prieš menstruacijas, pilvo skausmus, būdinga nuotaikų ir apetito kaita, pastebimas veido ir galvos odos riebalinių liaukų veiklos suintensyvėjimas ir pan. Šie požymiai taip pat padeda pažinti savo vaisingumą. Todėl vaisingumo požymius galima skirti į pagrindinius ir papildomus (žr. 4 lentelę).

4 lentelė. Vaisingumo požymiai

Pagrindiniai požymiai	Papildomi požymiai
• Gimdos kaklelio gleivių kitimai • Bazinės kūno temperatūros pokyčiai • Gimdos kaklelio kitimai	• Ciklo vidurio skausmas • Padidėjęs krūtų jautrumas • Nuotaikos, apetito kaita ir kt.

6.2. Gimdos kaklelio gleivės ir jų kitimai

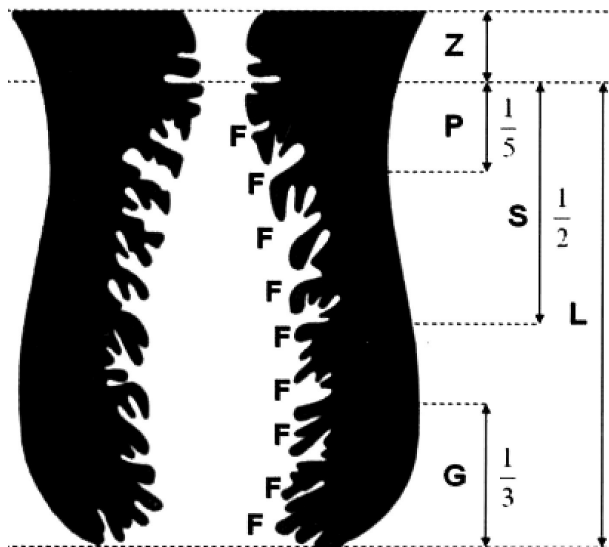
6.2.1. Kaip atrastos gimdos kaklelio gleivės

Pirmą kartą apie gimdos kaklelio gleives medicininėje literatūroje užsiminta XIX amžiaus viduryje. 1930 m. mokslininkai J. Séguy ir H. Simonnet gausių ir tasių gleivių pasirodymą moters ciklo metu susiejo su artėjančia ovuliacija. 1948 m. mokslo žurnale „Acta Obstetrics and Gynaecology of Scandinavia“ pirmą kartą aprašyta vaisingų gleivių kristalizacija. Tai buvo svarbus atradimas, leidęs nustatyti gleivių tipus. Iki XX a. šeštojo dešimtmečio vidurio manyta, jog tam tikru ciklo laiku pasirodančias skirtingas gleives gamina tos pačios gimdos kaklelio nišos. 1966 m. švedų mokslininkas Erikas Odebladas įrodė, jog atskirų tipų gleives gamina tam tikros gimdos kaklelio nišos (Odeblad, Ingelman-Sundberg, Menarguez ir kt., 2004). 1968 m. E. Odebladas aprašė dvi rūšis nišų: vienos gaminasi E tipo (didelio klampumo, besikristalizuojančios), kitose – G tipo (mažo klampumo, nesikristalizuojančios) gleivės. Gleivės tipologizuotos pagal kiaušidžių hormonus, kurie veikia gleivių gamybą. T. y. E tipo gleivių gamybą skatina estrogenai, G tipo gleivių – progesteronas (angl. *gestagen*). Atsiradus naujai diagnostikos technologijai – branduoliniam magnetiniam rezonansui – tapo aišku, jog E tipo gleives sudaro dviejų skirtingų rūšių gleivės, jos pavadintos L ir S tipo gleivėmis. Gleivės pavadintos pagal gleivių funkcijų (anglų kalba) pirmąsias raides: S – *sperm conducting* – spermatozoidų pralaidumas, L – *locking in low-quality spermatozoa* – nekokybiškų spermatozoidų blokavimas (Odeblad, 2004).

1983 metais prof. E. Odebladas kartu su gydytojų sutuoktinių pora Johnu bei Evelyn Billingsais ir Jamesu B. Brownu nustatė, kaip susiję kiaušidžių lytiniai hormonai ir gleivių tipai. Jie ištyrė, kad L tipo gleivių gamybą skatina vidutinė ir didėjanti estrogenų koncentracija kraujyje, o S tipo gleivės atsiranda esant didelei estrogenų koncentracijai. Vėliau E. Odebladas nustatė, jog S tipo gleivės taip pat priklauso ir nuo noradrenalino (Odeblad, 1994).

Po daugelio metų tyrimų išaiškėjo, kad artėjant ovuliacijai pasirodo dar vieno tipo gleivės. Jos buvo tipologizuotos ir aprašytos E. Odeblado 1990 metais. Tai vadinamosios P gleivės, pavadintos pagal pirmąją termino *peak* (gleivių pikas) raidę. P gleivės atsiranda gleivių piko dienomis. Šios gleivės kristalizuojasi į specifinius, skirtingos simetrijos kristalus: dvigubos

simetrijos (P_2 gleivės) ar šešiagubos (P_6), pastarosios kristalizuojasi į snaiges primenančias konfigūracijas. Jų pasirodymo dienomis padaugėja ir mukolitinio fermento, nutekančio iš gimdos sąsmaukos. P gleivės, anot E. Odeblad, atlieka skirtingas funkcijas: P_2 gleivės veikia mukolitiškai, o P_6 nukreipia spermatozoidus nuo S gleivės gaminančių gimdos kaklelio nišų link gimdos (Odeblad, 2004). 1993 m. pabaigoje nustatytas dar vienas gleivių tipas, jo kilmė nėra aiški. Išsami 600 ciklų (jie buvo stebėti 2–4 metus) analizė parodė, jog daugelis jaunų moterų aprašė gleives, kurių nebuvo galima priskirti jokiame iš žinomų tipų. Medicininė apžiūra patvirtino, kad šios gleivės nėra kokios nors ligos požymis. Dauguma moterų buvo netekėjusios ir neturėjo lytinių santykių. Mikroskopinė gleivių analizė parodė, jog šios gleivės panašios į „G–“ ar „G+“ gleives, tačiau būdingų šioms gleivėms leukocitų ir limfocitų neaptikta. Galiausiai išsiaiškinta, kad šias gleives gamina ne gimdos kaklelio nišos, bet gimdos kaklelio sienelių (epitelio) ląstelės. Todėl šios gleivės pavadintos F (angl. *fundamental* – pagrindinės) gleivėmis (Odeblad, 1994), jos aptinkamos visame gimdos kaklelio kanale (žr. 16 pav.):



16 pav. Gimdos kaklelio skerspjūvis ir gleivių gamybos vieta
(plg. Odeblad, Ingelman-Sundberg, Menarguez ir kt., 2004)

Pastaraisiais metais E. Odebladas ir jo mokinė Micaela Menarguez daugiausia atlieka gleivių molekulinis tyrimus, tiria įvairių veiksmų įtaką gleivių gamybai bei pastojimui.

Minėti tyrimai atskleidė, jog dėl gleivių gamybos gimdos kaklelis yra itin svarbus vaisingumui. Gleivių gamyba labai tiksli, jai įtaką daro įvairūs veiksniai, ypač infekcijos ir hormonų pokyčiai. Moteriai senstant keičiasi gimdos kaklelio nišose esančių ląstelių, gaminančių skirtingas gleives, santykis. Jaunų merginų gimdos kaklelyje vyrauja S gleives gaminančios ląstelės. Pvz., dvidešimtmetės ciklo S tipo gleivių sekrecija stebima 4–5 dienas, o 35 metų moters – tik 1–2 dienas. E. Odeblado atlikti tyrimai patvirtino, kad moters amžius ir S gleivių gamyba yra glaudžiai susiję. Artėjant menopauzei daugėja G gleives gaminančių nišų. Kiekvienas nėštumas pristabdo gimdos kaklelio senėjimo procesą (t. y. padaugėja S gleives gaminančių nišų), o hormoniniai kontraceptikai paspartina. Hormoninę kontracepciją 10–15 metų naudojusiai moteriai gali būti sunku pastoti. Tyrimai parodė, jog tokiais atvejais būna mažai S gleives gaminančių nišų, taip pat pastebimas susiaurėjęs gimdos kaklelio kanalėlis (Odeblad, 1994).

6.2.2. Gimdos kaklelio gleivių tipai ir jų funkcijos

Kaip buvo minėta, gimdos kaklelio nišos, priklausomai nuo lytinių hormonų, per skirtingas ciklo fazes gamina tam tikro tipo gleives: G, L, S, P. Gleives paprastai sudaro dvi sudedamosios dalys: mucinas ir vanduo, kuriame yra ištirpusių įvairių komponentų (Odeblad, 2002).

G tipo gleivių pasirodo padaugėjus progesterono, t. y. nevaisingoje fazėje. Išskirti du G gleivių potipiai: „G–“ atsiranda tuoj po mėnesinių, „G+“ – po ovuliacijos. Šios gleivės tirštos, nesikristalizuoja, jose yra 90 proc. vandens. G gleivės sudaro makromolekulinį tinklą, todėl nepralaidžios spermatozoidams. Šiose gleivėse esama leukocitų, limfocitų, makrofagų ir imunoglobulinų, todėl jos sukuria mikrobu dauginimuisi nepalankią terpę (Odeblad, Menarguez, Ingelman-Sundberg, 2004). G gleivės atlieka apsauginį vaidmenį – užkliauja gimdos kaklelį tuoj po menstruacijų ir po ovuliacijos – taip moters lytiniai takai saugomi nuo infekcijos. Nėštumo metu šios gleivės sudaro kamštį, sandariai užkliaujantį gimdos kaklelio angą visus 9 nėštumo mėnesius.

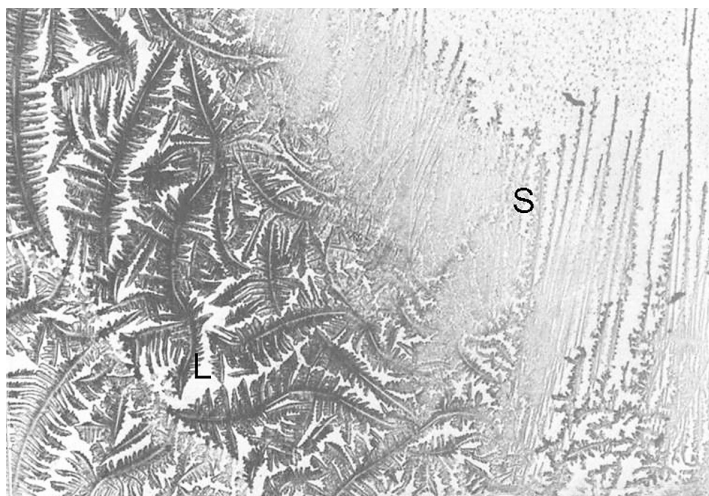
L tipo gleivės gaminasi visame gimdos kaklelyje. Jos yra tarsi biologinis filtras. L gleivės pradeda gamintis vaisingos fazės metu – esant

vidutinei ir didėjančiai estrogenų koncentracijai. Šios gleivės atlieka keletą labai svarbių funkcijų:

- jų pH šarminė, todėl L gleivės neutralizuoja rūgščių makšties terpę ir apsaugo spermatozoidus;
- sulaiko ir nepraleidžia į gimdą nevisaverčių spermatozoidų;
- mechaniškai palaiko S gleivių struktūrą (Odeblad, 1994).

Gleivėse yra 95–96 proc. vandens, jame yra ištirpusių natrio ir kalio jonų, todėl šios gleivės kristalizuojasi sudarydamos panašius į paparčio lapą kristalus (žr. 17 pav.). Šiuo požymiu naudojamosi atpažįstant vaisinę fazę instrumentiniu būdu.

S tipo gleivės gaminasi viršutinėje gimdos kaklelio dalyje, kraujyje esant didelei estrogenų koncentracijai. Tai pačios skysčiausios gleivės, jas sudaro iki 98 proc. vandens. Padedami šių gleivių spermatozoidai geba nuplaukti iki kiaušinėlio ir jį apvaisinti. S gleivės kristalizuojasi. Gleivių kristalai sudaro lygiagrečių linijų struktūras. S gleivės – pačios vaisingiausios gleivės, t. y. jose ilgiausiai išgyvena spermatozoidai. Tiriant magnetiniu rezonansu paaiškėjo, kad spermatozoidams judėti kiaušialąstės link padeda šiose gleivėse esantis vanduo (Odeblad, 1994).



17 pav. Gimdos kaklelio gleivių kristalizacija.

L gleivės išsidėsto paparčio lapų formos kristalais.

Gyvybingi spermatozoidai S gleivėmis lyg kanalėliais plaukia gimdos kaklelio kanalu
(Billings, Westmore, 1992, 209)

Mucino pluošteliai S gleivėse išsidėsto išilgai gimdos kaklelio kanalo (žr. 17 pav.) Iš šonų jie apsupti L gleivių, sudarančių paparčio lapų formos kristalus. Gyvybingi spermatozoidai S gleivių suformuotais kanalėliais kyla aukštyn gimdos kaklelio kanalu. Ovuliacijos metu kaklelyje būna apie 400 šių kanalėlių, kurie yra tarsi biologiniai vartai, per kuriuos spermatozoidai patenka į kiaušintakius tam, kad apvaisintų kiaušialąstę (Billings, Westmore, 1992). Didesnė spermatozoidų dalis kelioms valandoms ar net dienoms apsistoja kaklelio nišose, o blogiau judantys įklimpsta tirštesnėse L gleivėse. Vyksta akivaizdi filtracija, nes normalių spermatozoidų, aptinkamų pilvo ertmėje, būna daugiau negu normalių spermatozoidų gimdos kaklelio gleivėse (Odeblad, 1994).

5 lentelėje nurodyta gimdos kaklelio visų tipų gleivių biosintezės vieta, gleivių funkcijos ir biosintezę veikiantys hormonai.

5 lentelė. Gimdos kaklelio gleivių biosintezės vieta, biosintezę veikiantys hormonai ir gleivių funkcijos

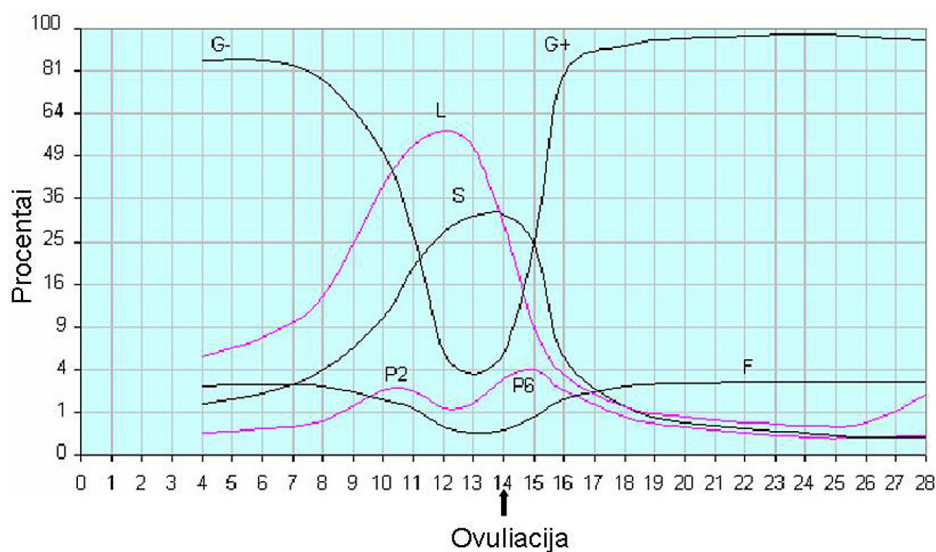
Kaklelio nišos	Gleivių tipas	Biosintezės vieta gimdos kaklelyje	Veikia hormonas	Aptinkamos ląstelės				Atliekama funkcija
				Le*	Ly*	E*	S*	
G	G–	Apatinis trečdalis	Žemas progesterono lygis	++	++	++	–	Apsauginė Nepralaidžios spermatozoidams
	G+	Apatinis trečdalis	Aukštas progesterono lygis	+++	+++	+++	–	
L	L	Visas kaklelis	Augantis estrogeno lygis	(+)	–	–	+	Sulaiko nevisaverčius spermatozoidus
S	S	Viršutinė pusė	Aukštas estrogenų lygis	–	–	–	++	Palaiko sveikų spermatozoidų gebėjimą plaukti ir nukreipia juos link kiaušintakio
P	P ₆	Viršutinis penktadalis	Aukštas ir krentantis estrogenų lygis Estrogenai	(+)	–	(+)	–	Nukreipia spermatozoidus nuo S gleivės gaminančių nišų Mukolizė
	P ₂			(+)	–	(+)	–	

*Le – leukocitai; Ly – limfocitai; E – epitelio ląstelės; S – spermatozoidai praėjus 12 val. po lytinio akto.

6.2.3. Gimdos kaklelio gleivių kitimų stebėjimas

6.2.3.1. Gleivių kitimai

Gleives apibūdina tokie jų požymiai, kaip klampumas, tūsumas, skaidrumas, spermatozoidų pralaidumas. Gleivės, ištekančios iš gimdos kaklelio išorėn, yra visų gleivių (G, L, S, P₂ ir P₆) mišinys, jo sudėtis priklauso nuo ciklo fazės (Odeblad, 2002). 18 pav. pavaizduotos 32 ciklų vidutinės gleivių kreivės – jos rodo gleivių kitimą skirtingomis ciklo dienomis. Gleivėse visada yra nedidelis kiekis išskyrų, nepriklausančių nė vienam iš anksčiau išvardytų 5 gleivių tipų. Tai gali būti įvairios kilmės – makšties, netgi kiaušintakių – išskyros, kurios ir sudaro F gleives (Odeblad, 2002).



18 pav. Gimdos kaklelio skirtingų gleivių gamybos dinamika ciklo dienomis (plg. Odeblad, 2002)

Žinant, koks kiaušidžių hormonas lemia gleivių atsiradimą, taip pat nustatius gleivių pralaidumą spermatozoidams, gleives santykinai galima skirti į vaisingas ir nevaisingas.

- nevaisingoms gleivėms būdinga pastovi, nesikeičianti išvaizda ir konsistencija. Tai G gleivės. Moteris gali jausti drėgnumą arba sausumą. Šios gleivės gimdos kaklelyje pasirodo ciklo pradžioje, tuoj

po menstruacijų, jos užpildo kaklelio kanalą ir yra lyg apsauginis barjeras. Tai klampus ir tamprus, spermatozoidams nepralaidus kamštis. Moteris gali pastebėti išorėje nedidelį šių gleivių kiekį, jei gleivės atitrūksta ir patenka į vulvą (Odeblad, 2002).

- vaisingos gleivės (pralaidžios spermatozoidams) yra besikeičiančios išvaizdos ir konsistencijos. L, S, P gleivės atsiranda padidėjus estrogenų koncentracijai kraujyje (tada gimdos kaklelio L nišos pradeda gaminti vaisingas gleives). Vaisingos gleivės yra mažiau klampios ir dažniausiai pasirodo išorėje. Šių gleivių atsiradimą lemia mukolizė, ją skatina kaklelio sąsmaukoje esantis mukolitinis fermentas, atnešamas P₂ tipo gleivių (Odeblad, 2002).

6.2.3.2. Gleivių stebėjimo principai

Kasdien stebėdama gleives moteris nustato ir įvertina jų kitimą pagal tris požymius: *pojūčius, gleivių konsistenciją ir skaidrumą*. Gleivės jaučiamos mechanoreceptoriais, kurie yra makšties įeigoje ir ant mažųjų lytinių lūpų. Jų inervacija labai gera, todėl ir nedidelius gleivių pasikeitimus moterys lengvai atpažįsta. Vaikščiodama moteris gali geriausiai įvertinti pojūčius.

Įgudusi moteris lengvai atpažįsta besikeičiančias gleives. Iš pradžių jos būna klampios, lipnios, drumstos ir moteris gali jausti drėgnumą. Kiekvieną dieną gleivės darosi gausesnės, skaidresnės, tasesnės ir galiausiai tampa panašios į nevirto kiaušinio baltymą. Atskirų tipų vaisingos gleivės sukelia skirtingus moters pojūčius: pradžioje pasirodžius vaisingo tipo gleivėms moteris gali įvardyti savo pojūčius kaip „drėgna“, vėliau „šlapia“ ir galop „slidu“. Slidumo pojūtis yra pats svarbiausias kriterijus siekiant išsiaiškinti vaisingos fazės pabaigą. Vaisingos fazės pabaiga nustatoma remiantis *gleivių piku*:

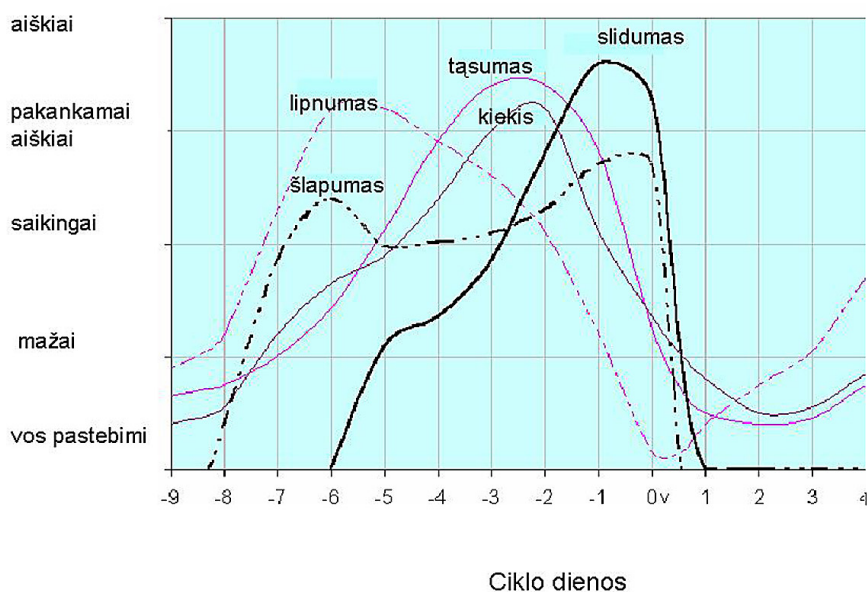
Gleivių pikas yra paskutinė diena, kai moteris jautė „slidumą“ ir (ar) matė skaidrias, tąsias gleives.

Gleivių pikas nustatomas tik rytojaus dieną. Slidumo pojūtis yra svarbesnis rodiklis nei skaidrių gleivių vizualinis stebėjimas, nes kai kurioms moterims šių gleivių *piko dieną* gali gamintis labai mažai ir jos gali jų nepastebėti. „Slidumas“ gali būti jaučiamas vieną ar dvi dienas ilgiau nei gleivės.

Kaip rodo tyrimai, gleivių pikas glaudžiai susijęs su ovuliacija: moterų nustatytas gleivių pikas būna 14 val. prieš ovuliaciją. Retkarčiais ovuliacija gali įvykti dvi dienos po piko (Billings, Westmore, 1992, 206). E. Odebladas

surinko ir išanalizavo 14 jaunų (18–25 metų amžiaus, netekėjusių ir neturinčių lytinių santykių) moterų 32 ciklą stebėjimo duomenis. Jų analizė parodė (žr. 19 pav.), jog gleivių kiekis ir tūsumas buvo labiausiai pastebimas 2 dienas prieš ovuliaciją, taip pat slidumo ir šlapumo pojūtis vyravo kelias valandas iki ovuliacijos (ovuliacijos laikas buvo nustatomas papildomu būdu):

Požymiai išreikšti



19 pav. 14 jaunų moterų gleivių požymių stebėjimo suvestinė pagal 5 savybes: lipnumą, šlapumą, tūsumą, slidumą ir kiekį (plg. Odeblad, 2002)

Gleivių išvaizda bei konsistencija (skaidrumas ir tūsumas) nustatomas higienine servetėle (geriausia balta) tiriant lytinių organų išorėje pasirodžiusias gleives. Nereikia tirti makšties, nes ten visada drėgna ir moteris gali apsirikti. Išorėn gleivės patenka susimaišiusios su makšties turiniu, kurio sudėtis taip pat labai priklauso nuo hormonų svyravimų. Makšties išskyros yra skystčiausias kelias dienas prieš ovuliaciją, kai dėl estrogenų stimuliuojamo epitelio ragėjimo, mangano jonų kiekio pakitimų sumažėja vandens reabsorbcija.

6 lentelėje nurodyti gleivių požymiai per skirtingas ciklo fazes.

6 lentelė. Gleivių požymiai per skirtingas ciklo fazes

Ciklo fazė	Moters pojūčiai	Gleivių išvaizda	Gleivių konsistencija
nevaisinga	Sausa	–	–
	Drėgna	Nesikeičiančios	Klampus, lipnios, primena ilgai virtus ryžius
Vaisinga: iki ovuliacijos	Drėgna	Drumstos, lipnios, primena kremą	Klampus
	Šlapia	Skaidrėjančios, su drumstumo priemaiša	Truputį tāsios
	Slidu	Visiškai skaidrios	Slidžios, labai tāsios
po ovuliacijos	Sausa arba drėgna	Nesikeičiančios	Klampus, tamprios

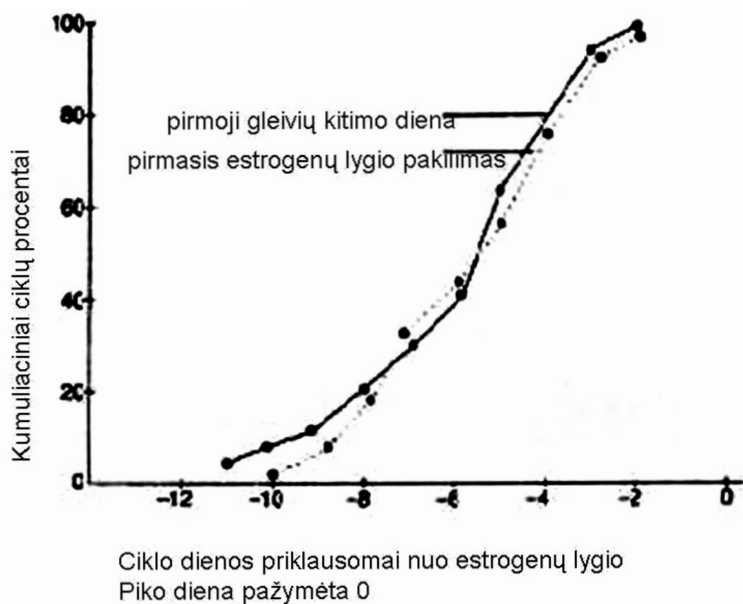
Gleivių požymiai yra individualūs, todėl mokant moteris derėtų pabrėžti, jog kiekviena jų gali savaip apibūdinti gleivių išvaizdą.

Gleivės stebimos visą dieną, duomenys užrašomi kiekvienos dienos vakare. Gleivių kiekis nėra svarbus požymis vertinant gleives, tačiau vertėtų prisiminti, kad gausiausiai gleivių gaminasi esant didžiausiai estrogenų koncentracijai. Vadinasi, kai moteris pastebės gausiai išsiskiriant vaisingas gleives, ji gali būti tikra, jog netrukus reikia laukti pagrindinio, vaisingos fazės pabaigą rodančio požymio – *gleivių piko*.

6.2.4. Gleivių kitimo požymio tikslumas

Gimdos kaklelio gleives tyrinėjantiems mokslininkams kilo klausimas, ar galima pasikliauti pačios moters stebėjimais ir gleivių kitimo požymių laikyti patikimu kriterijumi nustatant vaisingos fazės ribas. Ovuliacijos laiką (jį nustato pati moteris sekdamą gleivių pokyčius) galima tiksliai patvirtinti ultragarso tyrimais: likus savaitei iki ovuliacijos, folikulo, kuriame bręsta kiaušialąstė, skersmuo išauga iki 24 mm. Moterų stebėjimų ir ultragarso duomenų koreliaciniai tyrimai parodė, jog moterys gali pasitikėti savo stebėjimais, nes jie sutampa su ultragarso rodmenimis (Billings, Westmore, 1992, 221). Daug tyrimų atliko Australijos mokslininkas J. B. Brownas ir jo kolegės. Šių tyrimų tikslas – atskleisti sąsajas tarp moterų gleivių pokyčių ir lytinių hormonų kiekio (hormonai buvo tiriami instrumentiniu būdu). J. B. Brownas ištyrė, jog pirmasis moterų užfiksuotas gleivių pokytis sutampa su estrogenų kiekio padidėjimu (jį rodo hormonų monitorius) (žr. 20 pav.). Koreliacijos koeficientas tarp pirmojo gleivių pokyčio prasidedant vaisingai fazei ir ryškesnio

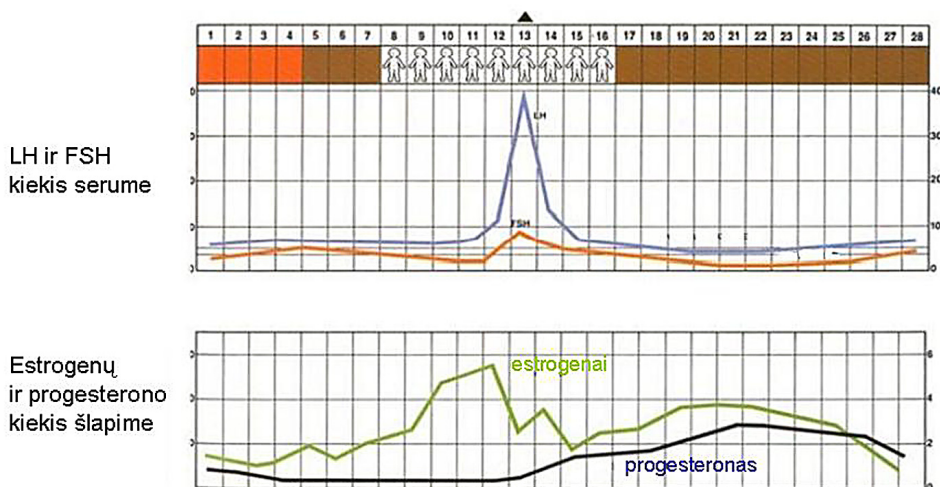
(daugiau kaip 15 mg per 24 val.) estrogenų pakilimo yra 0,89. Koreliacijos koeficientas tarp stebėjimo būdu nustatytos paskutinės vaisingų gleivių dienos (vadinamosios piko dienos) ir estrogenų piko – 0,95 (Hilgers, 1995, 37).



*20 pav. Gleivių stebėjimo ir estrogenų kiekio padidėjimo
(nustatyto instrumentiniu būdu) ryšys (Billings, Westmore, 1992, 205)*

Nustatant ovuliaciją pagal LH piką ir pagal ultragarsu nustatytą folikulo plyšimą patvirtintas ryšys tarp ovuliacijos ir gleivių piko dienos.

Kitas australų mokslininkas endokrinologas Henry G. Burgeris tyrinėjo gonadotropinių hormonų (FSH ir LH) pokyčius moterų, stebinčių gleivių požymius, kraujyje. H. G. Burgeris atskleidė ryšį tarp moterų nustatyto gleivių piko ir LH piko. J. B. Brownas kartu su H. G. Burgeriu ir Kevinu Cattu ištyrė, jog LH kiekis pradeda didėti po to, kai estrogenų kiekis pasiekia maksimumą. LH kiekis ima didėti apytikriai 30–40 val. prieš ovuliaciją ir pasiekia maksimumą apytikriai 16 val. prieš ovuliaciją (žr. 21 pav.)



21 pav. Gleivių pokyčių ir hormonų kitimų ryšys (Billings, Westmore, 1992)

6.2.5. Galimi sunkumai vertinant gleivių pokyčius

Vaisingumo pažinimu susidomėjusiems asmenims neretai atrodo, *jog įvertinti gleivių kitimą ir nustatyti gleivių piką pernelyg sudėtinga*. Suprantama, moteris geriausia išmoka stebėti ir interpretuoti gleivių pokyčius, jei yra apmokoma patyrusio NŠP mokytojo. Moteris gali savarankiškai nustatyti vaisingos fazės ribas ir taikyti šiuos įgūdžius planuodama šeimą po trijų ciklų stebėjimo (jei sugeba juos teisingai interpretuoti). Kaip teigia E. Billings, daugiau nei 90 proc. moterų (jei jas apmoko NŠP mokytojai) jau pirmą savarankiško stebėjimo mėnesį geba nustatyti piko dieną (Billings, Westmore, 1992, 12–13). Po trijų mėnesių stebėjimo 97 proc. visų apmokytų moterų sugebėjo teisingai interpretuoti stebėjimo duomenis ir nustatyti vaisingos fazės ribas pagal gleivių kitimo požymį (Flynn, Brooks, 1990, 69). PSO 1981 m. pateiktoje multicentrinėje studijoje teigiama, kad įvairaus išsilavinimo moterys – ir baigusios aukštąją mokyklą, ir nemokančios skaityti – geba išmokyti ir efektyviai taikyti NŠP metodus (WHO, 1988, 42).

Vis dėlto būtina turėti galvoje, jog gimdos kaklelis labai jautrus hormonų svyravimams ir įvairiems išorės veiksniams. Stebėti gimdos kaklelio gleives gali trukdyti:

- nepakankamas folikulo subrendimas. Estrogenų kiekis per mažas kiaušialąstei subrandinti, sumažėja gimdos kaklelio gleivių arba

jos nebesigamina, neįvyksta ovuliacija. Tokie ciklai vadinami anovuliaciniais;

- išskyros, atsirandančios dėl ūmaus makšties uždegimo. Tokį uždegimą visada reikia gydyti;
- neuždegiminės lėtinės išskyros;
- veiksniai, skatinantys lėtinį išsiskyrimą. Tai gali būti netinkama apranga (sintetinio pluošto apatiniai, aptemptos, ankštos kelnės), intymiai higienai naudojami purškalai, kvapnus muilas, dezinfekavimo priemonės, makšties tamponai, naudojami ne menstruacijų metu ir kt.;
- nerimo sukeltos išskyros (neurovegetacinės išskyros) kaip kūno reakcija į emocinį ir fizinį stresą;
- gimdos kaklelio chirurginis gydymas, pvz., elektrokoaguliacija ar biopsija;
- medikamentai. Paulas F. Weckenbrockas nurodo net trylikos rūšių preparatus, kurie vienaip ar kitaip veikia moters vaisingumą ir gali kliudyti įvertinti gleives – tai analgetikai, antibiotikai, antidepresantai, antihistaminai, antipsichotikai, diuretikai, hormonai, nehormoniniai steroidai ir kt. (Kippley, 2000, 465–480). Kiekvienas preparatas skirtingai veikia gimdos kaklelio išsiskyrimą, gaminančių gleives ląsteles. Pvz., sergant sloga vartojami vaistai (sutraukiantys nosies gleivinę) daro įtaką ir gimdos kaklelio gleivinei. Moteris, vartodama šiuos vaistus, gali jausti „sausumą“ (Flynn, Brooks, 1990, 69).
- į makštį įvestos cheminės medžiagos;
- naudota hormoninė kontracepcija (plačiau skaitykite 10 skyriuje);
- sėklos skystis po lytinio akto. Kai mokomasi stebėti ciklą, bent pirmąjį mėnesį patartina neturėti lytinių santykių.

6.3. Gimdos kaklelio kitimai ir jų stebėjimas

Kiaušidžių hormonai veikia ne tik gimdos kaklelio liauką, bet ir raumeninį jo sluoksnį. Dėl to kinta kaklelio tamprumas, pakrypimas, atsidarymas. Kai estrogenų koncentracija nedidelė (per nevaisingą fazę), kaklelis:

- nusileidęs žemai į makštį, lengvai pasiekiamas palpuojant;
- santykinai kietas,

- žiomenys uždari.
- Padaugėjus estrogenų (per vaisingą fazę), kaklelis:
- pakilęs aukšty, sunkiau pasiekiamas;
- suminkštėjęs;
- kiek prasivėręs.

Po ovuliacijos gimdos kaklelis greitai tampa toks, koks buvo ikiovuliacinės fazės metu. Žinoma, yra individualūs gimdos kaklelio formos, tamprumo, atsivėrimo skirtumai. Pavyzdžiui, negimdžiusios moters jis yra kietas, kūgio formos, apskritais kelių milimetrų žiomenimis. Daug kartų gimdžiusių net ir nevaisingoje fazėje kaklelis gali būti atviras, o vaisingomis dienomis mažai keičiasi. Moteris, norinti vadovautis šiuo požymiu, turi ilgai stebėti ir gerai atpažinti savo kaklelio pokyčius.

Gimdos kaklelio pokyčių stebėjimas retai naudojamas kaip atskiras metodas. Kaklelio stebėjimas priklauso keliasimptomiam metodui kaip vienas iš požymių vaisingos fazės pabaigai nustatyti (kartu su BKT ir gleivėmis).

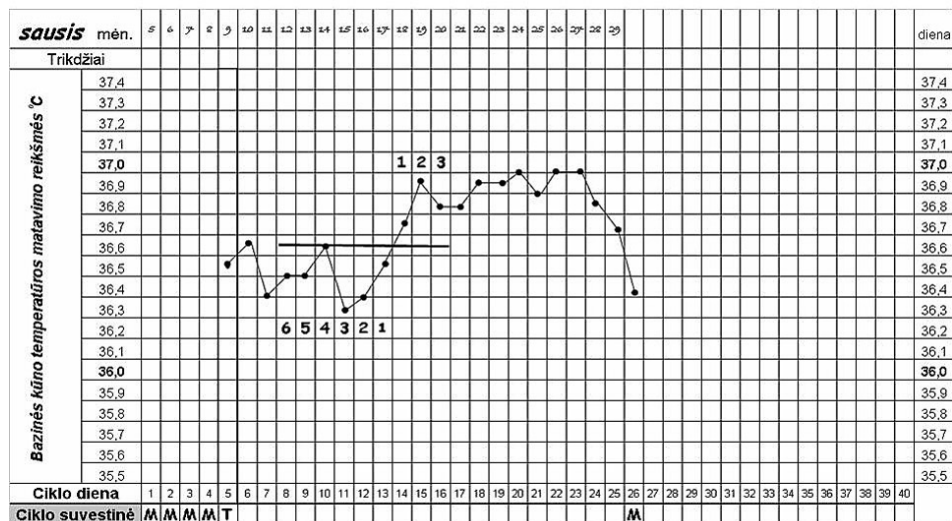
Gimdos kaklelio pasikeitimų stebėjimas – daugiausia abejonių keliantis vaisingumo simptomas, gana neseniai pradėtas naudoti vaisingumui pažinti.

6.4. Bazinė kūno temperatūra

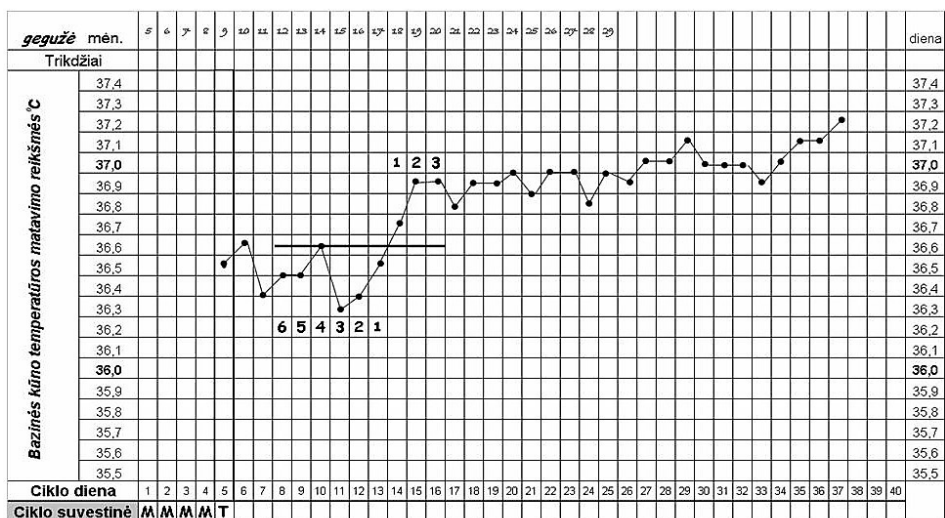
Tuo po ovuliacijos padidėja progesterono koncentracija kraujyje, pakyla moters bazinė kūno temperatūra.

Bazinė kūno temperatūra (BKT) – tai ramybės būsenos temperatūra, matuojama kasdien, pamiegojus ne mažiau kaip tris valandas, dar neatsikėlus iš lovos, tuo pačiu metu (leistini pusės valandos nukrypimai), tuo pačiu termometru, toje pačioje kūno vietoje (makštyje, tiesiojoje žarnoje ar po liežuviu), t. y. to paties ciklo metu negalima keisti nei matavimo vietos, nei laiko, nei termometro.

BKT veikia progesterono kiekis kraujyje. Ikiovuliacinėje fazėje, esant žemai jo koncentracijai, bazinė kūno temperatūra būna santykinai žema. Po ovuliacijos, geltonkūniui pradėjus gaminti progesteroną, BKT pakyla nedaug – 0,2 °C (Flynn, Brooks, 1990, 38), ir tokia išlieka iki kitų mėnesinių pradžios. Apie 30 proc. visų ciklų prieš BKT pakilimą temperatūra šiek tiek sumažėja. Jei BKT išlieka pakilusi ilgiau kaip 16 dienų, galima manyti, jog moteris nėščia (žr. 22–23 pav.)



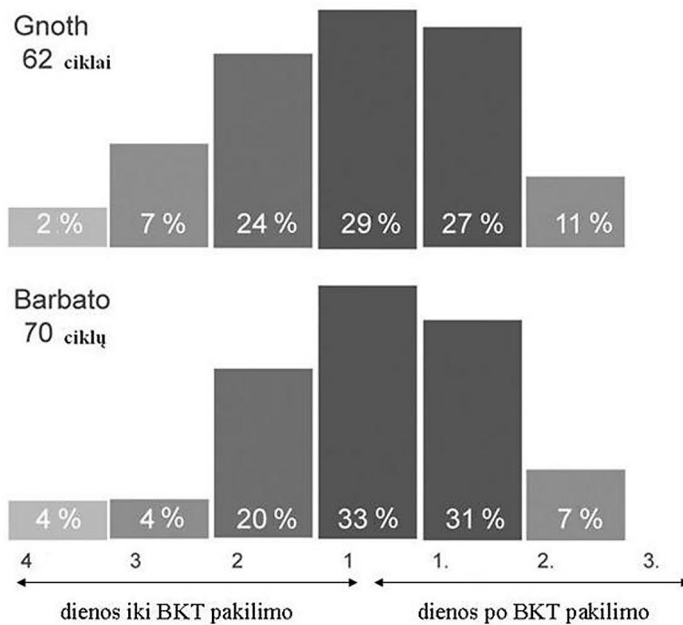
22 pav. Moters, kurios ciklas baigėsi naujomis menstruacijomis, temperatūros kreivė. Temperatūros kreivėje matyti, jog BKT iki ovuliacijos yra žemesnė. Po ovuliacijos pakilusi BKT išsilaiko nuo 10 iki 16 dienų ir nukrinta prasidėjus menstruacijoms (Obelenienė, Rudzinskas, 2010)



23 pav. Moters, kuri šiame cikle pastoja, temperatūros kreivė.

Pastojus BKT išlieka pakilusi, menstruacijų nėra (Obelenienė, Rudzinskas, 2010)

Kiaušidžių monitoringas ultragarsu, stebint folikulo augimo dinamiką, įrodo, kad daugelyje ciklų ovuliacija įvyksta vieną iš pirmųjų dviejų dienų prieš temperatūros pakilimą ar temperatūros pakilimo dieną. Retais atvejais ovuliacija gali įvykti antrąją aukštesnės temperatūros dieną (žr. 24 pav.):



24 pav. Santykis tarp BKT pakilimo ir ovuliacijos
(plg. Raith, Frank, Freundl, 1999, 106)

24 pav. pateikti dviejų mokslininkų: Christiano Gnotho ir Michele Barbato, tyrimai. C. Gnothas analizavo 62 ciklus ir nustatė ovuliacijos laiką pagal LH pakilimą ciklus stebėjusių moterų kraujyje. M. Barbato analizavo 70 ciklų ir patvirtino ovuliacijos laiką ultragarsu.

Būtina prisiminti, kad svarbus tik BKT pakilimo skirtumas, bet ne pati temperatūros reikšmė, nes kiekvienos moters ji gali būti skirtinga.

BKT pakilimas – poovuliacinės fazės, o ne artėjančios ovuliacijos požymis.

Progesterono įtaka BKT pakilimui nėra aiški. Ilgą laiką BKT pakilimas buvo aiškinamas remiantis progesterono poveikiu pagumburio

termoreguliacijos centrui. Pastaruoju metu suabejota šia hipoteze. Manoma, jog progesteronas netiesiogiai veikia neurohormono noradrenalino perdavimą (Polskie Stowarzyszenie Nauczycieli NFP, 2005, 61).

6.4.1. BKT matavimas

BKT matuoti tinka ir įprasti gyvsidabrio termometrai (šiuo metu jau nebegaminami), ir standartizuoti skaitmeniniai termometrai (jų gradavimas leidžia fiksuoti du skaitmenis po kablelio). Yra keletas bendrai priimtų BKT matavimo taisyklių, kurių būtina laikytis (Flynn, Brooks, 1990, 39):

1. BKT pradedama matuoti kiekvieno ciklo 5-osios dienos ryte. Matuojama pamiegojus ne mažiau nei 3 val., vos pabudus, neatsikėlus iš lovos, nes BKT yra ramybės būsenos temperatūra. Vos pradėjus vaikščioti, valgyti ar gerti, temperatūra kyla.
2. BKT matuojama tuo pačiu metu per visą ciklą. Paklaida tarp matavimų gali būti ne didesnė kaip 0,5 val. Jei naktimis reikia keltis ar nemiegoti, BKT matuojama vakare, pailsėjus.
3. BKT galima matuoti tik trijose kūno vietose: arba tiesiojoje žarnoje, arba makštyje, arba po liežuviu. Matuojant po liežuviu, BKT bus kiek žemesnė, tačiau pakilimo skirtumas visais atvejais yra tas pats. Svarbu, jog visą ciklą matavimo vieta nebūtų keičiama. BKT matuojama 3 min. tiesiojoje žarnoje arba makštyje ir 5 min. po liežuviu. Paprastu klinikiu (gyvsidabrio) termometru reikėtų matuoti 2 min. ilgiau.
4. Pamatavus termometro rodmenys tuoj pat užrašomi į ciklo stebėjimo lenteles.
5. Per tą patį menstruacinį ciklą negalima keisti nei matavimo vietos, nei termometro, nei matavimo laiko.

6.4.2. BKT matavimo sunkumai

BKT gali svyruoti dėl daugelio veiksnių:

Žema temperatūra: šalta naktis, temperatūra matuota anksčiau nei įprasta.

Aukšta temperatūra: temperatūra matuota vėliau, prasta savijauta, iš vakaro gertas alkoholis, infekcija, pūslės uždegimas, migrena, makšties pienligė ir kt.

Aukšta ar žema temperatūra: nutrauktas nakties miegas, kelionė, atostogos, kita lova, skirtingos laiko juostos, stresas, susirūpinimas, vėlyva vakarienė.

Visus trikdžius būtina žymėti ciklo stebėjimo lentelėje. **Tiksli BKT reikšmė yra tik ta, kurios paklaida nuo įprasto matavimo laiko yra ne didesnė kaip 0,5 val.** Lentelėje būtina pažymėti, jei BKT matuojama ne įprastu laiku, o anksčiau ar vėliau: pamatavus vėliau, reikia sumažinti užfiksuotą temperatūros reikšmę po 0,1 °C tiek, kiek uždelsta pamatuoti valandų; pamatavus anksčiau nei įprasta, temperatūros reikšmė padidinama po 0,1 °C tiek, kiek valandų pamatuota anksčiau.

6.5. Papildomi požymiai

Jie nėra būdingi visoms moterims. Net tos pačios moters pojūčiai skirtingų ciklą metu gali skirtis. Jie neparodo nei vaisingos fazės pradžios, nei pabaigos, bet gali būti naudingi vertinant pagrindinius požymius. Stebint vaisingumo požymius, tikslinga ciklo stebėjimo lentelėse žymėti ir pagrindinius, ir pagalbinius požymius.

6.5.1. Ciklo vidurio skausmas

Kai kurios moterys kairėje, dešinėje ar apatinėje pilvo dalyje jaučia skausmą. Skausmas gali trukti nuo kelių minučių iki kelių dienų, yra spaudžiantis, maudžiantis, įvairaus intensyvumo. Tai vadinamasis *ciklo vidurio skausmas* – jį jaučia apie 30–40 proc. moterų. Tik apie 17 proc. moterų jaučia skausmą kiekviename cikle (Polskie Stowarzyszenie Nauczycieli NFP, 2005, 65). Ciklo vidurio skausmas taip pat gali pereiti į nugarą, kojas ar dubens dugno sritį. Šio skausmo kilmė nėra visiškai aiški. Jo negalima paaiškinti paprasčiausiu folikulo įtrūkimu ar nedideliu kraujavimu pilvo ertmėn. Ultragarsu stebint augantį folikulą pastebėta, jog kartais skausmas jaučiamas net kelias dienas iki folikulai įtrūkstant (Polskie Stowarzyszenie Nauczycieli NFP, 2005, 65).

Nors ciklo vidurio skausmas glaudžiai susijęs su ovuliacija, jo jokiū būdu negalima tapatinti su ovuliacijos momentu – skausmas gali pasireikšti kelios dienos prieš ovuliaciją ar netgi po jos. Tai papildomas vaisingos fazės požymis. Jis ypač naudingas nėštumo siekiančioms poroms, nes tuo metu pastojimo tikimybė daug didesnė.

6.5.2. Krūtų jautrumas

Daugelis moterų pastebi, kad jų krūtys ciklo metu taip pat keičiasi. Jos tampa pilnesnės, sunkesnės, didesnės ir kartais jautresnės. Drauge su šiais simptomais kartais jaučiamas nestiprus skausmas, diegliai ar dilgčiojimas, gali būti ypač skausmingas tempimo jausmas. Kai kurioms moterims šie simptomai pasireiškia ovuliacijos laikotarpiu. Paprastai jie atsiranda antroje ciklo pusėje (progesterono fazėje), stiprėja iki menstruacijų ir greitai atslūgsta joms prasidėjus. Kai kurie autoriai teigia, jog atsiradęs sunkumas yra įrodymas, kad ovuliacija jau įvyko, tai patvirtina pakilusi BKT (Nofziger, 1988, 29) Pojūčiai krūtyse kartais labai nemalonūs, tai vienas iš priešmenstruacinio sindromo požymių.

6.5.3. Lytinio potraukio (libido) pasikeitimas

M. Nofziger teigia, kad į šį svarbų požymį dėmesį turėtų atkreipti nenorinti pastoti moteris. Vaisingos fazės metu padidėjęs estrogenų kiekis sustiprina moters libido (Nofziger, 1988, 30) Lytinių hormonų kiekio svyravimas veikia ne tik moters, bet ir jos sutuoktinio lytinį potraukį. Hormonai skatina feromonų (natūralių organizmo medžiagų, turinčių įtakos kitos lyties asmens lytiniam potraukiui) išsiskyrimą. Feromonų gamyba priklauso nuo hormonų gamybos. Vaisingo amžiaus moterų feromonai skiriasi nuo feromonų, kuriuos išskiria bręstančios mergaitės ir moterys po menopauzės. Neseniai tyrinėtojai atrado specifinius feromonų receptorių genus, taip pat nustatė ypač mažą nosies gleivinės dalelę – nosies noragėlį – jo receptoriai priima feromonų siunčiamus signalus (Nils-son, Hamberger, 2005, 14).

Kiti požymiai

Tepimas kraujingomis išskyromis ne mėnesinių metu gali atsirasti dėl staigaus estrogenų kiekio sumažėjimo ciklo viduryje.

Lytinių organų paburkimas gali būti jaučiamas artėjant ovuliacijai.

Veido ir galvos odos pokyčiai (aknė, niežėjimas, pakitusi spalva ir kt.), plaukų riebumas.

Galimi svorio svyravimai, edema, kurią lemia skysčių kaupimasis per skirtingas ciklo fazes, dujų kaupimasis, vidurių užkietėjimas arba viduriavimas, nuotaikos svyravimai, nuovargis ar energijos antplūdis.

Savikontrolės klausimai

1. Apibrėžkite menstruacinio ciklo pradžią ir pabaigą.
2. Vienu sakiniu apibūdinkite, kas yra ovuliacija.
3. Išvardykite ir apibūdinkite 3 normalaus ciklo fazes.
4. Kaip moters organizmą veikia moteriškieji lytiniai hormonai?
5. Nusakykite progesterono poveikį.
6. Kokią įtaką vaisingos fazės metu turi estrogenai?
7. Ką reiškia temperatūros pakilimas taikant simptoterminių metodą?
8. Kokie yra bazinės kūno temperatūros matavimo ir žymėjimo reikalavimai?
9. Apibūdinkite simptoterminiu metodu nustatomą vaisingos fazės pradžią ir pabaigą.
10. Išvardykite 6 veiksnius, kurie veikia bazinę kūno temperatūrą.
11. Nurodykite 5 būdingiausius vaisingų gleivių požymius.
12. Išvardykite 5 būdingiausius mažiau vaisingų gleivių požymius.
13. Kokie yra 3 pagrindiniai vaisingumo požymiai.
14. Nurodykite 3 papildomus vaisingumo požymius.
15. Papasakokite, kaip menstruacinio ciklo metu kinta gimdos kaklelio gleivės.

Literatūra

1. Billings E., Westmore A. (1992). The Billings method. Controlling fertility without drugs or devices. Victoria: Penquin Books Australia.
2. Brown J. B. (2000). Studies on human reproduction: ovarian activity and fertility and the Billings Ovulation Method. Melbourne: Ovulation Method Research and reference Centre of Australia.
3. Flynn A., Melissa Brooks (1990). A Manual of Natural Family Planning. London: Guernsey Press.
4. Hilgers T. W. (1995). The Scientific Foundations of the Ovulation Method. Omaha: Pope Paul VI Institute Press.
5. Jankūnas R. (2001). Hormoninė kontracepcija. Kaunas: Farmacija.
6. Kippley J. F., Kippley S. (2000). The Art of Natural Family Planning. Cincinnati: CCL.
7. Nilsson L., Hamberger L. (2005). Gimimas. Vilnius: Charibdė.
8. Nofziger M. (1988). Signs of fertility: the personal science of natural birth control. Nashville: MND Publishing, Inc.
9. Obelenienė B., Rudzinskas V. (2010). Kaip atpažinti savo vaisingumą ir natūraliai planuoti šeimą. Kaunas: Artuma.
10. Odeblad E. (1994). The discovery of Different Types of Cervical Mucus and the Billings Ovulation Method // Bulletin of the Ovulation Method Research and Reference Centre of Australia. Vol. 27 (3), p. 3–35.

11. Odeblad E. (2002). Investigations on the physiological basis for fertility awareness // Bulletin of the Ovulation Method Research and Reference Centre of Australia. Vol. 29 (1). P. 2–11.
12. Odeblad E. (2004). Cervical function and the Billings method // Bulletin of the Ovulation Method Research and Reference Centre of Australia. Vol. 31 (1), p. 12–21.
13. Odeblad E., Ingelman-Sundberg A., Menarguez M., Temprano H., et al. (2004). Types of cervical secretion. Prieiga internete [http://www.woombeuskadi.org/symposium/ponencias/4_erik_odeblad\(secrecion_cervix\).pdf](http://www.woombeuskadi.org/symposium/ponencias/4_erik_odeblad(secrecion_cervix).pdf)
14. Pyper C. M. M., Knight J. (2001). Fertility awareness methods of family planning: The physiological background, methodology and effectiveness of fertility awareness methods // The Journal of Family Planning and Reproductive Health Care 27 (2), p. 103–110.
15. Polskie Stowarzyszenie Nauczycieli NFP (2005). Naturalne planowanie rodziny (red. M. Troszynskiego): Warszawa: Bonami wydawnictwo.
16. Raith E., Frank P., Freundl G. (1999). Natürliche Familienplanung heute. Berlin: Springer.
17. World Health Organization (1988). Natural family planning. A guide to provision services. Geneva: WHO.

IV dalis

VAISINGUMO PAŽINIMAS IR
ŠEIMOS PLANAVIMAS

7 skyrius

ŠEIMOS PLANAVIMO SAMPRATA IR METODAI

7.1. Šeimos planavimo samprata

Šeimos planavimas – tai tam tikra priemonių visuma, leidžianti sutuoktiniams laisvai ir atsakingai nuspręsti, kiek ir kada turėti vaikų, atsižvelgiant į savo ir vaikų poreikius, t. y. tiek norint susilaukti kūdikio, tiek siekiant atidėti nėštumą ar daugiau nebepastoti. Pastaruoju metu šeimos planavimas suprantamas gana vienpusiškai – tik kaip nėštumo vengimas ir gana dažnai vartojamas kaip kontracepcijos sinonimas. Tokią tendenciją lėmė kelios priežastys: šeima pradedama vadinti ne tik sutuoktiniai ir jų vaikai, bet ir kartu gyvenantys nesusituokę asmenys, kurie dažniau siekia atidėti nėštumą nei pastoti. Taip pat įtaką daro kontracepcijos socialinė rinkodara, ypač tarp paauglių, kurių vienintelis tikslas – nepastoti. Prieš kelis dešimtmečius PSO ekspertai suformulavo kriterijus, kuriuos turi atitikti ideali šeimos planavimo priemonė. Pagal PSO apibrėžimą ideali šeimos planavimo priemonė turėtų (Culwell, 2009):

- būti visiškai patikima (100 proc.);
- nežaloti sveikatos;
- neveikti vaisingumo nustojus ją naudoti (vaisingumas turi atsinaujinti iš karto nutraukus naudojimą);
- netrukdyti lytiniam santykiams;
- apsaugoti nuo lytiškai plintančių ligų ir t. t.

Akivaizdu, kad nėra nė vienos kontraceptinės priemonės, kuri atitiktų visus šiuos reikalavimus. PSO nurodo pagrindinius kontracepcijos metodus. Jie skirstomi pagal veikimo mechanizmą (Gaffield, 2009):

- Hormoninė kontracepcija:
 - Sudėtiniai hormoniniai geriamieji kontraceptikai;

- Sudėtiniai hormoniniai kontraceptikai (injekcijos, žiedai, pleis-trai);
- Vienkomponenčiai kontraceptikai (piliulės, implantai, injekci-jos);
- Skubi kontracepcija.
- Į gimdą dedamos priemonės (IUD);
- Barjerinės priemonės (prezervatyvai, spermicidai ir diafragmos);
- Vaisingumo pažinimu pagrįsti metodai;
- Laktacinė amenorėja (LAM);
- Nutrauktas lytinis aktas (*coitus interruptus*);
- Sterilizacija (vyrų ir moterų).

Pateiktoje klasifikacijoje visi metodai, išskyrus pagrįstus vaisingumo pažinimu, skirti naudoti tik vengiant nėštumo. Vaisingumo pažinimu pa-grįsti metodai ir kontracepcija labai skiriasi.

Vaisingumo pažinimas (VP) – tai savęs stebėjimo procesas, kai moteris pagal savo vaisingumo požymius nustato periodo, kada gali pastoti ribas, t. y. vaisingos fazės pradžią ir pabaigą.

Natūralus šeimos planavimas (NŠP) – tai šeimos planavimo meto-dai, kuriuos taikanti pora vaisingumo pažinimo būdu gautą informaci-ją panaudoja siekdama nėštumo arba jį atidėdama. Asmenys, norintys atidėti nėštumą ar visai nebepastoti, turi vengti lytinių santykių per vaisingą ciklo fazę (WHO, 1988, 1).

Visų pirma, vaisingumo pažinimu pagrįsti metodai nėra kontracepcija, nors gali būti taikomi ir vengiant nėštumo. Kontracepcija (lot. *contra* – prieš + (*con*)ceptio – pastojimas) yra nukreipta prieš pastojimą, o NŠP metodai prie-šingai: jei sutuoktiniai siekia atidėti nėštumą ar visai nebenori pastoti ir nau-doja vieną iš NŠP metodų, jie išreiškia meilę vienas kitam santuokiniu lyti-niu aktu per nevaisingas fazes, t. y. kai dar nėra ką apvaisinti (nebręsta kiau-šialąstė) ar jau nėra ką apvaisinti (po ovuliacijos, kiaušialąstei sunykus).

Antra, NŠP naudotojai prisitaiko prie kintančio moters vaisingumo, o kontraceptiniai metodai vienaip ar kitaip trikdo vaisingumą, netgi ne-grižtamai.

Trečia, vaisingumo pažinimu pagrįsti metodai yra universalūs, t. y. tin-ka tiek siekiant nėštumo, tiek jo vengiant, o kontracepcija naudojama tik nenorint pastoti.

Ketvirta, taikant NŠP būtinas sutuoktinių bendras sutarimas, sprendimus priima abu sutuoktiniai, tad šie metodai pagrįstai vadinami *šeimos planavimu*. Moteris gali vienašališkai nuspręsti naudoti daugelį kontracepcijos metodų (naudoti pleistrus, IUD, vartoti hormonines piliules). Reprodukcinę teisę šalininkai neretai skatina tai daryti.

Penkta, NŠP nekenkia sveikatai, dauguma minėtų kontracepcijos metodų turi šalutinį poveikį. Maža to, NŠP praktikuojanti moteris stebi savo kūno ženklus, todėl gali anksti pastebėti sveikatos sutrikimus ir ligos paprastai neišsisenėja. Naudojant NŠP nereikia medicinos procedūrų, didelių finansinių sąnaudų. Visiškai neteisinga nuostata, kad NŠP tinka tik aukštesnį išsilavinimą turintiems žmonėms.

Aptariant įvairius šeimos planavimo metodus svarbu pabrėžti, jog **nėštumo nutraukimas nėra laikomas šeimos planavimo metodu**. Abortai gali turėti įtakos nėštumui ateityje, žaloja fizinę ir psichinę moters sveikatą.

7.2. Vaisingumo pažinimu pagrįstų metodų klasifikacija

Skiriamos trys menstruacinio ciklo fazės: 1. ankstyvoji nevaisinga (ikiovuliacinė); 2. vaisinga (ovuliacinė) ir 3. nevaisinga (poovuliacinė). Ciklo fazių ribas galima nustatyti keliais būdais, jie priklauso nuo to, kokie požymiai stebimi. Pagal stebimus požymius ir jų tarpusavio derinimą vaisingumo pažinimo metodai skiriami į:

- viensimptomius (jei stebimas vienas vaisingumo požymis) (žr. 7 lentelę);
- keliasimptomius (jei stebimi keli vaisingumo požymiai) (žr. 8 lentelę).

7 lentelė. Viensimptomiai metodai

Metodo pavadinimas	Metodai pagrįsti	Stebimi požymiai
Ovuliacinis (Billingso)	Stebėjimu	Gimdos kaklelio gleivių pokyčiai
Gimdos kaklelio	Stebėjimu	Gimdos kaklelio pokyčiai
Temperatūrinis	Stebėjimu	BKT kitimai

8 lentelė. Keliasimptomiai metodai

Metodo pavadinimas	Metodai pagrįsti	Stebimi požymiai
Kalkulioterminis	Stebėjimu ir skaičiavimu	BKT kitimai, ciklo trukmė
Mukoterminis	Stebėjimu	BKT ir gleivių kitimai
Simptoterminis	Stebėjimu ir skaičiavimu	BKT, gleivių kitimai, gimdos kaklelio kitimai, ciklo trukmė

Nė vienu metodu neįmanoma tiksliai nustatyti ovuliacijos momento, tačiau ciklo stebėjimo duomenys leidžia atpažinti vaisingos fazės ribas.

7.3. Vaisingos fazės ribų nustatymas simptoterminiu metodu

Vienas pagrindinių vaisingumo pažinimo ir NŠP principų – vaisingumo požymiai turi būti stebimi ir užrašomi kasdien. Kaip rodo praktika, dažniausiai NŠP nusivilia šio reikalavimo nesilaikantys asmenys. Visos NŠP mokyklos turi savus kasdienio vaisingumo požymių stebėjimo užrašus, jie priklauso nuo naudojamo metodo. Užrašai – tai specialios *ciklo stebėjimo lentelės*, lyg asmeninis dienoraštis. Lentelėje kasdien turi būti žymimi visi vaisingumo požymiai, taip pat juos galėję lemti veiksniai. Kiekvienam menstruaciniam ciklui skiriama atskira lentelė. Ciklo stebėjimo lentelę sudaro 40 dienų įrašai.

Ciklo lentelė turi tris dalis (žr. 28 pav.):

I dalis: viršutinėje lentelės dalyje pateikti duomenys apie NŠP metodų naudotoją: lentelės Nr.; metai; NŠP metodų naudojimo tikslas (norime vaiko; nusprendėme atidėti nėštumą; nusprendėme neturėti daugiau vaikų); trumpiausio ir ilgiausio ciklo trukmė dienomis; BKT matavimo vieta ir BKT matavimo laikas; žymėjimo simboliai; NŠP mokytojo pastabos; papildomos taisyklės.

II dalis: BKT matavimo reikšmės; matavimo trikdžiai; ciklo dienų numeracija;

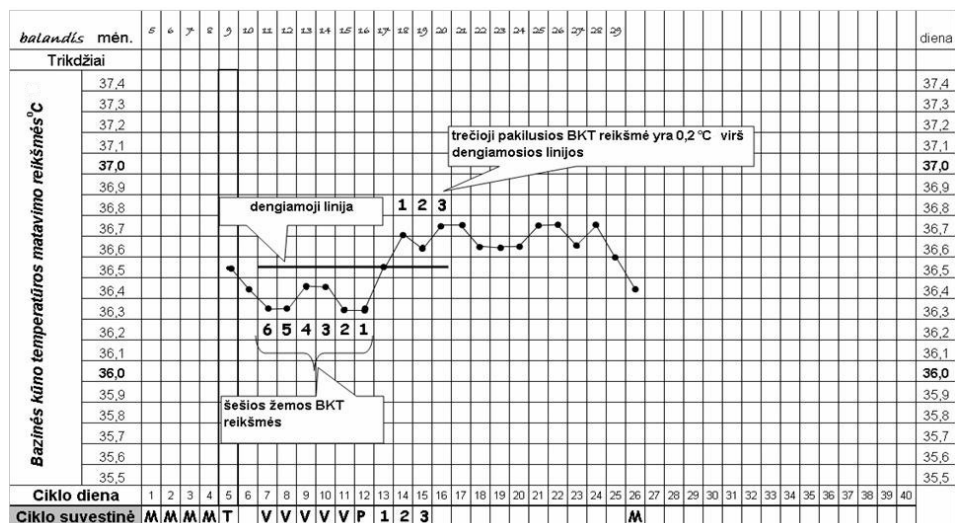
III dalis: gleivių stebėjimo duomenys; papildomų požymių užrašai; vaisingų dienų ir lytinių santykių žymėjimas.

Ciklo stebėjimo lentelė pradedama pildyti pirmąją mėnesinių dieną – tai pirmoji ciklo diena. Pirmosios ciklo dienos stulpelyje pažymima mėnesio diena. Data pildoma kiekvieną dieną.

Mėnesinės žymimos **M** raide eilutėje „Ciklo suvestinė“. Būtina nurodyti visus kraujavimus ar tepimus krauju (**T**) ciklo metu.

BKT matavimo laikas įrašomas į grafą „Matavimo laikas“ lentelės viršuje (žr. 28 pav.). Kryželiu ar varnele žymima BKT matavimo vieta: po liežuviu; makštyje ar tiesiojoje žarnoje. Temperatūrą reikia žymėti nurodant du skaičius po kablelio (pvz., 36,40 °C), todėl patogiausia naudotis elektroniniu termometru. BKT reikšmė žymima taškeliu atitinkamos dienos lange lyje. Jei pateikiami du rodmenys po kablelio, t. y. jei termometras tinkamas matuoti BKT 0,05 °C tikslumu, tarpinę BKT reikšmę (pvz., 36,45 °C) galima žymėti ant atitinkamų lentelės linijų. Linijos lentelėje sutampa su graduota termometro skale. Temperatūros reikšmės taškeliai kasdien sujungiami linija. Ši linija vadinama *temperatūros kreive* (žr. 25 pav.). Jei kurią nors dieną temperatūra nepamatuojama, gretimi taškeliai nesusijungiami.

BKT įtakos gali turėti ne tik matavimo laikas, bet ir alkoholis, peršalimas, sutrikdytas miegas, pamaininis darbas, kelionės, stresas. Minėtus veiksnius būtina žymėti grafoje „Trikdžiai“. BKT reikšmės gali iškreipti: naujas termometras (žymima simboliu NT); alkoholis (žymima A); per vėlai matuota temperatūra (PV); per anksti matuota temperatūra (PA); nemiegota naktis (N); liga arba prasta savijauta (S).



25 pav. BKT žymėjimo reikšmės ir temperatūros kreivė

BKT būtina matuoti tuo pačiu metu. Lentelėje būtina pažymėti, jei BKT matuojama ne įprastu laiku, o anksčiau ar vėliau (leistini pusės valandos nukrypimai): pamatavus vėliau, reikia sumažinti užfiksuotą temperatūros reikšmę po 0,1 °C tiek, kiek uždelsta pamatuoti valandų; pamatavus anksčiau nei įprasta, temperatūros reikšmė padidinama po 0,1 °C tiek, kiek valandų pamatuota anksčiau. Šalia pažymėtos BKT reikšmės taško būtina nurodyti matavimo laiką.

7.3.2. Kaip žymėti gimdos kaklelio gleivių kitimus

Gimdos kaklelio gleivės stebimos visą dieną, duomenys lentelėje žymimi vakare, nes moters pojūčiai ir gleivių išvaizda per dieną gali pasikeisti. Viena eilutė ciklo lentelėje skirta pojūčiui nurodyti, kita – išvaizdai aprašyti. Gleivėms apibūdinti dažniausiai naudojami simboliai: **S** – sausa, **D** – drėgna, **Š** – šlapia, **Sl** – slidu. Gleivių išvaizda žymima įrašant visą žodį, geriausiai nusakantį jų išvaizdą: *drumstos, kreminės, skaidrios, tąsios, lipnios, tamprios* ir pan.

Eilutėje „Ciklo suvestinė“ raide **P** būtinai pažymimas gleivių pikas (žr. 25 pav.). Kaip minėta, gleivių pikas nustatomas tik rytojaus dieną. Nustatant gleivių piką pojūčiai yra svarbesni nei gleivių išvaizda. *Gleivių piko diena – tai paskutinė diena, kai moteris matė skaidrias, tąsias, slidžias gleives ir (ar) jautė „slidumą“*. Pastarasis požymis, kaip buvo minėta, yra svarbesnis.

Ciklo lentelėje išskirtos grafos papildomiems vaisingumo požymiams nurodyti: jie žymimi atitinkamos ciklo dienos stulpelyje kryželiu (⋈) arba varnele (√). Žemiau esančios grafos paliktos tuščios (žr. 26 pav.), kad moteris galėtų įrašyti savo asmeninius papildomus požymius, tokius kaip pilvo skausmas, išoriniai pokyčiai (odos, plaukų didesnis nei įprasta riebumas), apetito ar nuotaikos svyravimai, padidėjęs ar sumažėjęs lytinis potraukis (libido). Patartina žymėti lytinių santykių dienas – taip bus galima tiksliau nustatyti pastojimo laiką.



Naudojantis simptoterminiu metodu, vaisingos fazės ribos atpažįstamos stebint gimdos kaklelio gleivių ir BKT kitimus. Kaip papildomas rodiklis taikomas tam tikras skaičiavimas – taisyklė „Minus 20“.

Vaisingos fazės pradžia nustatoma pagal gleivių kitimą ir taikant taisyklę „Minus 20“ (remiamasi tuo požymiu, kuris pasireiškia anksčiau); pabaiška – pagal BKT pakilimą ir gleivių piką (reikia atsižvelgti į vėlesnį požymį) (žr. 27 pav.).



7.3.4. Taisyklė „Minus 20“

Taisyklė „Minus 20“ padeda apytikriai apskaičiuoti vaisingos fazės pradžią. Šia taisykle galima naudotis tik turint mažiausiai 6–12 ciklų stebėjimo duomenis, nes būtina žinoti ilgiausio ir trumpiausio ciklo trukmę dienomis.

Taisyklė „Minus 20“

Norint apskaičiuoti paskutinę ankstyvosios nevaisingos fazės dieną, iš trumpiausio ciklo (per paskutinius 6–12 mėnesių) dienų reikia atimti 20 (14+6, kur „14“ – vidutinis dienų skaičius nuo ovuliacijos iki kitų mėnesinių, „6“ – maksimalus dienų skaičius, kurias gali išgyventi spermatozoidai gimdos kaklelio gleivėse).

9 lentelėje nurodyta vienos moters 12 ciklų trukmė. Išrenkamas trumpiausios trukmės ciklas.

9 lentelė. Vienerių metų menstruacinių ciklų trukmė

Mėnuo	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII
Ciklo trukmė dienomis	27	28	30	28	27	29	30	29	27	27	28	29

Matyti, kad trumpiausias ciklas truko 27 dienas. Paskutinė ankstyvosios nevaisingos fazės diena apskaičiuojama taip:

$$27 - 20 = 7$$

Vadinasi, pagal taisyklę „Minus 20“ 7-a ciklo diena bus paskutinė ANF diena, o **vaisingos fazės pradžia** – kita diena po ANF paskutinės dienos, pateiktuoju atveju – 8-a.

7.3.4.1. Taisyklės „Minus 20“ taikymo apribojimai

Ši taisyklė taikoma tik turint 6–12 ciklų trukmes. Vadinasi, pirmuosius 6 ciklų stebėjimo mėnesius moteris laikoma galimai vaisinga nuo pirmosios ciklo dienos.

Naudoti taisyklę galima tik tais atvejais, jei praėjusiam cikle užfiksuotas BKT pakilimas. Jei prieš tai buvęs ciklas be BKT pakilimo (galima numanyti, kad neįvyko ovuliacija), laikoma, jog vaisinga fazė prasideda pirmąją stebimo ciklo dieną.

7.3.5. Kaip atpažinti vaisingos fazės ribas stebint gimdos kaklelio gleives

Nustatant ANF pabaigą pagal gleives, ja laikoma paskutinė diena, kai moteris juto „sausumą“ ir nematė jokių gleivių (paskutinė diena prieš pasirodant bet kokioms gleivėms), arba paskutinė diena, kai moteris juto „drėgnumą“ ir stebėjo nesikeičiančias gleives. Jei ši diena būna anksčiau nei apskaičiuota pagal taisyklę „Minus 20“, *vaisingos fazės pradžiai* atpažinti naudojamas gleivių kitimo požymis. Jei gleivių kitimo požymis yra vėlesnis nei apskaičiuota diena remiantis taisykle „Minus 20“, vadovaujamas pastarąja taisykle.

Vadinasi, *vaisingos fazės pradžia* pagal gleivių kitimą bus pirmoji diena, kai moteris pastebi gleives („sausos“ ANF atveju) ar besikeičiančias gleives („drėgnos“ ANF atveju).

Vaisingos fazės pabaiga nustatoma pagal gleivių piką. (Kaip minėta, gleivių pikas – paskutinė diena, kai moteris juto „slidumą“ ir (ar) matė skaidrias, tąsias, slidžias gleives). Vaisingos fazės pabaiga yra trečias vakaras po gleivių piko.

7.3.6. Vaisingos fazės ribų nustatymas matuojant BKT

BKT pakilimas fiksuojamas tada, kai BKT reikšmės tris rytus iš eilės yra aukštesnės už prieš tai buvusias šešias žemos BKT reikšmes, o trečioji pakilusios BKT reikšmė būtinai yra bent jau 0,2 °C aukštesnė už aukščiausią, prieš tai buvusių šešių žemos BKT reikšmių rodmenį. Norint nustatyti pakilusios temperatūros reikšmes, kiekviena nauja užfiksuota reikšmė kasdien lyginama su prieš tai buvusiomis šešiomis. Į staigius temperatūros šuolius ar kritimus nekreipiamas dėmesio ir jie neskaičiuojami. Jei taikant šias taisykles BKT pokyčio neįmanoma atsekti, reikia toliau stebėti BKT ir vertinti jos pokyčius.

Taikant simptoterminį metodą užtenka nustatyti, kada pirmoji ir antroji pakilusios BKT reikšmės būna virš dengiamosios linijos, o trečioji mažiausiai 0,2 °C virš jos. Dengiamoji linija:

- brėžiama ciklo lentelėje, temperatūros žymėjimo dalyje, per aukščiausią žemos BKT reikšmės tašką,
- brėžiama virš šešių be trukdymų pamatuotų paskutinių žemos BKT taškų, kad būtų galima atskirti juos nuo pakilusios temperatūros reikšmių;
- prieš BKT pakilimą turi būti užfiksuoti mažiausiai 6 žemos BKT taškai (žr. 28 pav.).

Jei paaiškėtų, kad tarp trečiosios pakilusios BKT reikšmės ir dengiamosios linijos skirtumas nesiekia $0,2\text{ }^{\circ}\text{C}$, tektų laukti 4-osios BKT reikšmės.

Vaisingo laikotarpio pabaigą nustatyti lengviausia. Stebimi temperatūros pokyčiai ir gleivių piko požymių kitimas: nevaisingas laikotarpis po ovuliacijos prasideda arba trečią vakarą po gleivių piko, arba trečią pakilusios BKT vakarą (skaičiuojant nuo pirmosios pakilusios BKT reikšmės virš dengiamosios linijos). Atsižvelgiama į tai, kuris požymis pasireiškė vėliau (žr. 28 pav.).

7.3.7. Vaisingos fazės nustatymo taisyklės

Pagal simptoterminio metodo taisykles užpildyta lentelė pavaizduota 28 pav. Šie užrašai ir žemiau pateiktos taisyklės padės nustatyti vaisingos fazės ribas:

1. Atkreipkite dėmesį į lentelės numerį kairiajame stebėjimų lapo kampe (lentelės numeris atitinka stebėtų ciklų skaičių). Norint taikyti taisyklę „Minus 20“, reikia turėti ne mažiau kaip 6 ciklų duomenis. Pavyzdyje pateikta lentelė Nr. 13, t. y. tryliktas stebimas ciklas. Vadinas, nustatant vaisingos fazės pradžią galima taikyti taisyklę „Minus 20“.

2. Patikrinkite, ar praėjusiame cikle buvo užfiksuotas BKT pakilimas. Jei menstruacinis kraujavimas nėra tikros mėnesinės (praėjusiame cikle nebuvo BKT pakilimo) ar ciklai tik pradėdami stebėti, vaisingos fazės pradžia laikoma pirmoji ciklo diena. Pateiktame pavyzdyje pažymėta, kad praėjusiame cikle BKT buvo pakilusi.

3. 28 pav. pateiktoje ciklo stebėjimo lentelėje taikant taisyklę „Minus 20“ apskaičiuota, jog šešta diena yra paskutinė ankstyvosios nevaisingos (ikiovuliacinės) fazės diena.

4. Kadangi gleivės pasirodo tik 7-ą ciklo dieną, remiantis taisykle „Minus 20“ vaisingos fazės pradžia yra 7-oji ciklo diena.

5. BKT kreivės interpretacija. Akivaizdu, kad šiame cikle nustatytas BKT pakilimas (16-ą ciklo dieną) yra vaisingos fazės pabaiga. Nevaisinga (poovuliacinė) fazė turėjo prasidėti 3-iąją vakarą pakilus BKT, t. y. 17-ą ciklo dieną. Tačiau būtina atsižvelgti ir į gleivių kitimo požymius, ir remtis vėlesniu požymiu.

6. Gleivių pikas pateiktoje ciklo stebėjimo lentelėje nustatytas 12-ą ciklo dieną. Vadovaujantis gleivių kitimo požymiu vaisingos fazės pabaiga yra trečias vakaras po nustatyto gleivių piko, t. y. 15-os ciklo dienos vakarą, bet BKT pakilimas užfiksuotas diena vėliau, todėl nevaisinga (poovuliacinė) fazė prasidėjo **16-os ciklo dienos vakarą** (lėmė vėlesnis požymis).

[illegible]

28 pav. Uzpildytos ciklo lentelės pavyzdys (Obelenienė, Rudzinskas, 2010)

7.3.8. Simptoterminio metodo taisyklės planuojant šeimą

7.3.8.1. *Siekiant nėštumo*

Jei sutuoktiniai nori susilaukti kūdikio, pirmiausia turėtų stebėti vaisingų gleivių pokyčius. BKT pakilimas rodo įvykusią ovuliaciją ir siekiant nėštumo šis požymis jau nenaudingas. Patarimas, kad lytinis aktas turi sutapti su ovuliacija, yra nevertingas. Nė vienas iš aptartų vaisingumo požymių nerodo ovuliacijos dienos – jie kalba apie vaisingą menstruacinio ciklo tarpą. Palankiausias laikas pastoti – iki gleivių piko, kai moteris mato ar jaučia besikeičiančias gleives. Moteris turėtų labiau vadovautis tuo, „ką jaučia“, o ne tuo, „ką mato“, nes atsiradęs slidumo pojūtis rodo tinkamiausią laiką pastoti.

7.3.8.2. *Jei siekiama atidėti nėštumą ar visai vengiama pastoti*

Esant svarbioms priežastims, šeimos nusprendžia atidėti nėštumą, o labai ypatingais atvejais – visai nepastoti. Tokiais atvejais sutuoktiniams reikėtų nuosekliai laikytis šių taisyklių:

1. Penktą ciklo dieną pradėti rytais matuoti BKT. Kiekvieną dieną stebėti gleivių požymius („ką matau“ ir „ką jaučiu“ – pastarasis požymis svarbesnis). Termometro rodmenis būtina užsirašyti ciklo stebėjimo lentelėje kiekvieną rytą, gleivių stebėjimus – kiekvieną vakarą.

2. Vaisingos fazės pradžia atpažįstama pagal gleivių požymius ir, jei jau galima naudotis, pagal taisyklę „Minus 20“. Jei remiantis gleivių požymiais nustatyta vaisingos fazės pradžia nesutampa su nustatyta pagal taisyklę „Minus 20“, būtina vadovautis ankstesniu požymiu.

3. **Visos vaisingos fazės metu privaloma susilaikyti nuo lytinių santykių.** Tai viena pagrindinių sąlygų siekiant NŠP metodo veiksmingumo. Deja, šios sąlygos dažnai nesilaikoma. Netgi PSO šeimos planavimo vadovėlyje pateikta klaidinga informacija, esą nustačius vaisingą fazę galima naudoti barjerines priemones (WHO, 2007, 252).

4. Vaisingos fazės pabaigą padeda atpažinti:

- *gleivių pikas*: trečias vakaras po gleivių piko – vaisingos fazės pabaiga;
- *BKT pakilimas*: jei visos pakilusios be trukdžių BKT reikšmės yra virš dengiamosios linijos, o trečioji bent 0,2 °C aukščiau, tai trečias pakilusios temperatūros vakaras yra nevaisingos fazės pradžia.

5. Būtina sulaukti abiejų nevaisingos fazės pradžią patvirtinančių ženklų. Jei jie nesutampa, reikia vadovautis vėlesniu požymiu.

6. Nevaisingos fazės metu jokių apribojimų nėra.

Savikontrolės klausimai

1. Apibūdinkite vaisingumo pažinimo sampratą.
2. Pateikite natūralaus šeimos planavimo apibrėžimą pagal PSO.
3. Kodėl NŠP metodai nėra kontracepcija, nors ir gali būti naudojami siekiant atidėti nėštumą ar visai vengiant pastoti?
4. Kuo skiriasi viensimptomiai ir keliasimptomiai NŠP metodai?
5. Kaip nustatyti vaisingos fazės pradžią pagal taisyklę „Minus 20“ naudojant simptoteterminį metodą? Kokie yra taisyklės „Minus 20“ taikymo apribojimai?
6. Kaip atpažinti vaisingos fazės pradžią remiantis taisykle „Minus 20“ ir gleivių kitimo požymiu?
7. Kas yra bazinė kūno temperatūra? Išvardykite BKT matavimo taisykles.
8. Kaip nustatomas BKT pakilimas? Kaip brėžiama dengiamoji linija ir ką ji padeda nustatyti?
9. Kaip atpažinti vaisingos pradžios pabaigą naudojantis BKT pakilimu ir gleivių piko požymiais?

Savarankiško darbo užduotis

Nustatykite vaisingos fazės ribas pagal taisyklę „Minus 20“, remdamiesi BKT pakilimu, gleivių kitimo požymiu ir gleivių piko požymiu pateiktame pavyzdyje.

Papildomi duomenys: ciklo lentelės Nr. 15. Praėjusiame cikle BKT nepakilo. Moteris siekia atidėti nėštumą ir BKT matuoja po liežuvio 7 val. ryte.



1. Culwell K. (2009) Why Family Planning? // Training Course in Sexual and Reproductive Health Research, 2009 February 9, Geneva. Prieiga internete http://www.gfmer.ch/Medical_education_En/PGC_SRH_2009/Why_family_planning_Culwell_2009.htm.
2. Gaffield M. L. WHO's evidence-based guidelines for family planning. Paper presented at: Training Course in Sexual and Reproductive Health Research, 2009 February 11, Geneva: http://www.gfmer.ch/Medical_education_En/PGC_SRH_2009/pdf/WHO_EB_guidelines_family_planning_Gaffield_2009.pdf.
3. Kippley J. F., Kippley S. (2000). The Art of Natural Family Planning. Cincinnati: CCL.
4. Obelenienė B., Rudzinskas V. (2010). Kaip atpažinti savo vaisingumą ir natūraliai planuoti šeimą. Kaunas: Artuma.
5. World Health Organization (1988). Natural family planning. A guide to provision services. Geneva: WHO.
6. World Health Organization (2007). Family Planning: A Global Handbook for Providers. Prieiga internete <http://info.k4health.org/globalhandbook>.

8 skyrius

VIENSIMPTOMIAI NATŪRALAUS ŠEIMOS PLANAVIMO METODAI

8.1. Kalendorinis metodas

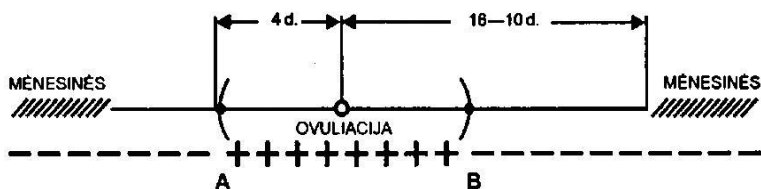
Istoriškai seniausias metodas – kalendorinis, arba ritmo, metodas – nebepriskiriamas NŠP metodų grupei, nes pagrįstas išankstiniu apskaičiavimu, o ne nuolatinio vaisingumo ženklų stebėjimu ir yra mažai veiksmingas. Dėl šių priežasčių jis neatitinka NŠP metodams keliamų reikalavimų (neatitinka ir PSO suformuluoto NŠP metodų apibrėžimo). Vis dėlto ir šį metodą verta aptarti – praktika rodo, kad taikydamos bet kurių šeimos planavimo metodą moterys atsižvelgia ir į kalendorinius skaičiavimus.

Jau seniausiais laikais buvo svarstoma apie moters vaisingumo ciklą. Štai 1000 m. pr. Kr. gyvenęs Sushruta manė, jog vaisingos yra pirmosios 12 ciklo dienų. Charata, gyvenęs 900 m. pr. Kr., šį tarpą pratęsė iki 16 dienų. Aristoteliui atrodė, kad moteris vaisinga tik 5 ciklo dienas. Graikų gydytojas Soranas tikėjo ovuliaciją įvykstant tuoj po mėnesinių, kol gimda „yra tuščia ir pasiruošusi priimti sėklą“. XI amžiuje Maimonidas prakalbo apie vaisingumą ciklo viduryje, bet vaisinga laikė tik vieną dieną. Pseudoteorijos baigėsi tik trečiajame XX amžiaus dešimtmetyje, kai japonas Kyusaku Ogino ir austras Hermannas Knausas nepriklausomai vienas nuo kito įrodė, jog ovuliacija ir vaisingumo pikas būna vidutiniškai 14 dienų iki mėnesinių (Flynn, Brooks, 1990, 4).

8.1.1. Kalendorinio metodo pagrindimas

Kalendorinis metodas pagrįstas šiais faktais:

- ovuliacija įvyksta 10–16 dienų prieš mėnesines (liuteininė fazė trunka vidutiniškai 14 dienų);
- pagal paskutinių 6–12 ciklų trukmę prognozuojamas ovuliacijos laikas;
- įvertinama, kiek ilgiausiai gali išlikti gyvybingi spermatozoidai ir kiaušialąstė;
- rekomenduojami tokie kalendoriniai skaičiavimai (žr. 29 pav.):



29 pav. Vaisingo tarpsnio nustatymas kalendoriniu metodu
(Narbekovas, Obelenienė, Rudzinskas, 2004, 44)

„–“ – nevaisingos dienos; „+“ – vaisingos dienos; „O“ – ovuliacija.

„A“ – paskutinė ikiovuliacinės fazės nevaisinga diena. Iš trumpiausio ciklo (per paskutinius 6–12 mėnesių) dienų reikia atimti 20 (14 + 6, kur „14“ – vidutinis dienų skaičius nuo ovuliacijos iki kitų mėnesinių, „6“ – maksimalus dienų skaičius, kurias gali išgyventi spermatozoidai gimdos kaklelio gleivėse).

„B“ – paskutinė vaisingos fazės diena. Iš ilgiausio ciklo per tą patį laiką reikia atimti 10 (minimali liuteininės fazės trukmė vaisingame cikle).

Pavyzdžiui, paskutinių 12-os ciklų trukmė 27 28 30 28 27 29 30 29 27 27 28 29. Taikant kalendorinį metodą skaičiuojama taip:

$27 - 20 = 7$ (paskutinė nevaisinga diena prieš ovuliaciją)

$30 - 10 = 20$ (paskutinė vaisinga diena po ovuliacijos)

Vadinasi, galima spėti, jog kito ciklo vaisinga fazė greičiausiai bus nuo 8 iki 20 dienos imtinai.

Aritmetiniais skaičiavimais pagrįstas ir kitas kalendorinio metodo variantas – *standartinių dienų metodas* (angl. *Standard Days Method*). Pasirodo, jei moters ciklų trukmė 26–32 dienos, didžiausia tikimybė pastoti 8–19 dienomis. Metodas mažiau veiksmingas toms moterims, kurių ciklai trunka trumpiau arba ilgiau nei 26–32 dienas.

8.1.2. Kalendorinio metodo privalumai ir trūkumai

Pagrindinis metodo trūkumas – mažas veiksmingumas. Kalendorinis metodas (pagrįstas tuo, kad ciklas yra nustatytos trukmės) nėra patikimas. Ypač netikslūs skaičiavimai, kai moters ciklai yra skirtingos trukmės; jauname amžiuje, kai prasideda mėnesinės; brandžiame amžiuje prieš menopauzę. Kalendoriniu metodu negalima pasikliauti ir po gimdymo, ypač žindant, kada mėnesinės dar neatsinaujinusios.

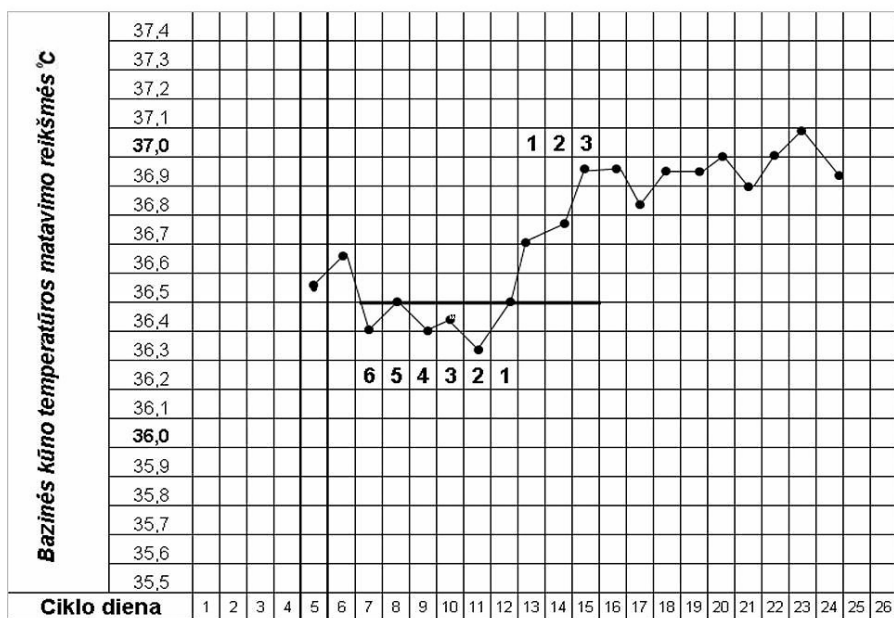
8.2. Temperatūrinis metodas

Pirmą kartą medicininėje literatūroje temperatūros kitimas moters ciklo metu buvo aprašytas 1870 m. Kiek vėliau amerikiečiai Mary Putnam Jacobi ir Johnas Goodmanas paskelbė vadinamąją *ciklinę menstruacijų teoriją*. Hipotezę, jog geltonkūnis yra tikroji hipertermijos priežastis, 1926 metais iškėlė olandų ginekologas Theodooras Hendrikas van de Velde'as. Matuoti BKT planuojant šeimą pirmasis pasiūlė vokietis Wilhelmas Hillebrantas, metodą ištobulino jo tautietis Gerhardas K. Doeringas. 1963 m. anglas Johnas Marshallas sujungė kalendorinį metodą su temperatūriniu ir pavadino jį kalkuliaciniu-temperatūriniu (Rudzinskas, 1999, 30). BKT pakilimo taisyklė:

BKT pakilimu laikomas toks temperatūros kreivės šuolis, kai BKT reikšmės tris rytus iš eilės yra mažiausiai 0,2 °C aukštesnės už prieš tai buvusias šešias žemos BKT reikšmes.

Kaip jau minėta, BKT rodo tik vaisingos fazės pabaigą, kai vaisingumo pradžia skaičiuojama nuo pirmosios ciklo dienos. Poovuliacinis nevaisingumas prasideda trečiąjį pakilusios temperatūros rytą, jei visi pakilusios temperatūros taškai yra bent 0,2 °C aukščiau už šešių dienų BKT reikšmes prieš pakilimą.

30 pav. pavaizduotoje tipinėje dvifazėje BKT kreivėje linija, brėžta tarp 36,40 °C ir 36,45 °C virš minėtų šešių žemesnės temperatūros reikšmių iki BKT pakilimo dienos, yra dengiamoji linija.



30 pav. Dvifazės BKT kreivės pavyzdys

Vadovaujantis temperatūriniu metodu, vaisingos fazės pradžia – pirmoji ciklo diena. Nevaisinga ciklo fazė prasideda trečiąją pakilusios BKT rytą (30 pav. – 20-ą ciklo dieną).

8.2.1. BKT metodo privalumai ir trūkumai

1. Temperatūrinis metodas taikomas kaip viensimptomis būdas siekiant atidėti nėštumą ar visai nebepastoti.

2. Neabejotinas metodo privalumas – jo tikslumas. BKT reikšmės gali interpretuoti ir sutuoktinis.

3. Temperatūrinis metodas yra vienas veiksmingiausių metodų siekiant atidėti nėštumą, jei laikomasi visų BKT matavimo taisyklių (žr. poskyrius 6.4.1; 6.4.2. ir 7.3.1.).

4. Metodas padeda nustatyti kiaušidžių funkcijos sutrikimus, nevaisingumo priežastis. Jei BKT išlieka pakilusi ilgiau nei 16 dienų, galima manyti, jog moteris nėščia.

5. Metodas nėra skirtas poroms, siekiančioms nėštumo, nes pakilus BKT dažniausiai jau vėlu pradėti kūdikį.

6. Metodas nelabai tinka ir moterims po gimdymo. Taip pat kai ovuliacijos nereguliarios (po hormoninių kontraceptikų vartojimo, prieš menopauzę).

7. Norint atidėti nėštumą ir tam naudojant temperatūrinį metodą, būtina lytinė abstinencija nuo pat ciklo pradžios iki trečio BKT pakilimo ryto.

Norint naudoti temperatūrinį metodą reikia atsikratyti kai kurių įsise-nėjusių mitų. Pavyzdžiui, kad BKT gali būti matuojama tik tiesiojoje žar-noje arba kad po ovuliacijos pakilusi BKT turi būti aukštesnė kaip 37 °C.

8.3. Billingso ovuliacinis metodas

Gimdos kaklelio gleivės mokslininkų aprašytos dar XIX a. viduryje (žr. posky-rį 6.2.1), tačiau kaip atskirą, moksliskai pagrįstą metodą įtvirtino Australijos gydytojas J. Billingsas septintajame dešimtmetyje. J. Billingsas 1953 m. stu-dijuodamas mokslinę literatūrą aptiko keletą pranešimų apie skaidulingas slidžias gleives, atsirandančias gimdos kaklelyje artėjant ovuliacijai. Gineko-logai ir anksčiau žinojo apie gleivių ir pastojimo glaudų ryšį, tačiau nesido-mėjo, ar moterys tai žino. J. Billingsas pripažino, jog gleivės gali būti svarbus, ovuliaciją patvirtinantis požymis. Ištyręs šimtus moterų J. Billingsas nustatė tipines gleivių kitimo fazes. Pagrindžiant metodą moksliskai buvo atliekami ir hormonų tyrimai, kurių metu nustatyti individualūs hormonų kiekio po-kyčiai organizme. Tirtos moterys, kurių ciklas normalus; maitinančios moti-nos; moterys prieš menopauzę; moterys, kurių ciklas sutrikęs; riboto vaisin-gumo moterys. Daugiausia metodą tyrė Melburno universiteto profesorius J. B. Brownas ir Monasho universiteto (Melburne, Australijoje) profesorius H. G. Burgeris. Jie nustatė, jog egzistuoja ryšys tarp estrogenų, progesterono, gimdos kaklelio išskiriamų gleivių ir ovuliacijos. 1972 m. išspausdintoje ataskaitoje skelbiama, kad gleivių požymiai ir hormonų kitimai yra susiję. Pagrindinės tyrimų išvados (Billings, Westmore, 1999):

1. Estrogenų kiekio pakilimas, lemiantis vaisingo tipo gleivių pasiro-dymą, prasideda apytiksliai 6 dienos iki ovuliacijos

2. Didžiausia estrogenų koncentracija kraujyje būna maždaug 37 val. iki ovuliacijos.

3. LH (liuteinizuojančio hormono) kiekis ima didėti apytiksliai 30–40 val. prieš ovuliaciją ir pasiekia maksimumą likus maždaug 17 val. iki ovuliacijos.

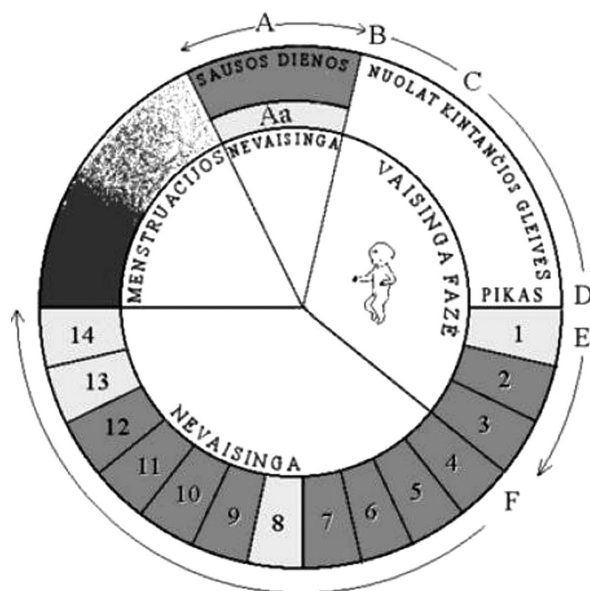
4. Gleivių pikas pasireiškia likus apytiksliai 14 val. iki ovuliacijos. Apie 85 proc. moterų gleivių pikas būna ovuliacijos dieną.

1970 m. pagal PSO rekomendacijas gydytojai E. ir J. Billingsai pakeitė metodo pavadinimą iš *ovuliacinio* į *Billingso ovuliacinį* (Corkill, Marshall, 2008, 17).

Billingso ovuliacinis metodas pagrįstas vieno požymio – gimdos kaklelio gleivių pokyčio – stebėjimu. Mokomasi atpažinti gleivių kitimus, juos vertinti ir žymėti. Naudojantis šia informacija nustatomos vaisingos fazės ribos ir elgiamasi pagal šeimos poreikius, t. y. siekiama nėštumo arba jis atidedamas.

8.3.1. Trumpas metodo aprašymas

Taikant Billingso ovuliacinį metodą menstruacinis ciklas skirstomas į 4 fazes (Billings E., Billings J., 2005). Tai menstruacijos, A – ankstyvoji nevaisinga fazė, C – vaisinga fazė, F – nevaisinga (poovuliacinė) fazė (žr. 31 pav.):



31 pav. Billingso metodo diagrama (plg. Billings E., Billings J., 2005)

Pagrindinis nevaisingumo modelis (PNM). Moteris mokoma nustatyti pagrindinį nevaisingumo požymį PNM (angl. *Basic Infertile Pattern*) ankstyvojoje nevaisingoje fazėje. PNM gali būti dvejopas: „sausas“ (nėra gleivių) ir „drėgnas“ (nekintančių gleivių požymis). Kiekvienos moters PNM individualus. Dėl įvairių priežasčių tos pačios moters PNM viename cikle gali būti „sausas“, o kitame – „drėgnas“ (nesikeičiančių gleivių).

Ankstyvoji nevaisinga fazė:

A: sausumo pojūtis makšties prieangyje. Šių dienų skaičius kiekviename cikle gali būti skirtingas: ilgame cikle daugiau, trumpame mažiau arba gali iš viso nebūti.

Aa: „drėgnas“, nesikeičiančių gleivių PNM.

Vaisinga fazė:

B: atsiradęs drėgmės pojūtis – ženklas, jog gimdos kaklelyje pradėjo gamintis vaisingos gleivės.

Bet koks **nesikeičiančių** gleivių PNM pokytis žymi vaisingos fazės pradžią.

C: nuolat kintančios gleivės. Vaisingos fazės dienų skaičius taip pat yra kintantis. Vaisingos gleivės sudaro spermatozoidams palankią aplinką. Šioje fazėje didžiausia tikimybė pastoti prieš pat ovuliaciją ir tris dienas po *piko*.

D: pikas – pati vaisingiausia ciklo diena. Makšties prieangyje juntamas „slidumas“. Pikas yra paskutinė diena, kai jaučiamas „slidumas“. Pikas beveik sutampa su ovuliacija. Skaidrios tįstančios gleivės gali būti pastebimos viena ar dvi dienos iki piko, tačiau net jei jos išnyksta, bet vis dar jaučiamas „slidumas“ – tai **piko** požymis.

E: pirmąją dieną po *piko* nebejauciamas nei „slidumas“, nei drėgmė. Pirmąją dieną po piko gali pasirodyti dribsniuotos, lipnios gleivės (truputį drėgna) arba gali jų visai nebūti (sausas). 2 ir 3 dieną taip pat gali pasirodyti dribsniuotų, lipnių gleivių (truputį drėgna) arba gali jų nebūti (sausas). Tris dienas po piko išlieka galimybė pastoti.

Nevaisinga (poovuliacinė) fazė:

F: nuo piko iki kitų mėnesinių praeina vidutiniškai 14 dienų. Nevaisinga fazė prasideda ketvirtą dieną po piko. Šioje fazėje gali pasirodyti neskaidrių, lipnių gleivių. Kiaušialąstė negyvybinga, todėl apvaisinimas neįmanomas. Prieš pat kitas laukiamas mėnesines vėl gali atsirasti drėgmės pojūtis.

8.3.1.1. *Billingso metodo naudojimo taisyklės*

Billingso ovuliacinį metodą norintys naudoti sutuoktiniai turi laikytis keturių taisyklių. Trys iš jų skirtos ikiovuliacinei fazei, viena – poovuliacinei (Corkill, Marshall, 2008, 19).

1-oji ankstyvų dienų taisyklė (angl. *Early Day Rule*)

Vengti lytinių santykių gausaus menstruacinio kraujavimo dienomis. Ciklo pradžioje sunku nuspėti, kokios trukmės jis bus. Jei ciklas trumpas, vaisinga fazė gali prasidėti tuoj po mėnesinių ar net paskutinėmis jų dienomis. Kraujas gali paslėpti vaisingas gleives.

2-oji ankstyvų dienų taisyklė

Lytiniai santykiai galimi tik kas antrą vakarą. Tai apsaugo nuo klaidų vertinant gleives kitą dieną po lytinio akto, o vakarai rekomenduojami todėl, kad galima stebėti save visą dieną.

3-ioji ankstyvų dienų taisyklė

Pasirodžius vaisingoms gleivėms ar kraujavimui (t. y. pastebėjus bet kokią PNM pokytį) siūloma susilaikyti nuo lytinių santykių. Jei ovuliacija nėra patvirtinama, reikia laukti, kol nusistovi PNM ir dar tris dienas.

Piko taisyklė

Nuo ketvirtos dienos po piko iki ciklo pabaigos lytiniais santykiais jokių apribojimų nėra.

Norint atidėti nėštumą ar daugiau nebepastoti būtina laikytis visų keturių taisyklių.

Siekiant nėštumo siūloma taikyti ankstyvų dienų taisykles. Jos padeda pastebėti, kada pasirodo vaisingos gleivės. Lytiniai santykiai atidedami, kol moteris pajaučia „slidumą“. Tai leidžia nustatyti palankiausią laiką pastoti (prieš ovuliaciją). Taigi didžiausia tikimybė pastoti, kai moteris jaučia „slidumą“ ir viena ar dvi dienos po piko.

8.3.1.2. *Metodo naudojimo taisyklės*

Moteris turi turėti bent trijų ciklų stebėjimo duomenis, kad galėtų savarankiškai taikyti metodą. Mokymosi metu, ypač pirmą mėnesį, sutuoktiniais rekomenduojama atsisakyti lytinių santykių. Po apmokymo rekomenduojama konsultuotis su NŠP mokytoju – jis padės kilus neaiškumams.

Metodą naudojančios moterys gali pasirinkti savo žymėjimo simbolius specialiose ciklo stebėjimo lentelėse. Galima naudoti savo kodus

(pavyzdžiui, stebimų gleivių sutrumpintus pavadinimus), ypač pirmaisiais stebėjimo mėnesiais, spalvų kodus ar tarptautinius simbolius, kurie suprantami visoms moterims, nepriklausomai nuo jų išsilavinimo, tautybės, rasės ir kt. Tarptautiniai kodai ypač parankūs moteriai, jei su NŠP mokytoju tenka konsultuotis el. paštu.

8.3.1.3. Ovuliacinio metodo privalumai ir trūkumai

1. Ovuliacinis metodas, priešingai nei temperatūrinis, leidžia nustatyti vaisingos fazės pradžią. Tai ypač svarbu nėštumo siekiančioms šeimoms.

2. Metodas universalus, tinka visais šeimos gyvenimo atvejais: ir planuojant nėštumą, ir norint jį atidėti, taip pat prieš menopauzę.

3. Billingso ovuliacinis metodas turi daugiausia sekėjų pasaulyje. Jis suprantamas įvairaus išsilavinimo moterims.

4. Metodas pagrįstas moksliniais tyrimais, jo veiksmingumą (tiek siekiant nėštumo, tiek norint jį atidėti ar daugiau nebepastoti) įrodė daugkartiniai tyrimai.

5. Neplanuotai pastoti galima paskutinėmis ankstyvosios nevaisingos fazės dienomis, kai išorėje gleivės nepasirodo, bet jas jau išskiria gimdos kaklelio nišos.

6. Galimi gleivių pokyčiai, jei vartojami gleivių sekreciją didinantys ar mažinantys medikamentai (pavyzdžiui, atsikosėjimą lengvinantys preparatai, mukolitikai).

7. Ovuliacinio, kaip ir visų NŠP metodų, patikimumas labai priklauso nuo tinkamo mokymo, šeimų motyvacijos ir ypač nuo to, ar laikomasi taisyklių.

8.4. Dviejų dienų metodas

JAV Georgetowno universiteto Reprodukcinės sveikatos instituto mokslininkai pasiūlė tyrimais pagrįstą supaprastintą ovuliacinio metodo variantą – *dviejų dienų metodą* (angl. *TwoDay Method*). Jis sukurtas siekiant išmokyti trečiojo pasaulio šalių moteris atpažinti dienas, kuriomis jos gali pastoti, t. y. metodas sukurtas daugiau kontracepcijos tikslais. Dviejų dienų metodo esmė – labai paprastas algoritmas: kaip ir ovuliacinio metodo naudotojos, moterys kasdien stebi savo pojūčius, gleivių išvaizdą ir

klausia dviejų paprastų dalykų: 1) Ar pastebėjau gleivių šiandien? 2) Ar pastebėjau bet kokių gleivių vakar? Jei į bet kuri iš šių klausimų atsakoma teigiamai, moteris tą dieną gali pastoti. Jei į abu klausimus atsakoma neigiamai, tikimybė pastoti tą dieną labai maža (Arévalo, Sinai, 2005, 7).

Tai daugiau kontraceptinis metodas. 2005 m. paskelbti multicentrinės studijos duomenys patvirtina, jog siekiant atidėti nėštumą šis metodas yra tikrai veiksmingas (Arévalo, Sinai, 2005).

8.5. Vaisingos fazės nustatymas instrumentiniu būdu

Kartais gali būti sunku atpažinti vaisingumo požymių kitimą naudojantis NŠP metodais. Sparti medicinos technologijų plėtra padėjo sukurti testus ir prietaisus ovuliacijai nustatyti. Tai didžiulis palengvinimas NŠP metodų naudotojams, ypač tiems, kurie galvoja, kad stebėti save ar registruoti vaisingumo požymius yra per sunku. Minėti testai ir prietaisai taip pat naudingi, kai taikyti NŠP metodą sudėtinga dėl neaiškių išskyrų ar gimdos kaklelio patologijos. Šiuo metu stebima tendencija, kad visuomenė naudoja naujomis technologijomis įvairiose srityse.

NŠP praktikoje naudojami kelių tipų prietaisai (Freundl, Godehardt, Kern, 2003):

- elektroniniai (minikompiuteriniai) termometrai;
- hormonų monitoriai (jie nustato lytinių hormonų kiekį rytiniame šlapime);
- seilių testas, nustatantis pagal seilių kristalizaciją į paparčio lapo formos kristalus. Šis būdas nėra tikslus, todėl vadovėlyje nebus aptariamas.

Vaisingumo monitoriai gali analizuoti bazinę kūno temperatūrą, hormonų koncentraciją šlapime, elektrinę seilių arba makšties išskyrų varžą. Taip pat sukurti prietaisai, analizuojantys keletą vaisingumo požymių. Vaisingumo monitoriai yra elektroniniai arba kompiuteriniai prietaisai, skirti vaisingumui pažinti. Kai kurie iš jų naudojami siekiant nėštumo, kiti tinkami naudoti ir siekiant nėštumo, ir jo vengiant. Buitinių elektroninių vaisingumo indikatorių patikimumas šiuo metu dar neprilygsta medicinos praktikoje naudojamoms technologijoms (ultragarsiniam kiaušidžių tyrimui, hormonų tyrimui kraujyje).

8.5.1. Elektroniniai termometrai

Elektroniniai termometrai paprastai gali nustatyti 0,1 °C pokyčius, be to, jie pranašesni už gyvsidabrinčius, nes trumpesnis matavimo laikas. Šveicarų išrastu elektroniniu vaisingumo indikatoriumi BIOSELF-2000 nuo ciklo pradžios matuojama BKT. BKT reikšmės pasirodo skystųjų kristalų ekrane ir išsaugomos atmintyje. Užsidegusi žalia arba raudona lemputė rodo, vaisinga ar ne konkreti diena. Kiekvieno ciklo pradžioje paspaudus papildomą mygtuką užfiksuojamas mėnesinių pradžios laikas, pagal kurį apskaičiuojama vaisingos fazės pradžia. Vaisingos fazės pabaiga nustatoma tik pagal BKT pakilimą. Bet kuriuo momentu elektroniniame termometre sukaupią informaciją galima atspausdinti specialiu spausdintuvu arba peržiūrėti skystųjų kristalų ekranelyje.

Pirmosios kartos „Bioself“ modeliu Europoje prekiaujama nuo 1984 m. Šiuo metu platinami trečiosios kartos indikatoriai. Mygtuku pažymima pirmoji mėnesinių diena ir kasdien rytais maždaug dvi minutes matuojama BKT (po liežuvio, makštyje arba tiesiojoje žarnoje). Matematiškai apdorojęs temperatūros reikšmes, mikroskaičiuotuvas pateikia informaciją apie vaisingumą užsidegusios raudonos ar žalios švieselės. Panašiu principu veikia ir kiti elektroniniai termometrai: „Ladycomp“, „Babycomp“, „Cyclotest“.

Vaisingumo pažinimo ekspertų grupė yra atlikusi nedidelės apimties lyginamuosius vaisingumo monitorių ir simptoterminio metodo tyrimus. Tiksliausiai vaisingą fazę atpažino simptoterminį metodą naudojusios moterys, o iš kompiuterinių vaisingumo monitorių tiksliausius rezultatus rodė „Cyclotest-2“ (Freundl, Frank-Herrmann, Gnoth, 2010).

Naudojant vaisingumo monitorių paprasčiau stebėti ciklą, lengviau atpažinti vaisingumo požymius, bet simptoterminis metodas vis dar yra patikimesnis. Vaisingumo monitorių kaina taip pat gerokai viršija tradicinių NŠP metodų išlaidas.

8.5.2. Hormonų monitoriai

Jau keletą dešimtmečių vaisingam laikotarpiui nustatyti naudojami estrogenų, LH ir progesterono kraujyje bei šlapime tyrimai. Pastaraisiais metais, patobulinus monokloninių antikūnų technologiją, sukurti gana paprasti šlapimo testai, kuriais tiriant rezultatus galima sužinoti per kelias minutes. Pavyzdžiui, šlapime gali būti nustatyti 10–15 mTV/ml LH pokyčiai,

kuriuos rodo pasikeitusi tyrimų lazdelės spalva, kaip „Clearplan One Step“ teste. Vaisingoje fazėje, didėjant LH koncentracijai, mėlyna spalva intensyvėja, o po ovuliacijos visai išnyksta. LH testai daugiau skirti moterims, norinčioms pastoti, todėl jų naudojimas siekiant atidėti nėštumą yra ribotas.

Didėjanti estradiolio koncentracija padeda nustatyti vaisingos fazės pradžią, o didelė pregnandiolio koncentracija rodo šios fazės pabaigą. Nustatant šių hormonų skilimo produktus galima tiksliai apibūdinti vaisingos fazės ribas. „Personal Contraceptive System“ vaisingumo pradžią rodo pagal estradiolio metabolitą – estrono gliukuronidą, o pabaigą – pagal LH koncentracijos pokytį.

Progesterono metabolito – pregnandiolio gliukuronido (PDG) – koncentracijos kitimai irgi nustatomi pagal indikatoriaus spalvos pokyčius: jie patvirtina, jog įvyko ovuliacija („Safeplan“, „RAMP-test“ testai).

8.6. Vaisingumo pažinimo ir NŠP metodų veiksmingumas

Aptariant kiekvieną šeimos planavimo metodą, neišvengiamai diskutuojama apie jo veiksmingumą. Nors skelbta daug duomenų apie NŠP metodų veiksmingumą, apie tai diskutuojama iki šiol. Diskusijas skatina NŠP filosofija ir metodika, nes NŠP metodai pagrįsti poros atsakomybe ir sąmoningumu, o ne griežtomis, vaisingumą trikdančiomis technologijomis. Akivaizdu, kad NŠP veiksmingumas labai priklauso ir nuo konkretaus pasirinkto metodo, ir nuo poros informuotumo bei motyvacijos.

8.6.1. Šeimos planavimo metodų veiksmingumo nustatymo būdai

Natūralus šeimos planavimas yra saugus, tausojantis sveikatą ir veiksmingas. Pastaruoju rodikliu dažnai manipuluojama, nes siekiant atidėti nėštumą metodo patikimumas yra svarbesnis nei moters sveikata, sutuoktinių santarvė ir šeimos tvarumas. Paprastai metodo veiksmingumas vertinamas pagal visišką pastojimų nebuvimą (100 proc.) atmetus netikėtų nėštumų dažnį. Netikėti nėštumai – tai nėštumų skaičius, tenkantis 100 porų, naudojančių metodą vienerius metus. Pavyzdžiui, jei per metus iš 100 porų, naudojančių tą patį šeimos planavimo metodą, pastoja 20, metodo veiksmingumas – 80 proc. (Kippley, Kippley, 2000, 140). Nustatyti

metodo patikimumą nėra taip paprasta, kaip gali atrodyti. Patikimumo tyrimams įtakos turi net 16 veiksnių (Kippley, Kippley, 2000, 143):

1. Tyrimo instrumento kokybė ir tyrimo duomenų analizės tikslumas;
2. Šeimos planavimo metodo naudojimo tikslumas ir pastovumas;
3. Lytinių santykių dažnis;
4. Tiriamų sutuoktinių vaisingumas (jauni; pagyvenę; turintys ar neturintys vaikų);
5. Moterų hormoninės kontracepcijos naudojimas prieš metodo patikimumo tyrimus;
6. Moters maitinimo krūtimi trukmė prieš ir per tyrimus;
7. Tiriamų moterų ciklą, per kuriuos neturėta lytinių santykių, skaičius;
8. Sutuoktinių motyvacija naudoti šeimos planavimo metodą;
9. Metodo pasirinkimo tendencijos;
10. Tiriamųjų aktyvumas tyrimo metu;
11. Tiriamųjų nusiteikimas sekti ciklą dar tris mėnesius po tyrimo (kad būtų įskaičiuoti visi netikėti pastojimai);
12. Porų, kurios negali dalyvauti iki tyrimo pabaigos, skaičius;
13. Šalis ir kultūra, kur atliktas tyrimas;
14. NŠP metodo mokymo ypatumai (savarankiškos studijos; moteris moteriai; pora porai);
15. Tinkamas mokymas;
16. Taikytos metodo taisyklės.

Veiksmingumui nustatyti taikomos kelios metodikos. Pirmoji ir iki šiol labiausiai paplitusi – *Pearlo indeksas*. Ją 1930 m. sukūrė Raimondas Pearlas. Pearlo indeksas dažnai naudojamas specialioje literatūroje kontracepcijos metodų patikimumui išreikšti. Dabar veiksmingomis vadinamos priemonės, kurių Pearlo indeksas ne didesnis už 1. Skaičiuojant Pearlo indeksą naudojamos formulės:

$$1) \text{ Pearlo indeksas} = \frac{\text{netikėtų nėštumų skaičius}}{\text{stebėtų mėnesių skaičius}} \times 1200:$$

1200 – tai 100 moterų stebėtų ciklų skaičius per metus.

Kitu atveju netikėtų nėštumų skaičius dalijamas iš ciklų skaičiaus ir dauginamas iš 1300 (vidutinis mėnesinių ciklas 28 d.; iš viso 13 mėnesinių ciklų per metus).

$$2) \text{ Pearlo indeksas} = \frac{\text{netikėtų nėštumų skaičius}}{\text{stebėtų ciklų skaičius}} \times 1300:$$

Lyginant Pearlo indeksus nustatomas skirtingų šeimos planavimo metodų veiksmingumas. Mažesnis Pearlo indeksas reiškia mažesnę neplanuoto nėštumo tikimybę.

Paprastai tyrimuose pateikiamos dvi Pearlo indekso reikšmės:

- praktinis (angl. *actual use*) Pearlo indeksas skaičiuojamas įvertinus visus nėštumus tiriamojoje grupėje ir bendrą mėnesių arba ciklų skaičių;
- metodo (angl. *perfect use or method*) Pearlo indeksas skaičiuojamas tik atskirai tiriamųjų grupei, kuri, tyrėjų duomenimis, laikėsi metodo taisyklių.

NŠP (kaip ir daugelio kitų šeimos planavimo metodų) patikimumas vertinamas pagal:

1. Metodo veiksmingumą (angl. *perfect use or method effectiveness*). Tai paties metodo nulemtas efektyvumas, kai nėra tiriamojo klaidų. Tyrime dalyvauja tik apmokyti, teisingai metodo taisykles interpretuojantys naudotojai;

2. Naudojimo veiksmingumą (angl. *actual use or typical use effectiveness*). Tiriami visi metodą taikantys asmenys. Nėra patikimų duomenų, kaip jie atpažįsta savo vaisingumą ir kaip taiko taisykles.

PSO išleistame šeimos planavimo vadovėlyje pateikiami NŠP metodų patikimumo analizės rezultatai (žr. 10 lentelę).

10 lentelė. Vaisingumo pažinimu pagrįstų šeimos planavimo metodų veiksmingumo palyginimas (WHO, 2007, 234)

Metodai	Nėštumų skaičius, tenkantis 100 moterų per metus
Kalendoriniais skaičiavimais pagrįsti metodai	
Standartinių dienų metodas	5
Kalendorinis (ritmo) metodas	9
Vaisingumo požymių stebėjimu pagrįsti metodai	
Dviejų dienų metodas	4
Temperatūrinis metodas	1
Billingso ovuliacinis metodas	3
Simptoteterminis metodas	2

Lentelėje pateikti duomenys rodo, jog siekiant atidėti nėštumą patikimiausias temperatūrinis metodas. Jo veiksmingumas net 99 proc.

Gana dažnai tenka išgirsti, kad NŠP metodai yra nepatikimi ir jų taikymas ribotas. Naujausi moksliniai tyrimai paneigia šį mitą. Vokietijoje grupė mokslininkų pirmą kartą atliko ilgalaikį, didelės apimties tyrimą, kurio metu nuodugniai analizuota ir tiriamųjų lytinė elgsena. Tyrime dalyvavo 900 moterų, stebėti 17 638 ciklai (Frank-Herrmann, Heil, Gnoth, et al., 2007). Visos moterys buvo apmokytos simptoterminio metodo taisyklių ir galėjo nuolatos susisiekti su NŠP mokytoju. Taip užtikrinta, kad metodas bus interpretuojamas teisingai ir tyrimo duomenys nebus iškreipti. Nustatyta, jog teisingai simptoterminį NŠP metodą taikančių tiriamųjų grupėje Pearlo indeksas buvo 0,4. Kaip teigiama tyrimo išvadose, „simptoterminio metodo patikimumas siekiant atidėti nėštumą prilygsta moderniems kontracepcijos metodams, tokiems kaip geriamieji kontraceptikai, o pats simptoterminis metodas yra veiksminga ir priimtina šeimos planavimo priemonė“ (Frank-Herrmann, Heil, Gnoth, et al., 2007).

Pagrindinės priežastys, kodėl tiriant gaunamas mažesnis veiksmingumas nei tikimasi:

- Mokytojo (instruktoriaus) klaidos. Mokymo proceso metu pateikiama neteisinga arba neišsami informacija.
- Tiriamojo klaidos. Neįsisavintos taisyklės, neatsakingai registruojami vaisingumo požymiai.
- Nesilaikoma metodo taisyklių. Pavyzdžiui, tiriamieji atpažįsta vaisingą ciklo fazę, bet turi lytinių santykių (nors žino, jog tuo metu jų reikėtų atsisakyti). Skirtingų autorių atlikti tyrimai (Howard, Stanford (1999); Frank-Herrmann, Heil, Gnoth, et al. (2007); Corkill, Marshall (2008) patvirtina, jog metodo patikimumas dažniausiai mažėja dėl šios priežasties.

Savikontrolės klausimai

1. Išvardykite jums žinomus viensimptomius natūralaus šeimos planavimo metodus.
2. Kodėl kalendorinis (ritmo) metodas nepriskiriamas šiuolaikiniams natūralaus šeimos planavimo metodams?
3. Kaip nustatoma nevaisingos fazės pradžia temperatūriniu metodu?
4. Išvardykite Billingso ovuliacinio metodo taisykles, kurių reikėtų laikytis norint atidėti nėštumą?
5. Išvardykite Billingso ovuliacinio metodo taisykles, kurių reikėtų laikytis siekiant susilaukti kūdikio?
6. Kas yra Pearlo indeksas?
7. Paaiškinkite, kuo skiriasi metodo veiksmingumas ir naudojimo veiksmingumas.

Literatūra

1. Arévalo M., Sinai I. (2005). Long term use of the twoday method following the efficacy study. Georgetown: The Institute for Reproductive Health of Georgetown University.
2. Billings E., Billings J. (2005). The Circular Diagram. The Mucus Pattern of Fertility and Infertility. Prieiga internete <http://www.woomb.org/bom/circdiag/circdiag.pdf>.
3. Corkill M., Marshall M. (2008). Natural fertility regulation – the Billings Ovulation Method // Australian Doctor, 19 December, 2008.
4. Frank-Herrmann P., Heil J., Gnoth C., Toledo E., Baur S., Pyper C., et al. (2007). The effectiveness of a fertility awareness based method to avoid pregnancy in relation to a couple's sexual behaviour during the fertile time: a prospective longitudinal study // Human Reproduction, vol. 22 (5), p. 1310–1319.
5. Freundl G., Frank-Herrmann P., Gnoth C. (2010). Cycle Monitors and Devices in Natural Family Planning // Journal für Reproduktionsmedizin und Endokrinologie, vol. 7, p. 90–96.
6. Freundl G., Godehardt E., Kern P. A., et al. (2003). Estimated maximum failure rates of cycle monitors using daily conception probabilities in the menstrual cycle // Human Reproduction, vol. 18, no. 12, p. 2628–2633.
7. Hilgers T. W., Stanford J. B. (1998). Creighton Model NaPro Education Technology for avoiding pregnancy: use effectiveness // The Journal of Reproductive Medicine, 43, p. 495–502.
8. Narbekovas A., Obelenienė B., Rudzinskas V. (2004). Meilė ir pasirengimas šeimai: vaisingumo pažinimas. Kaunas: VDU.
9. Rudzinskas V. (1999). Vaisingumo pažinimas. Kaunas: LIC „Už gyvybę“.
10. World Health Organization (2007). Family Planning: A Global Handbook for Providers. http://www.who.int/reproductivehealth/publications/family_planning/9780978856304/en/index.html.

V dalis

VAISINGUMO PAŽINIMAS IR
MOTERS SVEIKATA.
ŠEIMOS PLANAVIMAS
NETIPINĖSE SITUACIJOSE

9 skyrius

VAISINGUMO PAŽINIMAS NETIPINĖSE SITUACIJOSE

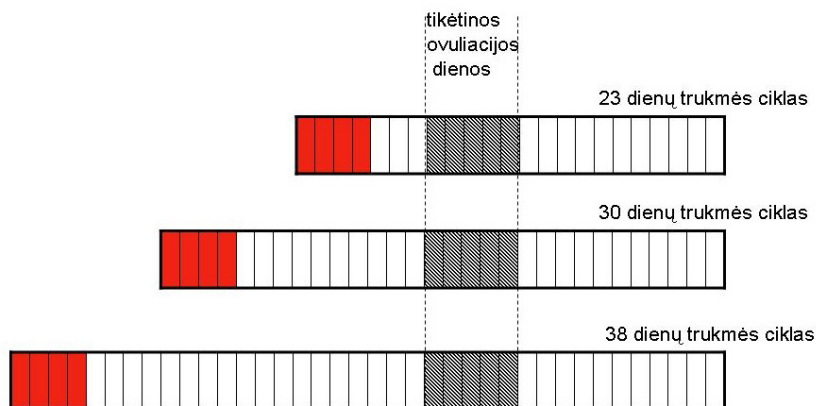
9.1. Skirtingi menstruacinio ciklo tipai

Vaisingumo pažinimas svarbus ne tik planuojant šeimą. Tai pažinimo procesas, lydinčis moterį ir padedantis jai orientuotis visose gyvenimo situacijose. Paauglystės metais, sudėtingu lytinio brendimo laikotarpiu, mergaitė supranta savo organizmo pokyčius, kurie taip pat veikia ir emocijas. Vaisingumo pažinimas padeda sutuoktiniams geriau suprasti vienam kitą (Flynn, Brooks, 1990, 7). Moteris, nuolat stebėdama menstruacinio ciklo kitimus, ne tik atpažįsta pastoti palankų periodą. Ji gali labai daug pasakyti apie savo prokreacinę sveikatą, pastebi pirmuosius kai kurių dažniausiai pasitaikančių ginekologinių ligų požymius. Galima nustatyti nereguliarių ciklą priežastį, anksti diagnozuoti nėštumą, įtarti endometriozę, sukaupti naudingos informacijos gydant nevaisingumą.

Nereguliarūs ciklai labai dažni prasidėjus mėnesinėms, pirmuosius metus. Dauguma ciklų tampa reguliariais (įprastais) ir baigtais tik moteriai peržengus 20-uosius gyvenimo metus. Nuo 40 metų amžiaus vėl padaugėja nereguliarių ciklų.

9.1.1. Reguliarus ir nereguliarus ciklas

Vidutinis įprasto ciklo ilgis 28–29 dienos, tačiau moterų, kurių ciklas pasikartoja kas 28 dienos, pasitaiko retai (Kippley, Kippley, 2000, 418). Kiekvienos moters ciklas yra skirtingos trukmės. Netgi tos pačios moters kiekvienas ciklas gali būti skirtingos trukmės. Įprastas ciklas gali tęstis nuo 25 iki 35 dienų. Toks ciklas vadinamas reguliariu. Dėl skirtingos ciklo trukmės ovuliacija vyksta skirtingomis ciklo dienomis (žr. 32 pav.).



32 pav. Skirtingos trukmės ciklai ir tikėtinos ovuliacijos dienos

Kiekvienos moters ciklas savitas, bet ir jis keičiasi. Pasitaiko nedidelių nukrypimų nuo normos dėl įvairių gyvenimo situacijų, amžiaus ar kitų priežasčių. Didelę įtaką turi fiziniai ar emociniai veiksniai, pavyzdžiui, kelionė, liga ar stresas. S. ir J. Kippley išskiriamos šios dažniausiai pasitaikančios nereguliarių ciklų priežastys (Kippley, Kippley, 2000, 417):

- netinkama mityba;
- netinkamas kūno svoris;
- stresas;
- aplinka (gali veikti net šviesa nakties poilsio metu);
- patologija.

Ciklo trukmė neretai pakinta dėl trumpos liuteininės fazės arba jei neįvyksta ovuliacija. Ciklo trukmė priklauso ir nuo amžiaus. Menstruacijoms prasidėjus (mėnesinės prasideda sulaukus maždaug 12 metų amžiaus), ciklas paprastai trunka ilgiau nei 30 dienų. Iki 41-erių metų ciklas trumpėja, po to vėl pailgėja. Tarpnis, kai baigiasi menstruacijos (apytikriai 50–55 metų), vadinamas menopauze. Sutrikimas, kai menstruacijos dingsta ilgesniam nei trijų mėnesių laikotarpiui, vadinamas amenorėja.

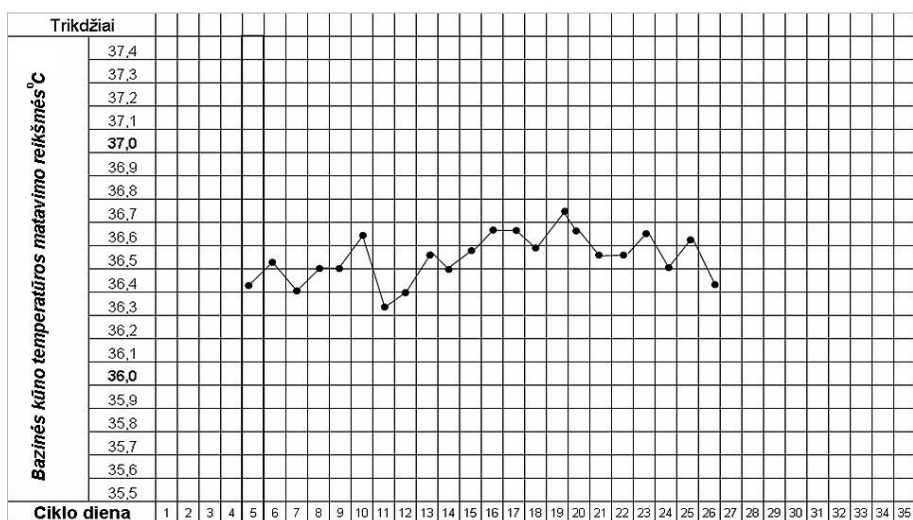
Ar ciklo eiga normali (t. y. ar yra ovuliacija ir normali liuteininė fazė), lengviausia nustatyti stebint bazinės kūno temperatūros kitimą. Jei įvyksta ovuliacija, temperatūra pakyla. Jei liuteininė fazė (nuo ovuliacijos iki paskutinės dienos prieš kitas mėnesines) normali, temperatūra išlieka pakilusi bent 10–16 dienų. Jei BKT būna pakilusi 18 dienų ar ilgiau, tikėtina, kad moteris laukiasi.

9.1.2. Ciklas su trumpa liuteinine faze

Jei antroje ciklo pusėje neišsiskiria pakankamai progesterono, temperatūra, kaip ir esant įprastam ciklui, vis vien pakils, tačiau pakilusios BKT laikotarpis bus trumpesnis nei dešimt dienų. Konsultacijų vaisingumo klinikoje duomenys rodo, kad pakilusios BKT fazės sutrumpėjimas (iki mažiau nei dešimties dienų) paprastai yra nevaisingumo simptomas. Tai vadinama liuteiniu nepakankamumu (Speroff, Glass, Kare, 1999, 1200). Ciklai su trumpa liuteinine faze dažniausiai pasitaiko tik atsiradus mėnesinėms (brendimo laikotarpiu), paskutiniaisiais metais iki mėnesinėms dingstant (prieš menopauzę), nustojus vartoti kontraceptines piliules ir žindant. Siegfriedas Bauras teigia, jog liuteinis nepakankamumas yra dažniausia laikino nevaisingumo priežastis. Tokie ciklai sudaro apie 10 proc. visų ovuliacinių ciklų.

9.1.3. Ciklas be ovuliacijos (anovuliacinis ciklas)

Jei neįvyksta ovuliacija, ciklas vadinamas anovuliaciniu. Moteris gali stebėti pasirodančias gleives, bet nemato BKT pakilimo (Kippley, Kippley, 2000, 423). Tokio ciklo temperatūros kreivė yra be BKT pakilimo (žr. 33 pav.). Anovuliaciniai ciklai dažni tik prasidėjus mėnesinėms (brendimo laikotarpiu), taip pat nustojus vartoti kontraceptines piliules, žindant ar prieš menopauzę.



33 pav. Anovuliacinio ciklo BKT kreivė

Anovuliaciniai ciklai taip pat būdingi:

- sportininkėms;
- moterims, besilaikančioms griežtų dietų – tokios moterys praranda estrogenų biosintzei būtiną riebalinio audinio minimumą.
- moterims, turinčioms valgymo sutrikimų, tokių kaip bulimija ar nervinė anoreksija.

(Kippley, Kippley, 2000, 423)

Anovuliacinių ciklų dažnumas taip pat priklauso nuo moters amžiaus (žr. 11 lentelę).

11 lentelė. Anovuliacinių ciklų dažnumas skirtingo amžiaus grupėse pagal BKT matavimo duomenis (Baur, 2001, 37)

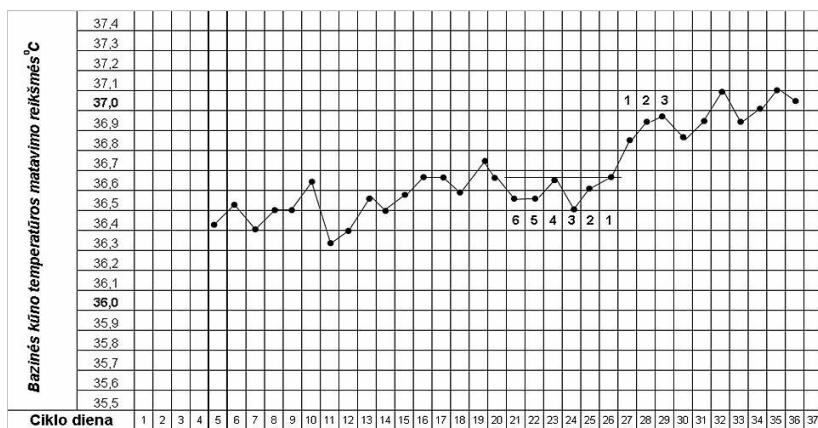
amžius metais	dažnumas
19–24	4,9 % (N = 1335)
25–29	3,0 % (N = 1888)
30–34	2,8 % (N = 1095)
35–39	0,7 % (N = 409)
40–45	4,9 % (N = 269)

9.1.4. Ciklas su ilga folikuline faze

Folikulinė fazė, trunkanti ilgiau nei 35 dienas, nėra laikoma įprasta, nes ypač ilgi ciklai neretai reiškia anovuliaciją ar liuteininę nepakankamą. Jei ciklo stebėjimo lentelėje BKT kreivė rodo normalią liuteininę fazę, nors folikulinė fazė ilgesnė nei paprastai, ciklas nelaikomas anovuliaciniu ar turinčiu nepakankamą liuteininę fazę.

BKT pakilusi tik 10 dienų (žr. 34 pav.). Šis ciklas trunka jau 36 dienos, tačiau BKT kreivė nėštumo nerodo. Vėliausiai po 6 dienų turi prasidėti mėnesinės.

Kai kurių moterų folikului subręsti reikia daugiau laiko, taigi neregularius ciklus sukelia ir kiaušidžių sutrikimai (Nadišauskienė ir kt., 2008, 7). Dažniausiai pasitaikantis sutrikimas – policistinių kiaušidžių sindromas (PKS) (angl. POD). Jį neretai rodo papildomi simptomai, pavyzdžiui, paaštrėjusi aknė ar padidėjęs kūno plaukuotumas. Tokiais atvejais taip pat sumažėja tikimybė pastoti. Šiuos sutrikimus turėtų nustatyti gydytojas.



34 pav. Užsitiesusio ciklo BKT kreivė

9.1.5. Kraujavimai ciklo metu

Ciklo stebėjimas (BKT matavimas, gimdos kaklelio gleivių stebėjimas) ir užrašai gali paaiškinti nemenstruacinį kraujavimą per įprastą ciklą, padėti atpažinti ginekologinių ligų simptomus. Mėnesinių kraujavimas yra fiziologinis procesas, einantis po ovuliacijos, jei neįvyksta apvaisinimas. Be mėnesinių kraujavimo, skiriami keli nemenstruacinio fiziologinio kraujavimo tipai (Billings, Billings, 1997, 10):

- *kraujavimas tarp menstruacijų*. Tai nedidelis tepimas iki ovuliacijos (atsiranda dėl staigaus estrogenų kiekio pakilimo, kuris savo ruožtu skatina endometriumo augimą, bet ne ovuliaciją);
- *ovuliacinis kraujavimas* laikomas fiziologiniu (kraujuojama staiga pasikeitus hormonų kiekiui);
- *implantacinis kraujavimas* gali atsirasti 6-ą dieną po apvaisinimo, jį lemia embriono implantacija. Kartais moterys šiuos kraujavimus supainioja su mėnesinėmis.

Tepimas rudomis išskyromis prieš ir po mėnesinių yra vienas iš endometrioze simptomų (Drife, Magovan, 2004, 221). Su ovuliacija ir ciklo ritmu nesusijęs kraujavimas iš gimdos rodo sutrikimą – būtina kreiptis į gydytoją ir išsitiirti dėl gimdos kaklelio pakitimų bei gimdos auglių (atlikti PAP tepinėlio⁴ testą, ultragarsinį tyrimą ir kt.).

4 Tai žodžių *Papanicolaou tepinėlis* (kitais – citologinis tepinėlis) trumpinys. Pirmą kartą tyrimą aprašė graikų kilmės amerikiečių gydytojas George'as Nicolas Papanicolaou 1928 m. Pamažu visame pasaulyje jį ėmė naudoti kaip palyginti pigų ir paprastą būdą anksti diagnozuoti gimdos kaklelio vėžį.

9.2. Vaisingumo pažinimas kaip ligų prevencija

Kaip rodo praktinio darbo patirtis, Lietuvoje didelė dalis moterų į ginekologą kreipiasi dėl sutrikusio menstruacinio ciklo (Nadišauskienė ir kt., 2008, 14, 35). Tai paprastai būna vienkartinis mėnesinių susilaikymas, pagrindinė jo priežastis – nėštumas. Nereguliarios mėnesinės (kai kurioms moterims tokios būna visą gyvenimą) vargina, kelia nereikalingą stresą. Dažni vizitai pas gydytojus sudaro rūpesčių ne tik moteriai. Pirminės sveikatos priežiūros grandies medikams irgi ne visada lengva nustatyti tikrąją nereguliarių mėnesinių priežastį.

Nereguliarių mėnesinių priežastys gali būti labai įvairios ir visai nesusijusios su ginekologinėmis ligomis. Nepaisant to, kartais pasirenkamas lengviausias kelias ir mėnesinių ciklui reguliuoti skiriamos kontraceptinės piliulės. Galima būtų nekreipti į tai dėmesio, jei sintetiniai estrogenai ir progesterono analogai neturėtų šalutinio poveikio. Žinant galimus hormoninių preparatų padarinius, per dažnas ir tyrimais nepagrįstas kontraceptikų skyrimas gydymo tikslais yra nepateisinamas. Nors mėnesinių ciklas tampa reguliarus, *dirbtinis ciklas* tik imituoja natūralų, priklauso nuo medikamentų vartojimo. Tikrosios mėnesinių ciklo sutrikimo priežastys nepašalinamos, nutraukus kontraceptinių piliulių vartojimą ciklai vėl gali tapti nereguliarūs. Priešingai: jei mėnesinių ciklo sutrikimas trumpalaikis, sukeltas streso, kūno masės kritimo, po kurio laiko praeina savaime, be kontraceptikų. Didžiausia praktinė problema yra ne pats mėnesinių ciklo svyravimas, o su juo susijęs savo vaisingumo nepažįstančios moters stresas. Todėl vaisingumo pažinimo mokytojai tokioms moterims (ypač jei jos nenori vartoti kontraceptinių piliulių) gali paaiškinti, kaip atpažinti visaverčius ciklus ir numatyti mėnesinių datą pagal BKT pakilimą.

Visaverčiu ciklu vadinamas toks ciklas, per kurį subręsta kiaušialąstė ir įvyksta ovuliacija. Tik tokio ciklo metu galimas pastojimas ir sudaromos sąlygos fiziologinei hormonų pusiausvyrai.

Ilgą laiką vykstantys anovuliaciniai ciklai (BKT vienfazė, ciklai nereguliarūs) rodo sutrikusią hormonų pusiausvyrą, todėl reikėtų aiškintis šio sutrikimo priežastis. Gydytojas gali nustatyti nereguliarių mėnesinių priežastis ir skirti gydymą. Dažniausia ilgai nevykstančios ovuliacijos priežastis – policistinių kiaušidžių sindromas. Sunkiausios jo komplikacijos – visiškas mėnesinių išnykimas, nevaisingumas. Kiekvienu konkrečiu

atveju gali reikėti skirtingo gydymo.

Patvirtintas policistinių kiaušidžių sindromo ir II tipo cukrinio diabeto ryšys. Laiku nustatytas policistinių kiaušidžių sindromas ir atitinkamos sveikos gyvensenos rekomendacijos gali atitolinti II tipo cukrinį diabetą (Nadišauskienė ir kt., 2008, 35).

Vaisingumo stebėjimo įgūdžiai ir sukaupta informacija apie mėnesinių ciklus praverčia aiškinantis nevaisingumo priežastis. Analizuodami BKT kreives, gydytojai sprendžia apie liuteininės fazės visavertiškumą, paneigia anovuliacinių ciklų galimybę, įvertina nereguliarių kraujavimų ir mėnesinių ciklo fazės ryšį, įtaria endometriozę. Šeima, pažindama savo vaisingumą, gali numatyti palankiausią periodą pastoti.

Išmananti vaisingumo pažinimo principus, atpažįstanti gleivių pokyčius ir teisingai juos interpretuojanti moteris gali pastebėti netipinį gleivių vaizdą. Pakitusios gleivės neretai rodo lytinės sistemos infekciją ar ligą, todėl moteris turi daugiau galimybių neatidėliodama kreiptis į gydymo įstaigą ir pradėti gydytis ankstyvoje ligos stadijoje.

M. Corkill ir M. Marshall (2008) pateikia kelis pavyzdžius, kaip vaisingumo požymių stebėjimas padėjo anksti nustatyti ligą. Vienas iš pavyzdžių tikrai vertas dėmesio:

30-ties metų moteris, įgudusi Billingso ovuliacinio metodo naudotoja, kreipėsi į NŠP mokytoją, kai pastebėjo, kad pasikeitė vaisingo tipo gleivių požymis, piko požymis ir po jo einančios menstruacijos. Iki tol moters ciklai ir vaisingumo požymiai buvo reguliarūs. Moteris pastebėjo, jog dviejuose iš eilės cikluose po piko pasireiškė vaisingų gleivių požymiai: ji vėl matė skaidrias, tąsias gleives ir jautė „slidumą“. Įtarti gimdos kaklelio pokyčiai, todėl moteris skubiai nusiūsta pas gydytoją. PAP tepinėlis patvirtino, jog yra vėžinių ląstelių. Kolposkopu nustatyta gimdos kaklelio displazija. Po biopsijos moteris skubiai operuota. Po vienuolikos metų ši moteris buvo gyva ir sveika, nes vaisingumo pažinimas padėjo laiku diagnozuoti sunkią ligą (Corkill, Marshel, 2008, 23).

Savikontrolės klausimai

1. Koks ciklas laikomas reguliariu?
2. Koks ciklas laikomas nereguliariu?
3. Dėl kokių priežasčių ciklai tampa nereguliarūs?
4. Apibūdinkite anovuliacinį ciklą.
5. Kokie yra visaverčio ciklo požymiai?
6. Kaip turėtų elgtis natūralaus šeimos planavimo mokytojas, jei moteris kreipiasi į jį dėl nereguliaraus ciklo?

Literatūra

1. Baur S. (2001). Neue Erkenntnisse zur Physiologie des weiblichen Zyklus // Bundesdeutscher Kongress über Natürliche Familienplanung (NFP). Köln, 07, bis Marz 1997. P. 34–43.
2. Billings E., Billings J. (1997). Teaching the Billings Ovulation Method. Melbourne: Ovulation Method Research and Reference Centre of Australia.
3. Corkill M., Marshall M. (2008). Natural fertility regulation – the Billings Ovulation Method // Australian Doctor, 19 December, 2008.
4. Drife J., Magowan B. A. (2004). Clinical obstetrics and gynaecology. Edinburg: Saunders.
5. Flynn A., Melissa Brooks (1990). A Manual of Natural Family Planning. London: Guernsey Press.
6. Kippley J. F., Kippley S. (2000). The Art of Natural Family Planning. Cincinnati: CCL.
7. Nadišauskienė R. ir kt. (2008). Ginekologinė endokrinologija. Kaunas: Vitae litera.
8. Speroff L., Glass R. H., Kare N. G. (1999). Clinical gynaecologic endocrinology and infertility. Baltimore.

10 skyrius

VAISINGUMO PAŽINIMAS IR ŠEIMOS PLANAVIMAS PO GIMDYMO

10.1. Maitinimo krūtimi svarba ir žindymo ypatumai

Maitinimas krūtimi gyvybiškai svarbus tiek kūdikių, tiek motinų sveikatai. Taip pat seniai pastebėta, jog žindanti moteris kurį laiką yra nevaisinga. Šiandien žindymo svarba planuojant šeimą jau pagrįsta ir mokliškai.

Žindymas – ne tik kūdikio pasotinimas, tai neatsiejamas motinos ir vaiko ryšys, kai patenkinami visi būtiniausi ir kūdikio, ir motinos natūralūs poreikiai. Vargu ar įmanoma rasti kitą tokį reiškinių, kada vienu metu juntama dvasinė ir fizinė vienovė su savo mažyliu. Maitinimas krūtimi yra vienas svarbiausių procesų, kai be jokių papildomų pastangų ir investicijų užsimezga glaudus vaiko ir motinos ryšys, kuris vėliau tampa darnių santykių su kitais žmonėmis prielaida.

10.1.1. Maitinimas krūtimi ir kūdikio sveikata

Kiekvienos motinos pienas – geriausias maistas jos mažyliui. Motinos pienas ir žindymas visiškai patenkina naujagimio poreikius. Motinos pienas turi vaiko vystymuisi būtinų medžiagų (Markūnienė, Obelenienė, Kulikauskaitė ir kt., 2003, 66). Tai:

1. Apsauginiai faktoriai: imunoglobulinai, baltieji kraujo kūneliai, oligosacharidai, lipidai.
2. Laktoferinas, lizocimas ir daug kitų naudingų medžiagų.
3. Brandinantys faktoriai: augimo faktorius, imunomodulatoriai, nukleotidai.

4. Kompensuojantys faktoriai: virškinimo fermentai, hormonai.

5. Mitybos faktoriai: riebalai, baltymai, angliavandeniai, vitaminai, mineralai.

6. Taip pat labai svarbus biopsichologinis veiksnys: žindymo metu išsiskiriantys hormonai – oksitocinas ir prolaktinas – skatina motinišką meilę ir prierašumą prie kūdikio.

7. Pastarųjų dešimtmečių tyrimai patvirtino, jog motinos pienas labai svarbus bręstančioms kūdikio ir augančioms vaiko smegenims. Tyrimais įrodyta sąsaja tarp kūdikių žindymo trukmės ir kalbinių gebėjimų bei IQ rodiklio: kuo ilgiau vaikai buvo maitinti krūtimi, tuo geresniais kalbiniais gebėjimais jie pasižymėjo.

PSO duomenimis, nepakankama ir nevisavertė mityba yra tiesioginė ar netiesioginė 60 proc. (apie 66 tūkst.) vaikų iki 5 metų visų mirties atvejų per vienerius metus priežastis. Daugiau negu du trečdaliai šių atvejų, dažnai susijusių su nežindymu, įvyksta pirmaisiais gyvenimo metais (World Health Organization, 2003). Apibendrinti PSO tyrimų duomenys apie motinos pieno reikšmę kūdikio sveikatai pateikti 12 lentelėje.

12 lentelė. Motinos pieno svarba kūdikio sveikatai (Kudzytė, Levinienė, 2002)

Ligos	Tyrimų išvados
Vėžys	Iki 6 mėn. motinos pienu maitinti vaikai rečiau suserga onkologinėmis ligomis vaikystėje.
Virškinamojo trakto ligos	Motinos pienu negavę kūdikiai 14,2 karto dažniau miršta nuo ligų, susijusių su viduriavimu. Nustatyta, kad vaikai, kurie iki 2 mėn. maitinti tik mišiniais, I tipo diabetu serga du kartus dažniau.
Staigi kūdikių mirtis	Motinos pienu nemaitintus kūdikius tris kartus dažniau ištinka staigi mirtis.
Šlapimtakio infekcija	Iki 6 mėn. motinos pienu maitinti kūdikiai penkis kartus rečiau serga šlapimo takų infekcijomis.
Ūmios kvėpavimo takų ligos	Žindomi kūdikiai 3,6 karto rečiau miršta nuo ūmios kvėpavimo takų infekcijos.
Hipotrofija	Pasaulyje apie 80 proc. 3 mėn. amžiaus krūtimi maitinamų kūdikių yra normalaus svorio; tarp maitinamų mišiniais tokių yra tik 43 proc.
Netaisyklingas sąkandis	Kuo ilgiau kūdikiai maitinami krūtimi, tuo rečiau susiformuoja netaisyklingas sąkandis.

Kūdikystėje užmegztas glaudus motinos ir vaiko ryšys laidoja visavertę asmenybės raidą. Psichiatrų nuomone, vaikai, kurių ryšys su motina nebuvo stiprus, jie buvo per mažai glaudžiami, nešiojami ir glostomi, paaugę dažniausiai linksta į ankstyvus lytinius santykius, narkotikus ir alkoholį. (Kipli, 1993, 147). Diane Bengson (1999) teigia, jog ilgą laiką krūtimi maitinti vaikai neturi lytinio tapatumo problemų: jie natūraliai priima savo lytišką kūną, sugeba užmegzti tvirtus santykius su kitais asmenimis.

Įvairiose šalyse atlikti tyrimai parodė, kad žindyti vaikai geriau mokosi, aukštesnis jų intelekto koeficientas (Kudzytė, 1999).

10.1.2. Žindymo nauda motinos sveikatai

E. Markūnienės (2003) tyrimų duomenimis, tik 20 proc. apklaustų moterų žino apie žindymo svarbą moters sveikatai, nors naudą kūdikio sveikatai paminėjo beveik visos.

Bene didžiausia nauda moters sveikatai – *žindymas mažina riziką susirgti vėžiu*. Jaunystėje krūtys jautresnės kancerogenams, todėl moterys, kurios jaunos būdamos žindė savo vaikus, yra labiau apsaugotos nuo vėžio. Laktacijos metu iš latakėlių pasišalina medžiagos, galinčios sukelti vėžį. Nustatyta, jog jei moteris žindė kūdikį ne trumpiau kaip 12 mėn., rizika susirgti krūties vėžiu jai sumažėja 3–4 proc. (Stuebe, Schwarz, 2010). 2002 m. žurnale „Lancet“ paskelbtame mokslininkų grupės straipsnyje (apžvelgtos 47 epidemiologinės studijos iš 30 šalių) pateikti skaičiais: jei moterys išsivysčiusiose šalyse gimdytų 2–3 vaikus ir žindytų juos 6 mėn. ilgiau nei įprasta, krūties vėžio atvejų sumažėtų 5 proc. (25 000 atvejų); jei žindytų 12 mėn. ilgiau – krūties vėžio atvejų sumažėtų net 11 proc. (50 000 atvejų) (Beral ir kt., 2002). Žindymas taip pat yra puiki kiaušidžių vėžio prevencija (Harmon, 2010).

Mažėja osteoporozės rizika: žindžiusioms moterims osteoporozės tikimybė, sulaukus 65 metų ir vyresnėms, mažesnė 50 proc.; jei maitino iki 9 mėn., kaulų retėjimo rizika sumažėja net 75 proc. Gimdžiusioms, bet nežindžiusioms moterims šlaunikaulio lūžio tikimybė didesnė 2 kartus. Papildomi 12-a laktacijos mėnesių mažina osteoporozės riziką 40 proc. (Henderson, 2000; Carranza-Lira, Mera, 2002).

Mažėja tikimybė sirgti reumatoidiniu artritu: moterims, žindžiusioms iki 12–23 mėn., – tikimybė mažėja 30 proc.; žindžiusioms ilgiau nei 24 mėn. – 50 proc. (Bojarskas, Kudzytė, Levinienė ir kt., 1999).

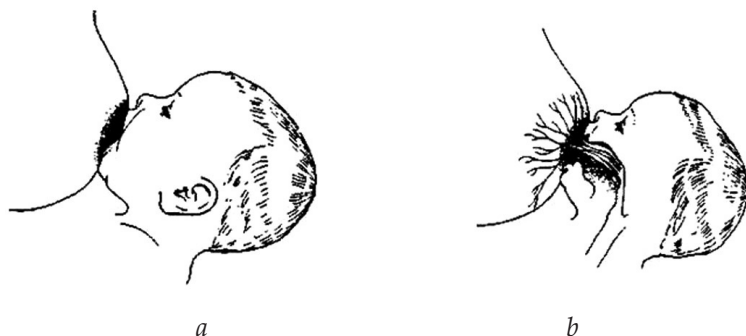
Greičiau nukrinta per nėštumą priaugtas svoris. Krūtimi maitinančioms moterims per parą papildomai reikia apie 480 kalorijų. Pitsburgo universiteto Epidemiologijos katedros mokslininkai nustatė, jog moterų po gimdymo, maitinusių kūdikius savo pienu, apimtis per liemenį vidutiniškai 7 cm mažesnė nei nemaitinusių. Mokslininkai teigia, kad riebalinis audinys skiriasi. Nėštumo metu susikaupiantys riebalai daugiausia gaubia vidaus organus. Būtent šių riebalų sankaupos didina riziką susirgti širdies ir kraujagyslių ligomis. Nustatyta, jog žindžiusios moterys turėjo 28 proc. mažiau šio pavojingo riebalinio audinio nei nežindžiusios (Harmon, 2010).

10.1.3. Laktaciją skatinantys veiksniai

Pertraukos tarp gimdymų, vaikų gyvenimo kokybė, motinos sveikata, šeimos planavimas ir kūdikio žindymas yra glaudžiai susiję. Siekdami padėti motinoms, NŠP mokytojai turėtų skatinti moteris maitinti krūtimi. Paprastai moterys teigia nustojusios maitinti, nes „pritrūko pieno“. Rasos Stundžienės, Danutės Kalibatienės ir Algimanto Vingro 2010 m. atlikta žindyvių apklausa atskleidė, jog žindymo problemų turėjo dauguma apklausoje dalyvavusių motinų (85,9 proc.). Respondentės dažniausiai skundėsi pieno trūkumu (67,3 proc.) ir įtrūkusiais, skausmingais speneliais (38,5 proc.). Ketvirtadalis tiriamųjų tvirtino, kad kūdikis neėmė krūties. Visas šias priežastis galėjo lemti žindymo technikos neišmanymas ir laiku nesuteikta pagalba (Stundžienė, Kalibatienė, Vingras, 2010, 381). Kita dažniausia nežindymo priežastis – motinos pieno pakaitalų reklama (Markūnienė, 2003). Vis dėlto svarbiausias sėkmingo žindymo veiksnys – taisyklinga žindymo technika.

10.1.3.1. Kaip taisyklingai žindyti?

Kaip jau buvo minėta, jei kūdikis prie krūties glaudžiamas netaisyklingai, jis netinkamai apžioja krūtį, todėl žandikauliu ir liežuviu negali išspausti pakankamai pieno. Krūtyse likęs pienas neskatina pieno gamybos. Nuo to, kaip kūdikis apžioja krūtį, priklauso žindymo sėkmė, t. y. ir kūdikio sotumas, ir laktacija. Jei mažylis taisyklingai glaudžiamas prie krūties, motinos spenelis liečia jo minkštąją gomurį. Jei netaisyklingai, spenelis patenka tarp kūdikio dantenų bei kietojo gomurio ir dėl to neretai sužalojamas. Ritmiškai spausdamas liežuviu kūdikis iš ančių, esančių rudajame krūties laukelyje (žr. 35 pav.), ištraukia pieną.



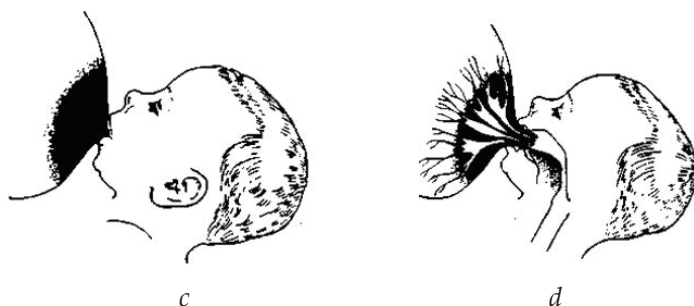
35 pav. Taisyklingai apžiota krūtis: a) bendras vaizdas; b) schema (PSO, 2002, 8)

Taisyklingo žindymo požymiai (žr. 35 pav.):

- smakriukas liečia krūtį;
- kūdikis plačiai išsižiojęs;
- apatinė lūpa išsivertusi;
- apžiota kuo daugiau krūties apatinio rudojo laukelio;
- žindant juda kūdikio ausys;
- žandai išpūsti.

10.1.3.2. Netaisyklingas žindymas

Jei kūdikis prie krūties glaudžiamas netaisyklingai (žr. 36 pav.), krūtyse lieka pieno. Tai signalas smegenims, jog pieno yra per daug, todėl jis nu-stoja gamintis. Speneliai irgi dažniausiai pažeidžiami todėl, kad kūdikis neteisingai apžioja krūtį.



36 pav. Netaisyklingai apžiota krūtis: c) bendras vaizdas; d) schema (PSO, 2002, 8)

Vis dar labai populiarūs įvairūs mitai apie tai, kas skatina žindytės pieno gamybą. Dera žinoti, kad joks maistas ir gėrimas neskatina pieno gamybos. Svarbu tik kūdikį dažnai žindyti ir taisyklingai glausti prie krūties. 1990 m. Georgetowno universiteto Reprodukcinės sveikatos institutas suformulavo 8-ias sėkmingo žindymo taisykles, kurias užtikrina taip pat ir vaisingumo slopinimą (WHO, 1993, 118):

1. Būtina pradėti žindyti iškart po gimdymo (pusės val. laikotarpiu). Kūdikį reikia paguldėti motinai ant krūtinės ir palikti su motina (kad nuogas motinos kūnas glaustųsi prie nuogo kūdikio kūnelio) bent dviem valandoms po gimdymo. Būtina maitinti kūdikį iš karto po gimdymo, nes pirmosiomis dienomis po gimdymo išsiskiriantis priešpienis turi visų kūdikiui gyvybiškai būtinų medžiagų. Žindant iškart po gimdymo greičiau susitraukia gimda, mažesnė kraujavimo rizika, skatinama laktacija.

2. Motinas būtina išmokyti glausti kūdikį prie krūties taip, kad jis būtų pajėgus ištuštinti krūtį. Sveikatos priežiūros darbuotojai irgi turi būti apmokyti, kad prireikus galėtų suteikti žindytėms reikiamą pagalbą. Dauguma problemų (įtrūkę speneliai, tariamas pieno trūkumas) kyla dėl netinkamos žindymo technikos.

3. Būtina žindyti pagal kūdikio poreikius, kai tik kūdikis išalksta (tiek dieną, tiek naktį), bet pertraukos tarp maitinimų turi būti ne ilgesnės nei 3 val. Siekiant slopinti vaisingumą pertraukos tarp maitinimų turi būti ne ilgesnės nei 4 val. dieną ir 6 val. naktį. Tačiau norint užtikrinti pieno gamybą reikia žindyti ne rečiau kaip kas 3 val. Dažnas žindymas skatina pieno gamybą ir slopina vaisingumą. Kūdikio čepsėjimas lūpomis ir krūties ieškojimas rodo, kad jis alkanas. Nereikia laukti, kol mažylis pradės verkti.

4. Po šešių mėnesių, pradėjus primaitinti, reikia žindyti prieš kiekvieną papildomą maitinimą. Taip kūdikis su motinos pienu gaus maistinių ir imunitetą stiprinančių medžiagų. Be to, bus skatinama pieno gamyba ir slopinamas vaisingumas.

5. Pirmuosius šešis mėnesius rekomenduojama žindyti kūdikį vien tik krūtimi. Primaitinant kitu maistu patariama žindyti iki 2 metų. Kūdikiui iki šešių mėnesių nereikia duoti jokio papildomo maisto ar skysčių. *Tik žindymas* reiškia, kad kūdikis maitinamas vien motinos pienu. *Beveik tik žindymas* – tai galimas minimalus maisto papildymas, įskaitant vitaminus, tačiau tai nėra daroma reguliariai. *Dažnas dalinis* maitinimas krūtimi – kai

nuolat duodama papildomo maisto. Bet kuris maitinimo modelis tinka norint skatinti nuolatinę pieno gamybą ir slopinti vaisingumą, bet turi būti maitinama dažnai (ir dieną, ir naktį). *Tik žindymas* pirmuosius šešis mėnesius kūdikiui yra sveikiausia. Antraisiais metais net 95 proc. vitamino C mažylis gauna su motinos pienu. Per motinos pieną vaikas ir toliau gauna imunitetą stiprinančių medžiagų. Tai ypač svarbu, kai kūdikį imama primaitinti kitu maistu, kai jis pradeda ropoti, vaikščioti, siekti ranka maisto, kurį valgo tėvai.

6. Būtina žindyti ir mamai ar kūdikiui susirgus (jei ligos pobūdis ir vartojami vaistai leidžia);

7. Žindomam kūdikiui neturi būti duodami buteliukai, čiulptukai, kiti dirbtiniai spenelių pakaitalai. Jei būtina atskirti motiną ir kūdikį, kūdikį reikia maitinti kitais būdais – šaukšteliu ar iš puodelio.

8. Joks maistas ar gėrimas neskatina laktacijos. Moteriai nereikia valgyti specialaus maisto ar laikytis ypatingos dietos, norint užtikrinti tinkamą pieno gamybą ir kokybę. Besilaukianti ar maitinanti motina reikalingos energijos kiekį gauna vartodama įprastą maistą. Rekomenduojama valgyti įvairesnį maistą.

Laktaciją skatina:	Laktaciją slopina:
• dažnas žindymas (būtina maitinti ne rečiau nei kas 3–4 val.); • žindymas pagal kūdikio poreikį; • kontaktas „oda prie odos“; • teisinga žindymo technika; • motinos pasitikėjimas savimi.	• ilgos pertraukos tarp maitinimų; • trumpas žindymo laikas; • neteisinga žindymo technika; • žindukai; • buteliukai; • arbatėlės; • estrogenų turinčios hormoninės piliulės; • stresas.

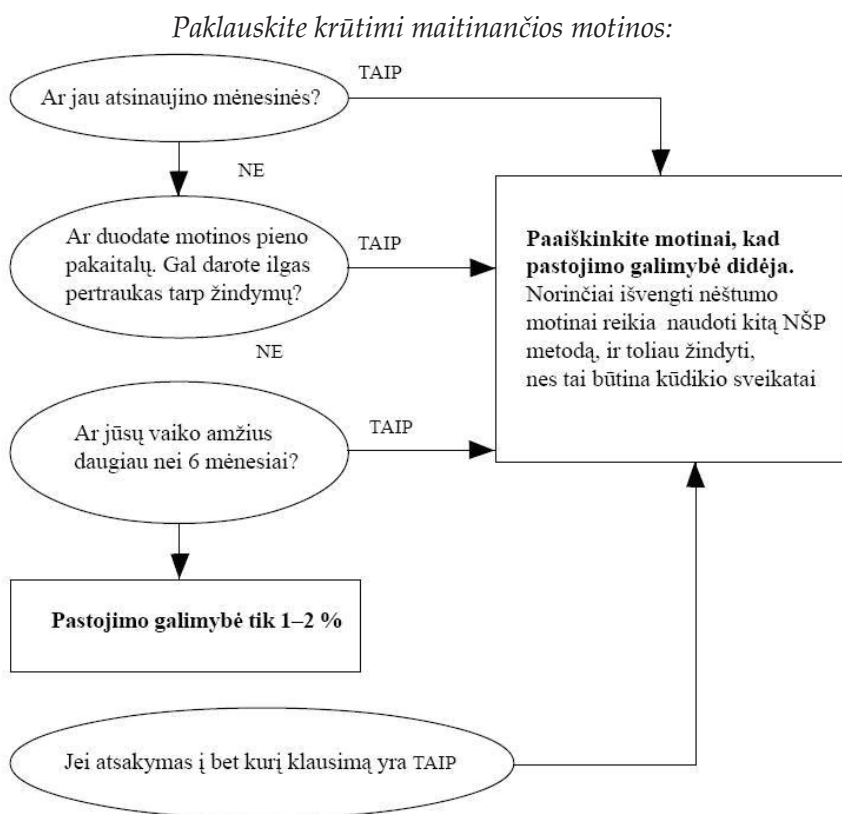
Maistas ir gėrimas tiesioginės įtakos laktacijai neturi.

10.2. Laktacinės amenorėjos metodas

Žindančioms moterims vaisingumas atsinaujina vėliau nei nemaitinančioms krūtimi.

Laikinas natūralus nevaisingumas, pasireiškiantis po gimdymo, jei moteris žindo kūdikį, pastebėtas jau seniai. Tačiau mokslškai nevaisingumo ir žindymo sąsaja pagrįsta tik 1988 metais. Bellagio (Italijoje) vykusioje PSO konferencijoje mokslininkai, apžvelgę naujausias mokslines

studijas, kuriose išsamiai paaiškintas vaisingumo slopinimo fiziologinis mechanizmas, žindymo trukmės ir laikino nevaisingumo ryšys, priėmė vadinamąjį Bellagio konsensumą. Jame teigiama, jog moteris 98 proc. negali pastoti, jei pagimdė mažiau nei prieš šešis mėnesius, jei neatsinaujino menstruacijos, jei maitina vien tik krūtimi ar beveik tik krūtimi. 1989 metais šeimos planavimo tarnybos Georgetowno universitete peržiūrėjo Bellagio konsensumą, taip pat ir publikacijas šia tema. Buvo suformuluotas laktacinės amenorėjos metodo (LAM) apibrėžimas ir jo papildomos sąlygos. Metodas pristatomas algoritmo forma (žr. 37 pav.). Tokios supaprastintos formos metodas lengvai įsimenamas, jo lengva išmokyti ir sveikatos priežiūros darbuotojus, ir moteris. Būtina žinoti, kad, pasikeitus bent vienai iš trijų LAM sąlygų, nenorinčiai pastoti moteriai reikia naudoti papildomą šeimos planavimo būdą.



37 pav. LAM algoritmas (plg. Guidelines, 1994)

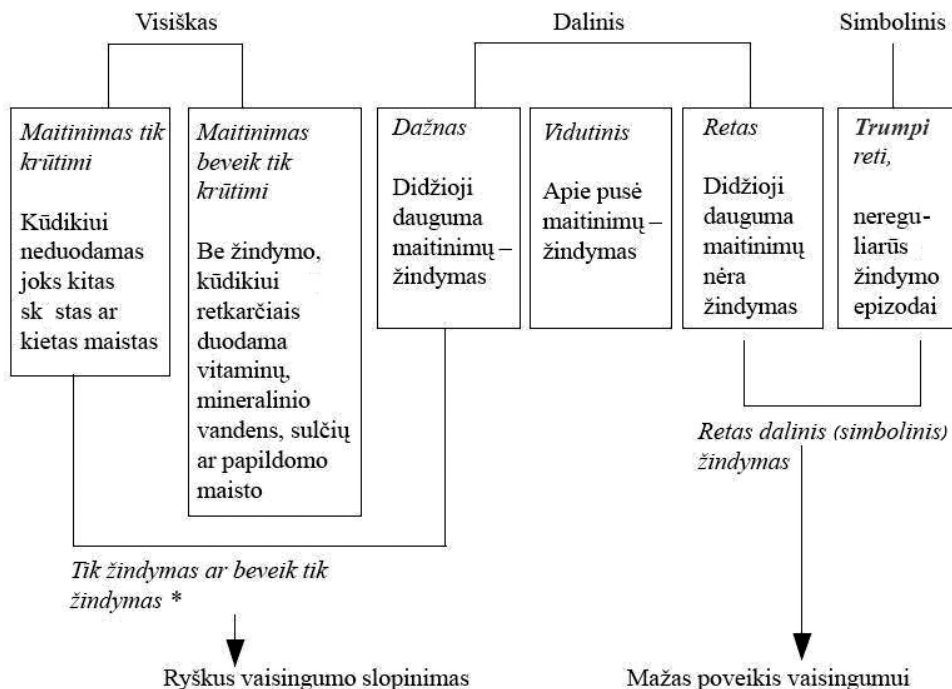
Laktacinės amenorėjos metodas (LAM) pagrįstas po gimdymo pasireiškiančiu fiziologiniu nevaisingumu, jei moteris žindo. Nevaisingumą lemia neurohormoninis ovuliacijos slopinimas. Ne pats žindymas, o LAM yra šeimos planavimo būdas. Atsinaujinusios mėnesinės rodo galimą vaisingumą. Mėnesinėmis nelaikomas kraujavimas 56 dienas po gimdymo. Jei kūdikis žindomas retai arba primaitinamas kitu maistu, gali atsinaujinti ovuliacija ir vėl atsiranda galimybė pastoti. Iš trijų LAM kriterijų šešių mėnesių laikotarpis po gimdymo yra mažiausiai svarbus. Jis pasirinktas todėl, kad tokio amžiaus kūdikį rekomenduojama pradėti primaitinti. LAM gali naudotis dirbančios moterys, jei atskirai nuo kūdikio būna ne ilgiau kaip 4–6 valandas per dieną.

LAM yra veiksmingas įžanginis NŠP metodas žindančioms moterims. Jis leidžia šeimai nepradėti kito kūdikio šešis mėnesius po gimdymo ir skatina laiku pradėti taikyti vieną iš NŠP metodų visą žindymo laikotarpį.

Vis daugiau kūdikius žindančių motinų domisi NŠP metodais. Visoms moterims svarbu žinoti, kaip geriausia planuoti šeimą laktaciniu periodu. LAM skatina laiku pradėti naudoti papildomą šeimos planavimo būdą, pirmenybę teikiant sveikatos nežalojantiems metodams. Vaisingo amžiaus moteris neretai klaidina užslėpta kontracepcijos reklama. Svarbu, kad būtų prieinama moksliniais faktais pagrįsta informacija. Siekiant užtikrinti sėkmingą žindymą ir veiksmingą LAM naudojimą, būtina pateikti tikslią informaciją apie šeimos planavimą, vaikų gyvenimo kokybę, maitinimą ir nujunkymą.

10.2.1. Maitinimo krūtimi modeliai

Esama įvairių žindymo modelių. 38 pav. pavaizduoti skirtingi žindymo modeliai, aprašyta jų įtaka vaisingumui ir pieno gamybai.



38 pav. Skirtingi žindymo modeliai (WHO, 1993, 117)

*Pertraukos tarp maitinimų neturi viršyti keturių valandų dieną ir šešių valandų naktį, o maisto papildymas negali viršyti 5–15 proc. visų maitinimų (pageidautina dar mažiau). Nors vaisingumą slopina ir dalinis žindymas, tačiau bet koks primaitinimas ar žindymo trikdymas gali lemti vaisingumo atsinaujinimą.

10.2.3. LAM veiksmingumas

Buvo atlikta daug LAM metodo veiksmingumo tyrimų. Čilėje šešis mėnesius trukusių klinikinių bandymų (juose dalyvavo 422 moterys) metu nustatytas metodo veiksmingumas – 99,5 proc. (viena moteris pastojo šestą mėnesį). Ekvadore, kur LAM populiarino šeimos planavimo tarnybos, šiuo metodu susidomėjo daug naujų naudotojų. 90 proc. žmonių jį taikė teisingai ir laiku pradėjo naudoti papildomą šeimos planavimo būdą, nors lankėsi tarnyboje tik vieną kartą. Dauguma LAM metodu buvo labai patenkinti. LAM veiksmingumas tirtas ir Ruandoje. Tyrime

dalyvavo moterys, naudojusios metodą ilgiau nei devynis mėnesius. LAM taikiusios motinos skatintos žindyti kūdikius prieš kiekvieną papildomą maitinimą. Šio tyrimo metu nėštumų nebuvo užregistruota (Guidelines, 1994).

PSO duomenimis, siekiant atidėti nėštumą LAM yra veiksmingas. Tiksliai laikantis metodo taisyklių, šimtui moterų tenka 0,9 pastojimo atvejų. Jei taisyklių laikomasi įprastai (kūdikis kartais primaitinamas arba tarp žindymų pasitaiko ilgesni intervalai nei nurodyta), šimtui moterų tenka 2 pastojimo atvejai (WHO, 2007, 319).

10.3. Vaisingumo atsinaujinimas ir šeimos planavimas po gimdymo

Moterys, kurios maitina tik krūtimi, beveik tik krūtimi ar didžiąją dalį maitinimų sudaro vien žindymas (žr. 38 pav.), pirmus šešis mėnesius po kūdikio gimimo (jei neatsinaujina mėnesinės) gali taikyti LAM. Nežindančioms moterims mėnesinės atsinaujina greičiau: 15 proc. visų nežindančių moterų mėnesinės prasideda per 6 savaites po gimdymo, 30 proc. – per 3 mėnesius po gimdymo. Daugeliu atvejų po pirmosios ovuliacijos liuteininė ciklo fazė būna nevisavertė (Čerkauskas, Markūnienė, Bartkevičiūtė, 2003, 48). Jei moteris renkasi dalinį ar simbolinį kūdikio maitinimo modelį (žr. 38 pav.) arba jei maitina motinos pieno pakaitalais, vaisingumo požymius ji turėtų pradėti stebėti gerokai anksčiau už LAM taikančias moteris.

10.3.1. BKT matavimas po gimdymo

BKT kitimai rodo įvykusią ovuliaciją, o ne jos artėjimą. Atvejai, kai po gimdymo, dar neatsinaujinus mėnesinėms, įvyksta ovuliacija, ne tokie jau reti. Žindant kūdikį ne visuomet pavyksta tiksliai laikytis BKT matavimo taisyklių. Jei moteris gali stebėti šį vaisingumo požymį, būtina prisiminti, kad matuojant BKT galima nustatyti jos pakilimą ir poovuliacinį nevaisingumą. Būtina žinoti, kad po gimdymo nevaisinga (poovuliacinė) fazė prasideda ne trečią pakilusios BKT dieną, bet ketvirtą (visos reikšmės turi būti bent 0,2 °C aukščiau dengiamosios linijos). Jei fiksuojama ilgesnė kaip 10 dienų liuteininė fazė, stebint kitus ciklus grįžtama prie įprasto vertinimo, t. y. nevaisinga fazė prasideda trečią pakilusios BKT rytą.

BKT būtinai reikėtų pradėti matuoti, jei:

- buvo kraujavimas;
- gleivių pokyčiai rodo atsinaujinusį vaisingumą,
- pasikeičia žindymo modelis (žr. 38 pav.).

10.3.2. Gleivių stebėjimas po gimdymo

Pagimdžiusiai moteriai iš visų vaisingumo požymių gleivių stebėjimas yra bene priimtinausias. Jis gali būti naudojamas kaip viensimptomis metodas, jei moteris neturi galimybės matuoti BKT. Maitinanti moteris turėtų atsiminti, jog bet koks kūdikio maitinimo pokytis (netgi kol jam dar nėra 6 mėn. pvz., nebemaitinama naktį, kūdikis serga ir mažai žinda, mama dieną būna atskirai nuo kūdikio ilgiau nei 4 val. ir pan.) gali būti prielaida vaisingumui atsinaujinti. Visais šiais atvejais moteris turi stebėti gleivių požymius. Praėjus 6 mėn. po gimdymo (jei moteris žindo kūdikį), kai jau nebegalima pasikliauti LAM, būtina pradėti stebėti gleives. Pirmiausia reikia nustatyti asmeninį nevaisingumo modelį. Šis modelis – tai nekintančių moters gleivių ar pojūčių visuma, rodanti, jog stebimi požymiai patvirtina moters nevaisingumą po gimdymo. Moterys, kurioms žindymo metu gaminasi palyginti nedidelis estrogenų kiekis, jaučia nuolatinę „sausumą“ (gali būti ir nuolatinis nekintantis „drėgmės“ pojūtis) ar mato nuolatinės, kasdien nekintančias gleives. Tai vadinama *pagrindiniu nevaisingumo modeliu* (PNM). Asmeninį PNM moteris gali nustatyti tik po 14 dienų kasdienio stebėjimo. PNM pokyčiai (kintančios gleivės, pasikeitęs pojūtis) rodo, kad kiaušidėse pradėjo bręsti folikulai, estrogenai skatina gimdos kaklelio liaukų veiklą, gaminasi ir išorėje pasirodo vaisingos gleivės. Kintančios gleivės yra požymis, jog artėja ovuliacija – ją patvirtina gleivių pikas.

Nustačius PNM, nevaisingumo laikotarpiu po gimdymo lytiniai santykiai rekomenduojami tik kas antrą vakarą. Kitą dieną po sueities moteris gali pastebėti į vaisingas gleives panašias išskyras, tai gali ją klaidinti. Todėl gleivės vertinamos kitą dieną po lytinio akto, o vakarai rekomenduojami, nes galima stebėti save visą dieną. Bet koks PNM pokytis (krajavimas ar vaisingų gleivių pasirodymas) gali reikšti vaisingos fazės pradžią, tad pastebėjus PNM pokytį rekomenduojama susilaikyti nuo lytinių santykių 3 dienas ir stebėti gleivių kitimą, kol PNM nusistovės.

Jei PNM neatsinaujino ir pasirodė kintančios vaisingos gleivės, patvirtinančios vaisingos fazės pradžią, siūloma atsisakyti sueities ir bet kokių lytinių kontaktų iki piko ir dar tris dienas po jo. Per nevaisingą (poovuliacinę) fazę jokių apribojimų nėra;

10.3.3. Taisyklės „Minus 20“ taikymas

Šia taisykle (kaip vienu iš vaisingos fazės pradžios nustatymo požymių) galima vadovautis tik po 6 visaverčių ciklų.

Visaverčiu ciklą galima laikyti tik tada, kai:

- ciklas dvifazis;
- liuteininė fazė ne trumpesnė kaip 10 dienų;
- sutampa pagrindiniai požymiai (gleivių ir BKT);
- įprasta gleivių pokyčių raida.

Savikontrolės klausimai

1. Apibūdinkite žindymo svarbą kūdikio sveikatai.
2. Kokia žindymo nauda motinai?
3. Kokios dažniausios kūdikio nežindymo priežastys?
4. Kaip reikia taisyklingai glausti kūdikį prie krūties?
5. Kokios yra aštuonios sėkmingo žindymo taisyklės?
6. Kas yra LAM?
7. Koks maitinimo krūtimi modelis užtikrina visišką vaisingumo slopinimą?
8. Ką patartumėte maitinančiai motinai, kurios kūdikiui suėjo 7 mėnesiai?
9. Kokios BKT matavimo taisyklės po gimdymo?
10. Kaip reikia stebėti gleives po gimdymo?

Literatūra

1. Bengson D. How weaning happens. Schaumburg, IL: LLLI, 1999.
2. Beral V. ir kt. (2002). Breast cancer and breastfeeding: collaborative reanalysis of individual data from 47 epidemiological studies in 30 countries, including 50 302 women with breast cancer and 96 973 women without the disease // The Lancet, 20 July, vol. 360, No. 9328, p. 187–195.
3. Bogaard van den C., et al. (1991). The relationship between breast feeding and early childhood morbidity in a general population. Family Medicine; Sept-Oct, 23 (7), p. 510–15.
4. Carranza-Lira S., Mera P. J. (2002). Influence of number of pregnancies and total breast-feeding time on bone mineral density // The International Journal of Fertility and Women's Medicine, vol. 47, nr. 4, p. 169–171.

5. Čerkauskas G., Markūnienė E., Bartkevičiūtė R. (2003). Sveika gyvenimo pradžia. Kaunas: LIC „Už gyvybę“.
6. Guidelines: Breastfeeding, Family Planning, and the Lactational Amenorrhea Method (LAM) (1994). Institute for Reproductive Health, Georgetown University.
7. Harmon K. (2010). How Breastfeeding Benefits Mothers' Health // Scientific American, April 30, vol. 2. Prieiga internete <http://www.scientificamerican.com/article.cfm?id=breastfeeding-benefits-mothers>.
8. Henderson P. H., et al. (2000). Bone mineral density in grand multiparous women with extended lactation // American Journal Obstetrics & Gynecology, vol. 182, nr. 6, p. 1371–1377.
9. Kipli Š. Kūdikio žindymas (1993). Kaunas: Farmacija.
10. Kudzytė J. (1999). Žindymas – gyvenimo mokykla // Už gyvybę, nr. 2–3, p. 8–9.
11. Kudzytė J., Levinienė G. (1998). Geriausia pradžia. Kaunas: Farmacija.
12. Markūnienė E. (2003). Medicininiai, psichologiniai ir socialiniai kūdikių žindymo veiksniai. Daktaro disertacija. Kaunas: KMU.
13. Markūnienė E., Obelenienė B., Kulikauskaitė B. ir kt. (2003). Geriausia pradžia. Ekologiškos motinystės vadovas ir mamoms, ir tėčiams. Kaunas: LIC „Už gyvybę“.
14. Stuebe A. M., Schwarz E. B. (2010). The Risks and Benefits of Infant Feeding Practices for Women and Their Children // Journal of Perinatology, vol. 30 (3), p. 155–162.
15. Stundžienė R., Kalibatienė D., Vingras A. (2010). Kūdikių mitybos ypatumai pirmaisiais gyvenimo metais // Medicinos teorija ir praktika, t. 16, nr. 4, p. 387–393.
16. World Health Organization (1993). Breast-feeding. The Technical basis and recommendation for action. Geneva: WHO.
17. World Health Organization (2003). Global strategy for infant and young child feeding. Geneva: WHO.
18. World Health Organization (2007). Family Planning: A Global Handbook for Providers. Prieiga internete http://www.who.int/reproductivehealth/publications/family_planning/9780978856304/en/index.html.

11 skyrius.

VAISINGUMO PAŽINIMAS IR HORMONINĖ KONTRACEPCIJA

11.1. Hormoninės kontracepcijos poveikis moters fiziologijai, vaisingumui ir embriono raidai

Pasaulyje hormoninė kontracepcija vartojama daugiau kaip pusę amžiaus, tačiau ji neišsprendė krizinių nėštumų problemos. Taip pat paaiškėjo, kad šios priemonės trikdo natūralius moters organizmo procesus.

Dalis žmonių žino apie hormoninių kontraceptikų galimą šalutinį poveikį ir vengia vartoti šias priemones. Vis dėlto ne visi turi vienodą išsilavinimą ir žinias, todėl labai svarbu pateikti informaciją apie hormoninių kontraceptikų veikimo mechanizmą ir poveikį moters organizmui.

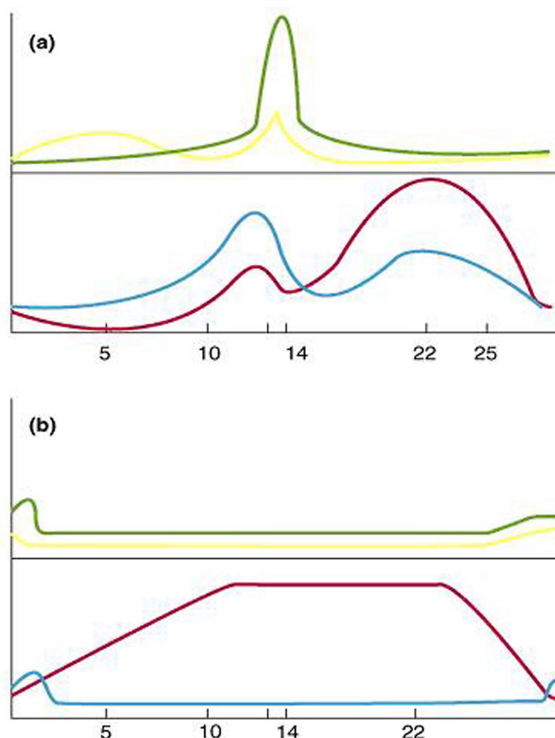
Hormoninės kontracepcijos era prasidėjo 1927 metais, kai Austrijos fiziologas Ludwigas Haberlandtas, bendradarbiaudamas su Vengrijos farmacijos kompanija „Gedeon Richter Ltd“, pasiūlė hormonei sterilizacijai naudoti preparatą „Infecundin“, pagamintą iš natūralaus kiaušidžių geltonkūnio ekstrakto.

Šiame skyriuje nekalbama apie kontraceptikų vartojimą gydymo tikslais. Aiškinama, kaip hormoniniai kontraceptikai veikia organizmą, koks jų šalutinis poveikis. Pateikiama seniai žinoma ir pati naujausia mokslinė medžiaga ypač svarbi jauniems žmonėms, nes reikia išmokyti patiems tausoti savo sveikatą.

Hormoniniai kontraceptikai – tai visų formų hormoninės kontracepcijos priemonės: sudėtinės geriamosios tabletės, poodiniai implantai, kontraceptinis pleistras, kontraceptinis žiedas ir hormoninė spiralė. Visų jų pagrindinis veikimo mechanizmas yra tas pats. Nuo kontraceptikų formos priklauso šalutinis jų poveikio dažnis.

11.1.1. Hormoninių kontraceptikų veikimo mechanizmas

Hormoniniai kontraceptikai palaiko pastovią hormonų (progesterono ir estrogenų) koncentraciją kraujyje, todėl slopinamas GnRH išsiskyrimas, blokuojama FSH ir LH gamyba (žr. 39 pav.).



39 pav. Hormoninė mėnesinių ciklo reguliacija esant a) normaliems ciklams, b) vartojant hormoninius kontraceptikus.

Vertikali ašis – hormonų koncentracija. Horizontali ašis – mėnesinių ciklo dienos.
Progesteronai – raudona linija; estrogenai – mėlyna; folikulų stimuliuojantis hormonas (FSH) – geltona; liuteinizuojantis hormonas (LH) – žalia.

Kadangi FSH stimuliuoja kiaušialąsčių folikulų brendimą, o LH skatina brandžios kiaušialąstės išsilaisvinimą iš folikulo – ovuliaciją, šių hormonų stoka lemia kiaušidžių funkcinį neaktyvumą ir slopina kiaušialąstės išsilaisvinimą: 95–98 proc. ciklų neįvyksta ovuliacija. Jei neįvyksta ovuliacija, neįmanomas apvaisinimas. Ilgalais hormoninių kontraceptikų

vartojimas slopina kiaušidžių veiklą. Folikulai beveik nesivysto, nesusidaro geltonkūnių, nebūna kitų normaliai ovuliacijai būdingų pokyčių. Kiaušidės dažniausiai sumažėja, net jei iki tol buvo padidėjusios (Jankūnas, 2001). Kontraceptinės tabletės veikia smegenis, o ne kiaušides tiesiogiai. Mokslininkai, tirdami magnetinio rezonanso tomografu (MRT), nustatė, kad hormoninius kontraceptikus vartojančių moterų smegenyse vyksta struktūriniai ir funkciniai pokyčiai (Baroncini, 2010). Pagumburio, hipofizės ir kiaušidžių sistemos aktyvacijos laikotarpiu, tai yra tais intervalais, kai hormoniniai kontraceptikai nevartojami, vyksta praeinančios mikrostruktūrų ir medžiagų apykaitos pokyčiai moterų pagumburyje (Baroncini, 2010).

Kita vertus, hormoniniai kontraceptikai tirština gimdos kaklelio gleives, o tai trukdo spermatozoidams judėti, trikdo kiaušintakių judesius, sukelia gimdos gleivinės pokyčius. Todėl net jei ovuliacija įvyksta, apvaisinta kiaušialąstė negali įsitvirtinti gimdoje. Kontracepcijos pavadinimas (lot. *contra* – prieš + (*con*)*ceptio* – pastojimas) ne visada yra tikslus, nes vartojamos kontraceptinės tabletės gali veikti ne prieš pastojimą, bet po pastojimo, t. y. sunaikinti jau pradėtą gyvybę.

Geriant hormoninius kontraceptikus moters menstruacinis ciklas praranda būdingą savybę – kaitą, išlieka tik ciklo nevaisinga (liuteininė) fazė. Šie hormoniniai preparatai ne tik slopina ovuliaciją, bet ir imituoja nėštumą, nes būtent nėštumo metu vyrauja nesikeičianti progesteronų koncentracija. Tai nėra fiziologinė organizmo būseną, todėl daromas poveikis ne tik fiziologiniams (skysčio kaupimasis ir svorio didėjimas), bet ir psichologiniams (nuotaikų kaita) moters organizmo procesams (Jankūnas, 2001; Baroncini, 2010).

11.1.1.1. Hormoninių kontraceptikų veikimo mechanizmas molekuliniuose lygmeniu

Ląstelės branduolyje yra DNR (dezoksiribonukleorūgštis), sauganti genetinę informaciją. Pagal DNR sintezuojama iRNR, o pagal ją (ribosomose) – baltymai, naudojami audinių, organų ir viso kūno ląstelių atsinaujinimui. Baltymai sintezuojami iš aminorūgščių, kurias perneša tRNR. Estrogenai, kaip ir kiti steroidiniai hormonai, patenka pro ląstelės membraną, prisijungia prie receptorių citoplazmoje, nunešami į branduolį, kur, prisijungę prie tam tikros DNR, skatina transportinės ribonukleorūgšties (tRNR) ir

informacinės ribonukleorūgšties (iRNR) sintezę. iRNR vėliau keliauja į ribosomas, kur pagal ją sintezuojami baltymai (fermentai, struktūriniai baltymai ir receptoriai). Taigi hormoniniai kontraceptikai tiesiogiai nukreipti į genus ir į jų reakcijas.

11.1.2. Hormoninių kontraceptikų poveikis vaisingumui

Po hormoninių kontraceptikų vartojimo vaisingumas paprastai atsinaujina greitai, o kartais pastojama dar vartojant kontraceptikus. Baigus vartoti kontraceptikus, daugelio moterų menstruaciniai ciklai gana greitai tampa reguliarūs. Tačiau dalies moterų – priešingai: ciklai po hormoninių kontraceptikų vartojimo tampa visiškai nereguliarūs. Viena vertus, maždaug 75 proc. moterų ovuliacija įvyksta pirmojo ciklo metu (Jankūnas, 2001), kita vertus, mokslinėje literatūroje pateikiami duomenys, kad kontraceptikus vartojusios moterys gali pastoti sunkiau už tas, kurios jų niekada nevartojo. Michaelas B. Brackenas ir kt. (1990) ištyrė, jog moterys po hormoninių kontraceptikų vartojimo pastoja po 5,88 ciklo (95 proc. CI 5,38–6,38), o nevartojusios – po 3,64 ciklo (95 proc. CI 3,49–3,79). Šie skirtumai rodo, kad hormoninius kontraceptikus vartojusios moterys pastoja maždaug dvigubai vėliau. Tai ypač aktualu moterims, kurių silpnesnė ovuliacinė funkcija yra genetiškai nulemta (Bracken, 1990). Kito tyrimo duomenys paskelbti prestižiniame žurnale JAMA. Ištyrus 3214 išteklėjusias moteris nustatyta, kad iš planuojančių nėštumą moterų 13 ir daugiau mėnesių nepastėjo 24,8 proc. praeityje vartojusių hormoninius kontraceptikus; iš nevartojusių tablečių taip pat ilgai nepastėjo tik 10,6 proc. (Linn, 1982). Duomenys apie vaisingumo atsinaujinimą po hormoninių kontraceptikų vartojimo prieštaringi. Žurnale „Fertility and Sterility“ publikuotos tyrimo išvados, kad po hormoninių kontraceptikų tikimybė pastoti 12 mėnesių laikotarpiu yra 72–94 proc. ir yra panaši kaip po gimdos spiralės naudojimo (71–92 proc.), prezervatyvų (91 proc.) ir natūralaus šeimos planavimo (92 proc.) (Barnhart, 2009). Labai svarbi R. P. Shearmanno paskelbta studija. Tirtos 69 pacientės, kurioms buvo nustatyta antrinė amenorėja (praeityje buvusių mėnesinių išnykimas), trukusi daugiau nei 12 mėnesių. Šioms moterims antrinę amenorėją sukėlė hormoniniai kontraceptikai. Pacientėms nebuvo mėnesinių, todėl jos, suprantama, negalėjo pastoti. Iš šių moterų tik 19 minėjo, kad prieš vartojant hormoninius kontraceptikus jų mėnesinių ciklai nebuvo reguliarūs. Nepaisant

nevaisingumo ir amenorėjos gydymo, 25 pacientėms mėnesinės nebeatsinaujino (Shearman, 1971).

Hormoniniai kontraceptikai ne tik slopina ovuliaciją, vartojant juos organizmas būna mažiau atsparus infekcijoms. Kontraceptinės tabletės sudaro ypač palankias sąlygas chlamidijų užkratui: šia infekcija po kontraceptikų sergama net 70 proc. dažniau (Šaulauskienė, 2001). Chlamidijų infekcija yra vienas iš negimdinio nėštumo veiksnių, todėl geriančioms kontraceptines tabletes didesnė negimdinio nėštumo rizika. Chlamidijos sukelia kiaušintakių ir kiaušidžių uždegimus. Dėl negimdinio nėštumo ir infekcinių komplikacijų neretai mažėja tikimybė pastoti. Be to, kontraceptiniai hormonai priskiriami steroidinių preparatų grupei ir veikia panašiai kaip kortizonas: mažina imunologinę organizmo reakciją, jautrumą, tačiau uždegimo neslopina. Todėl moterys laiku nesikreipia į gydytoją ir ilgai nesigydo (Šaulauskienė, 2001). Dėl infekcijos didėja persileidimo ir priešlaikinio gimdymo rizika.

Hormoniniai kontraceptikai ypač nepageidautini moterims, kurioms pasireiškia genetiniai ovuliacijos sutrikimai ir nevaisingumas (Chasan-Taber, 1997).

11.2. Hormoninių kontraceptikų poveikis renkantis vyrą

Vartojant hormoninius kontraceptikus estrogenų ir progesteronų kiekis nesikeičia – imituojama hormoninė būsena nėštumo metu. Naujausi tyrimai parodė, kad išnykusi natūrali, menstruaciniam ciklui būdinga kaita turi įtakos renkantis vyrą. Mokslininkai nustatė, jog moterys, kurių ciklas vyksta natūraliai, artimiems santykiams vyrą renkasi pagal tam tikrus veido, balso ir charakterio bruožus (Alvergne, Lummaa, 2010). Pasirodo, tai sąmoningai padeda pasirinkti genetiškai tinkamiausią būsimo vaiko tėvą, kuris savo genų rinkiniu labiausiai skiriasi nuo jos pačios. Skirtingi tėvų genai laiduoja stiprią vaiko sveikatą, stiprų imunitetą ir mažesnę paveldimų ligų riziką. Mokslinėje literatūroje nurodoma, kad hormoninius kontraceptikus vartojusių moterų vaikų genetinis rinkinys labiau homozigotinis (turintis identiškus genus porinėse chromosomose), tai gali lemti imuninės sistemos sutrikimus, silpnesnę sveikatą ar net mažesnę patrauklumą (Roberts, 2005). Ištirta, kad jei poruojasi gyvūnai, kurių genetinis rinkinys homozigotinis, didesnė savaiminio persileidimo

rizika (Beydoun, Saftlas, 2005). Tokių tyrimų su žmonėmis nėra atlikta. Genetinio skirtingumo reikšmę būsimų vaikų sveikatai patvirtina tai, kad esant panašioms tėvų genams (susituokus giminaičiams), ligų, paveldimų autosominiu recesyviniu būdu, tikimybė būna didesnė.

Moterys, kurių ciklas nesutrikdytas ir vyksta ovuliacijos, dažniau renkasi vyrus, kurių kraujyje didesnė vyriškojo lytinio hormono testosterono koncentracija. Šio reiškinio priežasties jos negali paaiškinti. Tai susiję su sąsmoningu noru turėti sveikus vaikus. Jau nustatyta, kad didesnis testosterono kiekis susijęs su imunosupresiniu (imunitetą slopinančiu) poveikiu. Tai reiškia, jog šis asmuo turi kitus genus, kurie lemia stiprią sveikatą ir atsparumą infekcijoms, t. y. jis genetiškai atsparus įvairioms infekcijoms, aukštesnė jo genetinė kokybė (Folstad, Karter, 1992). Hormoninius kontraceptikus vartojančioms moterims ne tokia svarbi vyrų veido simetrija (kuri, manoma, yra fenotipo ir genotipo kokybės požymis), balso ypatumai ir kiti požymiai, lemiantys vyro genetinę kokybę ir genetinį skirtingumą nuo jos (Feinberg, 2008). Natūraliai ovuliaciją patiriančios moterys patrauklesnės vyrams nei vartojančios kontraceptikus.

Esant normaliems ciklams moterys teikia pirmenybę vyrams, turintiems kitokių nei jų *pagrindinį audinių tapatumo kompleksą* (MHC) (angl. *Main histocompatibility complex*). MHC yra tam tikri imunologiniai žymenys žmogaus ląstelių (ypač daug jų turi leukocitai) paviršiuje, išryškinantys kiekvieno žmogaus individualumą ir genetinį skirtingumą. Be to, dėl jų imuninė sistema savo audinius atpažįsta kaip savus ir su jais nekovoja. Hormoninius kontraceptikus vartojančioms moterims patrauklesni vyrai (netgi jų kvapas), kurių MHC panašus į jų pačių. Vadinasi, jos nesugeba pasirinkti genetiškai visiškai skirtingo partnerio (Roberts, 2008). Taip pat pastebėta, kad jei moterų ir jų vyrų MHC panašus, moterys labiau linkusios būti neištikimos savo vyrui. Taigi poros santykiai mažiau patvarūs (Garver-Apgar, 2006). Be to, jei moteris pasirenka vyrą vartodama hormoninius kontraceptikus, vėliau (baigusi juos vartoti) rizikuoja nusivilti savo pasirinkimu ir nutraukti santykius.

Šie tyrimai rodo, kad hormoninius kontraceptikus vartojančioms moterims patrauklesni vyrai, kurių veidas ne toks simetriškas, silpniau išreikšti išoriniai vyriškumo požymiai ir mažiau skirtingas (nei moters) MHC rinkinys. Tokį pasirinkimą iš dalies lemia tablečių sukelti hormonų pokyčiai, kai organizme imitujamas nėštumas.

11.3. Šalutinis hormoninių kontraceptikų poveikis

Vartojant kontraceptikus gali pasireikšti įvairūs nepageidaujami simptomai. Hormoniniai kontraceptikai paprastai nesukelia ypač sunkių simptomų, bet lengvi simptomai pasireiškia gana dažnai. Nedidelis šalutinis poveikis gali būti jaučiamas net kelis mėnesius.

11.3.1. Nedidelis šalutinis poveikis

- Pykinimas, krūtų skausmas, kraujavimas ne menstruacijų metu, patinimai (tai susiję su estrogenų kiekiu).
- Galvos skausmas dažniausiai būna silpnas ir trumpalaikis, tačiau vartojant kontraceptikus migrena neretai sustiprėja ir pasireiškia dažniau.
- Nutraukus hormoninių kontraceptikų vartojimą kartais neatsinaujina mėnesinės (Jankūnas, 2001).

11.3.2. Vidutinio sunkumo šalutinis poveikis

- Gali padidėti kūno svoris, ypač vartojant preparatus, į kurių sudėtį įeina progestagenas (jis veikia panašiai kaip androgenai).
- Gali padidėti odos pigmentacija (ypač moterims, kurių oda ir taip tamsi). Baigus vartoti kontraceptikus, odos spalva paprastai tampa tokia, kokia buvo, tačiau procesas labai lėtas.
- Vartojant hormoninius kontraceptikus, į kurių sudėtį įeina progestagenas (jis veikia panašiai kaip androgenai), gali atsirasti spuogų, neretai pasireiškia vyriško tipo plaukuotumas. Jei hormoniniuose kontraceptikuose yra daug estrogenų, spuogų paprastai sumažėja.
- Gali išsiplėsti šlapimtakiai (panašiai kaip nėštumo metu), šlapime neretai atsiranda bakterijų.
- Dažniau pasireiškia ir sunkiau gydomos makšties infekcijos.
- Kai kurioms moterims išnyksta menstruacijos. Baigus vartoti hormoninius kontraceptikus, daugelio moterų mėnesinių ciklai tampa reguliarūs per kelis mėnesius. Pirmasis ciklas, kai nevartojami hormoniniai kontraceptikai, dažniausiai būna ilgesnis. Kai kada menstruacijos atsiranda tik po kelerių metų. Kai kurioms moterims, net jei neatsinaujina menstruacijos, iš krūtų išsiskiria pieno (Jankūnas, 2001).

11.3.3. Sunkus šalutinis poveikis

Venų trombozė ir embolija. Vartojant hormoninius kontraceptikus padidėja trombozės ir embolijos rizika. Hormoninių kontraceptikų sukeltami krešėjimo pokyčiai panašūs į tuos, kurių atsiranda per nėštumą: padaugėja VII, VIII, IX ir X krešėjimo faktorių, sumažėja krešėjimą slopinančio antitrombino III (Bloemenkamp, 1998). Tai susiję su hormonų pokyčiais, kai vartojant hormoninius kontraceptikus imituojamas nėštumas (vadinamasis „pseudonėštumas“). Venų trombozė ir embolija ištinka maždaug 1 iš 1000 hormoninių kontraceptikų nevartojančių moterų per metus; vartojant hormoninius kontraceptikus venų trombozės ir embolijos tikimybė didesnė apytiksliai 3 kartus. Baigus vartoti hormoninius kontraceptikus, venų trombozės ir embolijos pavojus per mėnesį tampa toks, koks buvo iki jų vartojimo. Venų trombozės ir plaučių embolijos grėsmė labiausiai padidėja, jei yra ir kitų rizikos veiksnių: kraujo stazė (sąstovis), krešėjimo faktorių perteklius ar antitrombino III stygius, trauma, genetinis polinkis ir pan. Venų trombozei ir embolijai atsirasti įtakos turi estrogenai. Ši rizika nepriklauso nuo amžiaus, buvusių nėštumų, nedidelio nutukimo ar rūkymo. Trombozės ir embolijos tikimybę lemia mažesnė antitrombino III koncentracija ir didesnė krešėjimo faktorių koncentracija, iš dalies – lėtesnė kraujo tėkmė.

Naujausi moksliniai tyrimai patvirtino, jog septyni procentai pasaulio moterų turi vadinamąjį Leideno faktorių (neseniai atrastą). Jei jį turinti moteris pradeda vartoti kontraceptikus, trombų sukeltų komplikacijų rizika jai padidėja iki šimto kartų (Švedas, 2007, 81).

Miokardo infarktas. Rizika patirti miokardo infarktą didesnė toms kontraceptikus vartojančioms moterims, kurios sirgo preeklampsija, kurių aukštas kraujospūdis arba jei jos serga cukriniu diabetu. Taip pat toms, kurių kraujyje padidėjusi lipoproteinų koncentracija. Rūkančioms moterims miokardo infarkto tikimybė kur kas didesnė.

Infarkto rizika netiesiogiai didėja ir todėl, kad hormoniniai kontraceptikai kelia arterinį kraujospūdį, taigi didėja renino ir adrenerginės sistemos aktyvumas plazmoje (Lee, 2001). Naujausi mokslininkų tyrimai rodo, jog hormoniniai kontraceptikai didina miokardo infarkto riziką apie 2 kartus (Baillargeon, 2005).

Smegenų kraujotakos sutrikimai. Vartojant hormoninius kontraceptikus, didžiausias insulto pavojus kyla vyresnėms kaip 35 metų moterims.

Nustojus vartoti hormoninius kontraceptikus, po kiek laiko ši grėsmė būna ne didesnė nei anksčiau. Kraujavimo po voratinkliniu dangalu tikimybė išlieka didesnė ir nebevartojant hormoninių kontraceptikų.

Pastaraisiais metais apibendrinus tyrimus apie įvairių veiksnių įtaką insulto atsiradimui, pateiktos įrodymais pagrįstos (angl. *evidence-based*) išvados, kad hormoniniai kontraceptikai didina insulto riziką 2–3 kartus (Chan, 2004). Palyginimui galima paminėti, jog rūkymas insulto tikimybę didina 3,5 karto, o padidėjęs kraujospūdis – beveik 10 kartų (Chan, 2004). Migrena sergančioms ir hormoninius kontraceptikus vartojančioms moterims išeminio insulto rizika didesnė beveik 9 kartus (Etminan, 2005).

Depresija (pablogėjusi nuotaika). Kai kurioms hormoninius kontraceptikus vartojančioms moterims pasireiškia depresija ir jų vartojimą tenka nutraukti. Šiuo atveju depresijai įtakos gali turėti hormoninių kontraceptikų poveikis amino rūgšties – triptofano – apykaitai smegenyse (Kulkarni, 2007; Noble, 2005). Triptofanas svarbus serotonino sintezei. Nuo serotonino priklauso nuotaika, o jo kiekio sumažėjimas nervinių ląstelių galūnėlėse sukelia depresiją. Tai, kad kontraceptinių preparatų vartojimas didina depresijos riziką, liudija ir epidemiologinė statistika: pasaulyje depresija pasireiškia 21,3 proc. moterų ir 12,7 proc. vyrų (Noble, 2005).

Vėžys. Ankstesnės kartos didelių dozių hormoniniai kontraceptiniai preparatai gerokai didino kai kurių navikų (krūties, gimdos gleivinės) tikimybę. Naujausi moksliniai tyrimai parodė, kad ir vartojant šiuolaikinius kontraceptikus gimdos kaklelio vėžio rizika yra didesnė (Appleyby, 2007). Hormoniniai preparatai ypač didelę žalą turi paauglėms. Ištirta, jog hormoninius kontraceptikus vartojančių paauglių gimdos kaklelio liaukinės ląstelės tampa imlesnės žmogaus papilomos virusui. Papilomos virusas yra vienas rimčiausių gimdos kaklelio vėžio rizikos veiksnių (Appleyby, 2007). Kita vertus, nustatyta, kad reguliariai vartojant šiuolaikinius mažų dozių hormoninius kontraceptikus mažėja tikimybė susirgti kiaušidžių vėžiu. Hormoninių preparatų ir krūties vėžio sąsaja tiksliai dar neįrodyta.

Pagal hormoninių kontraceptikų sukeliamą šalutinį poveikį sudarytas sąrašas ligų, kai šių preparatų vartoti nerekomenduojama.

11.4. Hormoninių kontraceptikų vartojimo apribojimai

Hormoninius kontraceptikus vartoti draudžiama (Koda-Kimble, 1992):

- jei yra buvę tromboembolinių sutrikimų;
- jei yra buvę smegenų kraujotakos sutrikimų (pavyzdžiui, insultas);
- išemine širdies liga sergančioms moterims;
- jei diagnozuotas ar įtariamas krūties vėžys, kitoks estrogenų veikiamas navikas;
- gerybinių ar piktybinių kepenų navikų turinčioms moterims;
- jei nustatytas ar įtariamas nėštumas;
- jei sutrikusi kepenų funkcija.

Be to, hormoninių kontraceptikų negalima vartoti paauglėms, kol neužsidaro epifizinės kremzlės, nes šie preparatai gali skatinti jų užsidarymą ir sutrikdyti augimą (Jankūnas, 2001, 49).

Hormoninius kontraceptikus galima vartoti tik išimtiniais atvejais (Koda-Kimble, 1992; Jankūnas, 2001, 49):

- jei kartojasi stiprus galvos skausmas;
- jei padidėjęs kraujospūdis (diastolinis kraujospūdis didesnis nei 90 mm Hg arba sistolinis kraujospūdis didesnis kaip 140 mm Hg trijų ar daugiau matavimų duomenimis);
- sergant cukriniu diabetu;
- sergant tulžies pūslės uždegimu;
- sergant mononukleoze;
- sergant pjautuvinių ląstelių liga (sergant šia liga, dėl hemoglobino anomalijų eritrocitai būna pjautuvo formos, dažnai atsiranda mažakraujystė);
- jei per artimiausias keturias savaites numatoma sudėtinga chirurginė operacija, ypač jei reikės ilgalaikės imobilizacijos, kurios metu moteris negalės judėti;
- jei protezuota visa koja, taip pat po sunkių blauzdos traumų;
- vyresnėms kaip 40 metų moterims, kurioms yra didesnė tikimybė sirgti širdies ir kraujagyslių ligomis;
- vyresnėms kaip 35 metų daug rūkančioms moterims (daugiau kaip 15 cigarečių per dieną).

Hormoninius kontraceptikus galima vartoti tik tam tikrais atvejais (Koda-Kimble, 1992):

- jei sutrikęs angliavandenių metabolizmas (cukraus koncentracija kraujyje didesnė), nors cukrinis diabetas nediagnozuotas; arba jei bent vienas šeimos narys serga cukriniu diabetu;
- ei nėštumo metu buvo tulžies stazė;
- sergančioms įgimta hiperbilirubinemija (Žilbero liga);
- jei anksčiau kraujavo ar dabar kraujuoja iš makšties dėl neaiškios priežasties;
- 45 metų ir vyresnėms moterims;
- jei per paskutinius vienerius metus buvo sutrikusi kepenų funkcija;
- per paskutines 10–14 dienų pagimdžiusioms išnešiotą kūdikį;
- sergančioms širdies ir inkstų ligomis;
- kai maža tikimybė, kad moteris tinkamai vartos hormoninius kontraceptikus (pvz., yra protiškai atsilikusi)
- žindyvėms;
- vartojančioms rifampiciną.

11.4.1. Ar hormoniniai kontraceptikai gali sukelti įgimtas anomalijas?

Hormoninių kontraceptikų poveikis embriono raidai yra aktuali problema, kadangi pastojimų vartojant hormoninius kontraceptikus pasitaiko dažniau nei tikėtina. Mažiausias nustatytas pastojimų skaičius rodo, koks procentas vaisingo amžiaus moterų, tiksliai naudojančių tam tikrą metodą, pastoja per vienerius metus. Pavyzdžiui, skaičius 1 reiškia, kad per vienerius metus pastoja 1 proc. moterų. Tai objektyvus rodiklis (Pearlo indeksas), priklausantis tik nuo paties metodo (Jankūnas, 2001).

Pastojimų skaičius rodo, koks procentas atsitiktinai parinktų vaisingo amžiaus moterų pastoja per vienerius metus. Tai subjektyvus rodiklis, jis priklauso ne tik nuo paties metodo, bet ir nuo jį taikančios moters vartojimo klaidų. Klaidos priklauso nuo mokėjimo ir galimybės nuolat taikyti pasirinktą metodą (įskaitant kainą), metodo šalutinio poveikio, taikymo patogumo, preparato vartojimo intervalų ir pan. Nors teorinis pastojimų dažnis vartojant hormoninius kontraceptikus mažas: Pearlo indeksas 0,1–0,5, tačiau mokslininkai pastebėjo, kad praktinis pastojimų dažnio rodiklis yra apie 3 (Koda-Kimble, 1992). Hormoninius kontraceptikus

vartojusios ir pastojusios moterys iš pradžių dažnai net nenujaučia, jog laukiasi, ir tęsia kontraceptikų vartojimą.

Prieš nagrinėjant hormoninių kontraceptikų įtaką embriono raidai, pateikiamos vaistų kategorijos pagal poveikį nėščiosioms.

JAV maisto ir vaistų valdyba suskirstė vaistus į 5 kategorijas pagal teratogeninę riziką, kuri kyla juos vartojant nėštumo metu (Briggs, Freeman, Yaffe, 2008):

A kategorija. Tyrimas su eksperimentiniais gyvūnais ir tyrimai su nėščiomis moterimis žalingo poveikio vaisiui neparodė. Tokių vaistų yra mažai. Pavyzdžiui, nėštumo metu tikrai nekenksminga vartoti skydliaukės hormono preparatą levotiroksiną ar jau minėtą folio rūgštį.

B kategorija. Tyrimai su eksperimentiniais gyvūnais neparodė neigiamo poveikio vaisiui, o tyrimų su nėščiomis moterimis duomenų nepakanka; arba tyrimai su eksperimentiniais gyvūnais atskleidė žalingą poveikį vaisiui, o tiriant nėščias moteris grėsmė vaisiui neįrodyta. Šiai kategorijai priklauso paracetamolis (vaistas nuo skausmo ir karščiavimo), morfinas (narkotinis vaistas nuo skausmo), insulinas (kasos hormonas, vartojamas cukriniam diabetui gydyti), eritromicinas ir penicilinai (antimikrobiniai vaistai).

C kategorija. Tyrimai su eksperimentiniais gyvūnais parodė žalingą poveikį vaisiui, o tyrimų su nėščiomis moterimis duomenų nepakanka; arba nepakanka tyrimų su eksperimentiniais gyvūnais ir nėščiomis moterimis duomenų. Šiai kategorijai priklauso aspirinas (vaistas nuo skausmo, karščiavimo ir kraujotakos sutrikimų), kodeinas (vaistas nuo skausmo ir kosulio), chlorpromazinas (vaistas nuo psichikos ligų) ir nitroglicerinas (vaistas nuo krūtinės skausmo, kurį sukelia širdies kraujotakos sutrikimai).

D kategorija. Yra aiškių įrodymų apie teratogeninį poveikį žmonėms. Nėščiosioms galima vartoti tik ypatingais atvejais, kai laukiamas terapinis poveikis motinai yra didesnis už galimą pavojų vaisiui. Šiai kategorijai priklauso progestagenai, amitriptilinas (vaistas nuo depresijos), dauguma vaistų nuo vėžio, hidrochlorotiazidas (šlapimo išsiskyrimą skatinantis vaistas), diazepamai (vaistas nuo nerimo ir nemigos).

X kategorija. Yra aiškių įrodymų apie teratogeninį poveikį žmonėms. Nėščiosioms vartoti negalima, nes visais atvejais pavojus vaisiui didesnis už terapinį poveikį motinai. Šiai kategorijai priklauso estrogenai, hormoniniai kontraceptikai, didelės vitamino A dozės ir kt.

Hormoniniai kontraceptikai priklauso D ir X teratogeniškumo kategorijai, jie gali sukelti stuburo, išeinamosios angos, širdies, kvėpavimo takų, stemplės, inkstų, rankų ir kojų įgimtus vystymosi sutrikimus (Jankūnas, 2001), todėl nėštumo metu jų vartoti negalima. Epidemiologiniai tyrimai rodo, jog nėštumo metu vartojus sintetinį estrogeną dietilstilbestrolį, poveikis išlieka net tada, kai kūdikis gimsta: mergaitėms vaikystėje ar paauglystėje gali išsivystyti makšties arba gimdos kaklelio vėžys, nepalankiai baigtis nėštumas; berniukams gali atsirasti lytinių ir šlapimo organų bei spermos anomalijų (Storgaard, Bonde, Olsen, 2006). Galbūt panašiai veikia ir kiti estrogenai. Jau įrodyta, kad jei moteris pastojimo metu vartoja hormoninius kontraceptikus ir vaisius yra vyriškos lyties, didesnė tikimybė, jog brandžiam amžiuje šie vyrai sirgs sėklidžių vėžiu (Storgaard, Bonde, Olsen, 2006).

Anksčiau kai kurie gydytojai mėgindavo sulaikyti gresiantį ankstyvą persileidimą progestagenais, nes manyta, kad jie gali padėti vystytis nėštumui. Dabar nustatyta, jog dažniausia ankstyvo persileidimo priežastis – embriono defektai. Kai gresiančiam persileidimui stabdyti skiriama progestagenų, 20 proc. moterų jis vis tiek įvyksta. Kai progestagenų neskiriama, 80 proc. nėštumų tęsiasi toliau. Be to, neabejotinai įrodyta, kad progestagenai gali sukelti apsigimimų. Atsižvelgiant į šiuos duomenis, gresiantį persileidimą mėginti sulaikyti progestagenais nerekomenduojama (Jankūnas, 2001).

Hormoninių kontraceptikų ir įgimtų anomalijų ryšys nėra tiksliai nustatytas, tyrimų duomenys gana prieštaringi. PSO 1990 metais yra paskelbusi, kad jei pastojama vartojant hormoninius kontraceptikus, įgimtų ligų tikimybė nėra didesnė, tačiau tyrimas analizavo daugiausia tam tikras ligas: įgimtas galūnių anomalijas ir širdies ydas (Bracken, 1990 a). 2010 metais prestižiniame mokslo žurnale „Epidemiology“ paskelbti naujausi metaanalizės duomenys. Straipsnyje teigiama, kad jei pastojama vartojant hormoninius kontraceptikus, didesnė rizika, jog vaikas gims turėdamas širdies ydą ar pilvo sienos defektą (Waller, 2010). Anksčiau, tiriant hormoninių kontraceptikų ir įgimtų ydų priklausomybę, taip pat nustatyta, kad jei pastojama vartojant hormoninius kontraceptikus, vaikams 4,8 karto dažniau pasitaiko įgimta šlapimo takų anomalija (Li, 1995). Mokslinėje literatūroje minimas pastojimo vartojant hormoninius kontraceptikus ir didesnės Dauno sindromo tikimybės ryšys. Jaunesnėms nei 35 metų

moterims, kurios pastoja vartodamos kontraceptikus, galimybė pagimdyti vaiką, sergantį Dauno sindromu, didesnė 2,8 karto. Tiriant 35 metų moteris ši sąsaja nepasitvirtino.

Mokslininkai teigia, kad moterims iki 35 metų (kurios pastoja vartodamos kontraceptikus) rizika pagimdyti vaiką turintį Dauno sindromą, yra panaši, kaip ir vyresnių moterų, kurioms ši rizika didėja priklausomai nuo amžiaus (Martínez-Frías, 2001).

Įgimtų sutrikimų, kai pastojama vartojant kontraceptikus, galimos priežastys:

1. Žinduolių chromosomų skaičiaus sutrikimai ir laikas, kada vyksta ovuliacija, yra susiję. Jei ovuliacija atidedama, didėja rizika, kad neatsiskirs II redukcinis kūnelis ir nesusidarys polispermijos blokas (Martínez-Frías, 2001).

2. Nustatyta, kad hormoninis preparatas norgestrelis tiesiogiai veikia genetinę žmogaus ląstelių medžiagą ir sukelia chromosomų mutacijas (Ahmad, 2001).

3. Vartojant hormoninius kontraceptikus kraujyje padaugėja vitamino A, tačiau sumažėja folio rūgšties, daugelio B grupės vitaminų, vitamino C, kalcio, mangano ir cinko. Todėl vartojant hormoninius kontraceptikus dažniau pasireiškia megaloblastinė mažakraujystė, kurią sukelia vitamino B₁₂ trūkumas (Lee, 2001). Pastebėta, jog vartojant kontraceptikus ypač sumažėja vitaminų B₆ ir B₁₂. Kontraceptikus vartojančių moterų organizme vitamino B₆ nustatyta 24,2 nmol/l, o kontraceptikų nevartojančių – 32,9 nmol/l ($p = 0,029$); vitamino B₁₂ atitinkamai 278 ir 429 ng/ml ($p < 0,001$) (Lussana, Zighetti, Bucciarelli, 2003).

4. Hormoninius kontraceptikus vartojusių moterų vaikų genetinis rinkinys pasižymi labiau homozigotinėmis savybėmis (identiški genai porinėse chromosomose) nei nevartojusių (Roberts, 2005). Todėl didesnė autosominiu recesyviniu būdu paveldimų ligų rizika.

11.4.2. Kaip pasiruošti nėštumui baigus vartoti hormoninius kontraceptikus?

Norinti pastoti moteris turėtų baigti hormoninių kontraceptikų vartojimo ciklą. Po to tam tikrą laiką (daugelis autorių rekomenduoja bent jau 3 mėn., o geriausia 6 mėn.) reikėtų planuoti šeimą natūraliais metodais, siekiant nepastoti. Patariama vartoti folio rūgštį (0,4 mg per dieną). Jei

pastojama per pirmuosius mėnesius po hormoninių kontraceptikų vartojimo, didesnė savaiminio persileidimo rizika ir dvynių tikimybė. Tai gali lemti pagumburio, hipofizės ir kiaušidžių sistemos aktyvaciją, kiaušidžių *tunica albuginea* dalies ir stromos pokyčiai.

Nustatyta, kad vartojant hormoninius kontraceptikus sumažėja folio rūgšties koncentracija kraujyje (Jankūnas, 2001). Taip pat žinoma, jog folio rūgšties stygius susijęs su nervų sistemos defektais (įskilu stuburu). Tad baigus vartoti hormoninius kontraceptikus, prieš pastojant ypač svarbu vartoti folio rūgštį.

Hormoninės kontracepcijos įtaka moters sveikatai dar nėra iki galo ištirta, tačiau prieš skiriant hormoninius kontraceptikus moterys ne visada informuojamos apie galimą šalutinį poveikį. Kontraceptikų poveikis genams, šių preparatų įtaka vaisingumui ir ateities kartoms dar nėra visiškai aiškus, todėl būtina informuoti visuomenę (ypač jaunimą) apie galimą kontraceptikų žalą.

11.5. Vaisingumo atsinaujinimas nustojus vartoti hormoninę kontracepciją

Nemažai moterų, norinčių taikyti vaisingumo pažinimo metodus, būna nutraukusios hormoninių kontraceptikų vartojimą. Vienos atsisako kontraceptikų dėl šalutinio šių preparatų poveikio, kitos nori „pailsėti“ nuo hormonų, dar kitos siekia pastoti. Baigus vartoti kontraceptikus pirmiausia reikėtų stebėti vaisingumo požymių atsinaujinimą ir registruoti duomenis. Tai ypač svarbu nėštumo siekiančioms moterims. Moters vaisingumui, nustojus vartoti hormonus, įtakos turi šie veiksniai (Flynn, Brooks, 1990, 112):

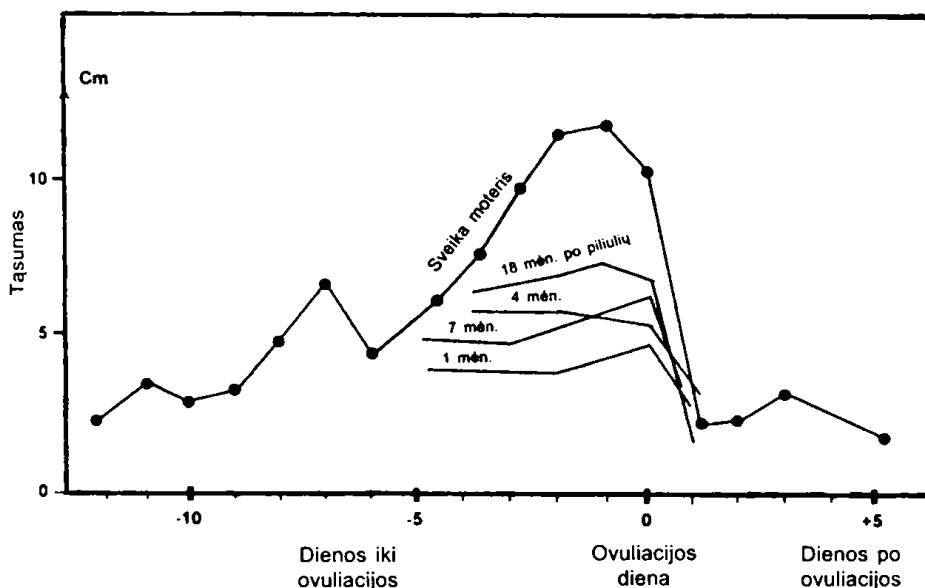
- moters amžius;
- hormoninio preparato tipas (vaisingumas atsinaujina vėliau, jei buvo vartoti sudėtiniai hormoniniai kontraceptikai);
- hormonų vartojimo trukmė;
- individuali moters reakcija (estrogenai daugiau ar mažiau kaupiasi moters organizme).
- Nustojus vartoti hormonus menstruacinis ciklas gali būti:
- įvairios, besikeičiančios trukmės;
- su ovuliacija ir be jos;

- gali pasireikšti gausus ir skausmingas kraujavimas;
- su trumpa liuteinine faze (5–6 d.);
- vaisingumo simptomai pasireiškia ne vienu metu, galimi dideli nukrypimai.

11.5.1. Gimdos kaklelio gleivės nustojus vartoti hormoninius kontraceptikus (HK)

Moteris, nustojusi vartoti hormoninius kontraceptikus (toliau HK) ir pradėjusi stebėti gleivių kitimus, gali tikėtis, kad keletą pirmųjų mėnesių gleivių požymis rodys nevaisingumą. Šie nevaisingumą patvirtinantys požymiai gali būti dvejopi: 1) gleivės gali būti nepastebimos ir juntamas sausumas arba 2) moteris gali stebėti nesikeičiančias, lipnias gleives. Jų paprastai būna nedaug (Billings, Westmore, 1992, 87)

Hormoninius kontraceptikus vartojusių moterų gimdos kaklelio gleivės nepasižymi tūsumu. Tūsumo požymis neatsinaujina gana ilgai (žr. 40 pav.)



40 pav. Gleivių tūsumo kitimai ciklo metu (sveikos moters ir hormoninius kontraceptikus nustojusios vartoti moters) (Hilgers, 1995, 27)

Nutraukus vartoti hormoninę kontracepciją gleivės:

- dėl didelio estrogenų kiekio – gausios, įvairaus pobūdžio;
- moteris gali jų išsiskyrimą stebėti ilgiau nei įprasta;
- rodo, jog kiaušidžių veikla yra suaktyvėjusi, tačiau gleivės dažniausiai neturi gleivėms būdingo kitimo požymio (patvirtinančio artėjančią ovuliaciją).

Vokietijos mokslininkai tyrė 175 moteris (bendras jų stebėtų ciklų nustojus vartoti HK skaičius – 3048). Šie ciklų stebėjimo duomenys buvo palyginti su kontrolinės moterų grupės duomenimis (284 moterys, nevartojusios hormoninės kontracepcijos; stebėtas 6251 ciklas). Abi grupės – tiriamoji ir kontrolinė – buvo identiškos pagal amžių ir kitas sociodemografines charakteristikas. Mokslininkai nustatė, jog nustojus vartoti HK 57,9 proc. pirmų ciklų turėjo ovuliacijas ir pakankamos trukmės liuteinines fazes. Visų moterų ciklai po HK buvo ilgesni nei įprastai ir tokie išliko net iki 9-o ciklo. Gerokai daugiau ciklų su nepakankama liuteinine faze buvo tiriamojoje grupėje (lyginant su kontroline grupe). Gerokai daugiau nereguliarių ciklų (kai ciklas ilgesnis nei 35 dienos; arba liuteininė fazė po BKT pakilimo trumpesnė nei 10 dienų; arba ciklai anovuliaciniai), kurie tęsėsi net iki septinto ciklo, buvo HK vartojusių moterų grupėje, o ne kontrolinėje. Mokslininkai padarė išvadą, jog ciklo sutrikimai po HK vartojimo yra laikini, tačiau ciklas susireguliuoja maždaug per devynis mėnesius, kartais ir ilgiau (Gnoth, Frank-Herrmann, Schmoll, Godehardt, Freundl, 2002).

11.5.2. Vaisingumo požymių stebėjimas nustojus vartoti piliules

Pirmą ciklą, nustojus vartoti geriamuosius kontraceptikus, stebėti sunkiausia. Jis labai skiriasi nuo įprasto ciklo (Flynn, Brooks, 1990, 112). Svarbiausia nustatyti BKT pakilimą, nes jis rodo įvykusią ovuliaciją. Gleivės taip pat reikia stebėti, tačiau jų stebėjimo rezultatus moteriai gali būti sunku vertinti. Pradedant sekti vaisingumo požymius ir norint naudoti simptoterminį metodą reikia laikyti šių taisyklių:

- pirmoji menstruacinio kraujavimo diena – ciklo pradžia;
- nuo pirmos ciklo dienos būtina stebėti BKT ir gleives;
- nustojus vartoti kontraceptinius hormonus sunku nustatyti visus vaisingumo požymius, todėl daroma prielaida, kad pirmus 3 ciklus moteris vaisinga nuo ciklo pradžios;

- po trijų ovuliacinių ciklų gali būti taikomos visos įprastos taisyklės (žr. 7.3. poskyrį);
- taisykle „Minus 20“ reikėtų naudotis tik po 6 visaverčių ciklų.

BKT matavimas ir vertinimas. Jei norint nustatyti vaisingos fazės pradžią pagal gleives neįmanoma atpažinti jų piko, reikia daryti prielaidą, jog poovuliacinis nevaisingumas prasideda, kai *visos 4 pakilusios BKT reikšmės yra mažiausios 0,2 $^{\circ}$ C aukščiau dengiamosios linijos*. Kol nepakyla BKT, poovuliacinio nevaisingumo nustatyti negalima.

Gleivių stebėjimas ir įvertinimas. Gleivių kitimai rodo ovuliacijai būdingus požymius, poovuliacinis nevaisingumas prasideda 4-ą vakarą po gleivių piko arba 4-ą vakarą po BKT pakilimo (lemia vėlesnis požymis).

Taisyklės „Minus 20“ taikymas. Šia taisykle (kaip vienu iš vaisingos fazės pradžios nustatymo požymių) galima remtis tik po 6 visaverčių ciklų.

Savikontrolės klausimai

1. Kokie požymiai būdingi moters, nustojusios vartoti kontraceptines piliules, gimdos kaklelio gleivėms?
2. Koks hormoninės kontracepcijos poveikis moters vaisingumui?
3. Kaip hormoninė kontracepcija veikia moters širdies ir kraujagyslių sistemą, kraujodarą?
4. Koks hormoninės kontracepcijos teratogeninis poveikis?
5. Ką patartumėte moteriai, kuri nustojo vartoti piliules ir nori pastoti?
6. Ką patartumėte moteriai, nustojusiai vartoti piliules ir nenorinčiai pastoti?

Literatūra

1. Ahmad M. E., et al. (2001). Evaluation of genotoxic potential of synthetic progestins-norethindrone and norgestrel in human lymphocytes in vitro // Mutation Research, vol. 494, p. 13–20.
2. Alvergne A., Lummaa V. (2010). Does the contraceptive pill alter mate choice in humans? // Trends in Ecology and Evolution, vol. 25, p. 171–179.
3. Appleby P., et al. (2007). Cervical cancer and hormonal contraceptives: collaborative reanalysis of individual data for 16 573 women with cervical cancer and 35 509 women without cervical cancer from 24 epidemiological studies. (International Collaboration of Epidemiological Studies of Cervical Cancer) // The Lancet, vol. 370, p. 1609–1621.

4. Baillargeon J. P., et al. (2005). Association between the current use of low-dose oral contraceptives and cardiovascular disease: a meta-analysis // *Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, vol. 90, p. 3863–3870.
5. Barnhart K. T., et al. (2009). Return to fertility following discontinuation of oral contraceptives // *Fertility and Sterility*, vol. 91, p. 659–663.
6. Baroncini M., et al. (2010). Sex steroid hormones-related structural plasticity in the human hypothalamus // *NeuroImage*, vol. 50, p. 428–433.
7. Beydoun H., Saftlas A. F. (2005). Association of human leucocyte antigen sharing with recurrent spontaneous abortions // *Tissue Antigens*, vol. 65, p. 123–135.
8. Billings E., Westmore A. (1992). *The Billings method. Controlling fertility without drugs or devices*. Victoria: Penguin Books Australia.
9. Bloemenkamp K. W., et al. (1998). Hemostatic effects of oral contraceptives in women who developed deep-vein thrombosis while using oral contraceptives // *Journal of Thrombosis and Haemostasis*, vol. 80, p. 382–387.
10. Bracken M. B., et al. (1990 a) Conception delay after oral contraceptive use: the effect of estrogen dose // *Fertility and Sterility*, vol. 53, p. 21–27.
11. Bracken M. B., et al. (1990). Oral contraception and congenital malformations in offspring: a review and meta-analysis of the prospective studies // *Obstetrics & Gynecology*, vol. 76, p. 552–557.
12. Briggs G., Freeman R. K., Yaffe S. J. (2008). *Drugs in Pregnancy and Lactation: A Reference Guide to Fetal and Neonatal Risk*. Elsevier Inc.
13. Chan W. S., et al. (2004) Risk of stroke in women exposed to low-dose oral contraceptives: a critical evaluation of the evidence // *Archives of Internal Medicine*, 164, p. 741–747.
14. Chasan-Taber L., et al. (1997). Oral contraceptives and ovulatory causes of delayed fertility // *American Journal of Epidemiology*, vol. 146, p. 258–265.
15. Etmnan M., et al. (2005). Risk of ischaemic stroke in people with migraine: systematic review and meta-analysis of observational studies // *BMJ*, vol. 330, p. 63.
16. Feinberg D. R., et al. (2008). Correlated preferences for men's facial and vocal masculinity // *Evolution & Human Behavior*, 29, p. 233–241.
17. Flynn A., Melissa Brooks (1990). *A Manual of Natural Family Planning*. London: Guernsey Press.
18. Folstad I., Karter A. J. (1992). Parasites, bright males and the immunocompetence handicap // *The American Naturalist*, vol. 139, p. 603–622.
19. Garver-Apgar C. E., et al. (2006). Major histocompatibility complex alleles, sexual responsivity, and unfaithfulness in romantic couples // *Psychological Science*, vol. 17, p. 830–835.
20. Gnoth C., Frank-Herrmann P., Schmoll A., Godehardt E., Freundl G. (2002). Cycle characteristics after discontinuation of oral contraceptives // *Gynecological Endocrinology*, Aug 16 (4), p. 307–317.

21. Hilgers T. W. (1995). *The Scientific Foundations of the Ovulation Method*. Omaha: Pope Paul VI Institute Press.
22. Jankūnas R. (2001). *Hormoninė kontracepcija*. Kaunas: Farmacija.
23. Koda-Kimble M. A., Young L. Y. (1992). *Applied therapeutics. The clinical use of drugs*. Lippincott Williams & Wilkins Publishers.
24. Kulkarni J. (2007). Depression as a side effect of the contraceptive pill // *Expert Opinion on Drug Safety*, vol. 6, p. 371–374.
25. Lee A. (2001). *Adverse Drug reactions*. Pharmaceutical press.
26. Li D. K. (1995). Oral contraceptive use after conception in relation to the risk of congenital urinary tract anomalies // *Teratology*, vol. 51, p. 30–36.
27. Linn S., et al. (1982). Delay in conception for former ‘pill’ users // *JAMA*, vol. 247, p. 629–632.
28. Lussana F., Zighetti M. L., Bucciarelli P., Cugno M., Cattaneo M. (2003). Blood levels of homocysteine, folate, vitamin B₆ and B₁₂ in women using oral contraceptives compared to non-users // *Thrombosis Research*, vol. 112, p. 37–41.
29. Martínez-Frías M. L., et al. (2001). Periconceptional exposure to contraceptive pills and risk for Down syndrome // *Journal of Perinatology*, vol. 21, p. 288–292.
30. Noble R. E. (2005). Depression in women // *Metabolism*, vol. 54, p. 49–52.
31. Roberts S. C., et al. (2005). MHC-assortative facial preferences in humans // *Biology Letters*, 1, p. 400–403.
32. Roberts S. C., et al. (2008). MHC-correlated odour preferences in humans and the use of oral contraceptives // *Proceedings of the Royal Society of London*, vol. 275, p. 2715–2722.
33. Shearman R. P. (1971). Prolonged – secondary amenorrhea after oral contraceptive therapy: Natural and unnatural history // *The Lancet*, vol. 7711, p. 64–66.
34. Storgaard L., Bonde J. P., Olsen J. (2006). Male reproductive disorders in humans and prenatal indicators of estrogen exposure. A review of published epidemiological studies // *Reproductive Toxicology*, vol. 21, p. 4–15.
35. Šaulauskienė A. (2001). Etiniai ir medicininiai kontracepcijos aspektai // *Medicinos teorija ir praktika*, 28, p. 48–52.
36. Švedas E. (2007) Šiuolaikinės kontracepcijos vartojimo ir jaunimo identiteto santykio analizė // *Soter* Nr. 21, p. 79–85.
37. Waller D. K. (2010). Use of oral contraceptives in pregnancy and major structural birth defects in offspring // *Epidemiology*, vol. 21, p. 232–239.

12 skyrius

NEVAISINGUMAS IR SIEKIS PASTOTI

Daugeliui šeimų negalėjimas turėti vaikų yra sunkus išmėginimas. Pašlyja ne tik sutuoktinių tarpusavio santykiai, bet ir santykiai su aplinkiniais. Tokios poros dažniausiai išgyvena kaltės, praradimo, nevisavertiškumo jausmus, gali vengti aplinkinių ir draugų, turinčių vaikų. Daugelis sutuoktinių yra visiškai nepasiruošę nevaisingumui. Su nevaisingumu ypač sunku susitaikyti tiems, kurie mano, jog nėštumas yra savaime suprantamas dalykas, kad pavyks pastoti vos tik nustojus vengti nėštumo. Dalis šeimų visiškai nenutuokia, kokios gali būti nevaisingumo priežastys ir kaip šią problemą spręsti.

12.1. Nevaisingumo apibrėžimas ir paplitimas

Nevaisingumo problema aktuali visame pasaulyje. PSO duomenimis, kūdikio nepavyksta susilaukti maždaug 15 proc. šeimų, o 10 proc. porų turi mažiau vaikų nei norėtų. Pagal PSO suformuluotą apibrėžimą, nevaisingumas yra negalėjimas pastoti per dvejus metus (WHO, 1975; WHO, 2001). Klinikinėse studijose nevaisingumas dažniausiai apibrėžiamas kaip negalėjimas pastoti per vienerius metus, o demografinėse studijose nurodomas penkerių metų periodas (Rutstein, Shah, 2004, 3). PSO pasirinktas dvejų metų laikotarpis, nes 90 proc. visų vaisingumo sutrikimų neturinčių, lytiškai aktyvių porų, siekiančių nėštumo, paprastai pastoja po dvejų metų (WHO, 2001, 44).

Nevaisingumas gali būti pirminis (jei moteris niekada nebuvo pastojusi, nors ir siekė nėštumo) arba antrinis (jei ji laukėsi prieš dabartinį nesėkmingą bandymą pastoti).

12.2. Nevaisingumo priežastys

Vaisingumas nėra asmeninė savybė. Jis priklauso nuo abiejų sutuoktinių. Nevaisingumo priežastys paprastai skiriamos į:

- moters nevaisingumo;
- vyro nevaisingumo;
- abiejų nevaisingumo.

Jungtinėje Karalystėje viena iš septynių porų turi nevaisingumo problemų. Pastebėta, kad vis daugiau Jungtinės Karalystės šeimų kreipiasi į gydytoją. Tai nereiškia, jog nevaisingumo atvejų daugėja, tiesiog daugiau žmonių yra linkę ieškoti pagalbos. Jungtinės Karalystės nacionalinis moters ir vaiko sveikatos bendradarbiavimo centras pateikia tokius statistinius duomenis: 30 proc. porų nevaisingumo priežasties nepavyko diagnozuoti, 27 proc. porų buvo nustatyti ovuliacijos sutrikimai, 14 proc. – kiaušintakių problemos. Pernelyg mažas spermatozoidų kiekis aptiktas 19 proc. porų. Bendras vyro ir moters nevaisingumas nustatytas 39 proc. šeimų (National Collaborating Centre for Women's and Children's Health, 2004, 1). JAV mokslininkų duomenimis, dažniausios nevaisingumo priežastys, įskaitant ir vyrų nevaisingumą, yra kiaušidžių disfunkcija, kiaušintakių sutrikimai, endometrioze, gimdos ar gimdos kaklelio ligos (žr. 13 lentelę):

13 lentelė. Dažniausios nevaisingumo priežastys (plg. Jose-Miller, Boyden, Frey, 2007)

Nevaisingumo priežastys	Procentai
Neaiškios	28
Vyrų nevaisingumas	24
Kiaušidžių disfunkcija	21
Kiaušintakių sutrikimai	14
Kitos	13

12.2.1. Vyrų nevaisingumas

Dažniausiai pasitaikančios vyrų nevaisingumo priežastys:

1. spermatozoidų nebuvimas ar per mažas jų kiekis;
2. spermatozoidų antikūnai.

1. Spermatozoidų nebuvimas (azoospermija) ar sumažėjęs jų kiekis spermoje (oligospermija) – tai pagrindinė vyrų nevaisingumo priežastis. Ji gali būti pirminė ar antrinė. PSO 1999 m. nustatė normalios spermos, tinkamos kiaušialąstei apvaisinti, savybes (žr. 14 lentelę).

14 lentelė. PSO 1999 m. sėklinio skysčio analizės duomenys
(plg. Jose-Miller, Boyden, Frey, 2007)

Rodiklis	Matavimai
Kiekis	Daugiau nei 2 ml
Spermos koncentracija	Daugiau nei 20 milijonų spermatozoidų 1 ml
Bendras spermatozoidų kiekis	Daugiau nei 40 milijonų ejakulate
Spermatozoidų judrumas	Daugiau nei 50 proc. judrių ir (arba) 25 proc. judančių tiesiai
Spermatozoidų sandara	Daugiau nei 14 proc. normalios formos

Dažniausiai pasitaikančios azoospermijos ir oligospermijos priežastys:

- 1) sėklidžių ar sėklidės prielipo anomalijos (nenusileidusios sėklidės);
 - 2) persirgtos infekcijos, tokios kaip raudonukė ir kiaulytė (parotitas);
 - 3) citostatikai ir radiacija, naudojami vėžiui gydyti;
 - 4) varikozinis apie sėklidę esančių venų išsiplėtimas gali sukelti oligospermiją (šią ligą išgydžius vaisingumas dažnai atsinaujina);
 - 5) genitalijų srityje buvę sužalojimai, infekcija ar operacijos gali sukelti oligospermiją;
 - 6) dėl sėklinio skysčio stokos spermatozoidai gali būti nejudrūs, net jei jų kiekis ir normalus;
 - 7) didelis procentas nevisaverčių spermatozoidų ejakulate;
 - 8) karštis – pats didžiausias spermatozoidų priešas. Labai karštos vonios, didelis nutukimas, ilgalaikis sėdėjimas (pvz., tolimųjų reisų vairuotojams) gali lemti nepakankamą spermatozoidų gamybą;
 - 9) labai dažni lytiniai santykiai, kai spermatozoidai nebespėja subręsti;
 - 10) rūkymas (ypač daugiau nei 20 cigarečių per parą) mažina spermatozoidų skaičių ir jų judrumą;
 - 11) nesaikingas alkoholio vartojimas gali slopinti spermatozoidų gamybą ir testosterono išsiskyrimą, silpnėja lytinis potraukis (libido);
- 2. Spermatozoidų antikūnai.** Šie antikūnai inaktyvina spermatozoidus. Iki šiol jie mažai ištirti, jie yra 2 rūšių (Flynn, Brooks, 1990, 123):
- Vyrų antikūnai (juos gamina sėklidės), sulipindami spermatozoidus, juos inaktyvina. Šie antikūnai atrasti tiriant ejakulatą ir sėklinį skystį;

- Moterų antikūnai prieš spermatozoidus (spermagliutina) – jų yra gimdos kaklelio gleivėse – spermatozoidus sulaiko prie gimdos kaklelio ir neleidžia jiems patekti į kiaušintakius. Spermatozoidų judėjimas kaklelio gleivėse tiriamas spermos invazijos ar penetracijos testais: ant objektinio stiklelio užlašinus spermos ir gimdos kaklelio gleivių, pro mikroskopą matomas spermatozoidų judėjimas.

12.2.2. Moterų nevaisingumas

Kaip buvo minėta, dažniausiai pasitaikančios moterų nevaisingumo priežastys yra ovuliacijos ir kiaušintakių sutrikimai, gimdos ir gimdos kaklelio ligos, taip pat endometrioze (žr. 15 lentelę):

15 lentelė. *Moters nevaisingumą lemiantys veiksniai*
(plg. Jose-Miller, Boyden, Frey, 2007)

Priežastys	Lemiantys veiksniai
Ovuliacijos sutrikimai 40 proc.	Amžius
	Nepakankamas pirminių folikulų kiekis kiaušidėse
	Endokrininiai sutrikimai (amenorėja, sukelta pagumburio veiklos sutrikimų; skydliaukės ligos; antinksčių ligos ir kt.)
	Policistinių kiaušidžių sindromas
	Rūkymas
Kiaušintakių sutrikimai 30 proc.	Nepraeinamumas (dėl buvusių uždegimų, kuriuos sukėlė įvairios infekcijos; dėl chirurginių intervencijų)
Endometrioze – 15 proc.	
Kitos priežastys – apie 10 proc.	
Gimdos ir gimdos kaklelio ligos	Įgimtos gimdos anomalijos
	Polipai
	Fibroze
	Nepakankama gimdos kaklelio gleivių gamyba dėl rūkymo, infekcijų, medikamentų vartojimo ir pan.

12.2.3. Bendras nevaisingumas

Sutuoktinių amžius gali būti viena iš nevaisingumo priežasčių. Nustatyta, jog kuo jaunesnė moteris, tuo didesnė tikimybė pastoti. Vyro amžius taip pat svarbus (nors ir mažiau nei moters). 16 lentelėje pateikti tyrimo

(atlikto didelėje vaisingų porų populiacijoje) duomenys rodo tėvų amžiaus ir nėštumo tikimybės sąsają.

16 lentelė. Pastojimo ir tėvo bei motinos amžiaus sąsaja
(plg. Ford, North, Taylor, Farrow, Hull, Golding, 2000, 1703–1708)

		Procentas porų, pastojusių per laikotarpį	
Amžiaus grupės	Porų skaičius	6 mėn.	12 mėn.
Tėvų amžius			
≤ 24	643	77,1	91,9
25–29	2692	78,4	91,3
30–34	2809	73,8	87,5
35–39	1153	68,6	83,3
≥ 40	573	66,3	81,3
Iš viso	7870		
Motinių amžius			
≤ 24	1625	76,4	90,2
25–29	3663	75,9	90,0
30–34	2466	73,8	86,5
35–39	680	62,8	80,6
≥ 40	81	59,3	75,3
Iš viso	8515		

Psichoseksualinės priežastys. Daugelis psichoseksualinių nevaisingumo priežasčių yra bendra abiejų partnerių problema, todėl turėtų būti tiriami abu partneriai. Šios priežastys – tai vyro impotencija, lytinio akto nesklandumai, priešlaikinė ejakuliacija ir nutrauktas lytinis aktas. Išimtis yra impotencija, kurią sukelia nuovargis, silpnumas, vaistų vartojimas ar dėl ligos atsiradę sutrikimai.

Vaginizmas. Tai moters būklė, kai ji negali turėti lytinių santykių. Taip atsitinka dėl makštį supančių raumenų spazmų, kurie neleidžia vyro varpai įeiti į makštį. Tiriant nerandama jokios fizinės spazmų priežasties, todėl turi būti ieškoma psichologinių priežasčių (pavyzdžiui, vaginizmas gali pasireikšti dėl praeityje patirto seksualinio smurto).

12.2.4. Patarimai vaisingumo problemų turintiems sutuoktiniams

Nevaisingumo problemas tiriantys specialistai suformulavo keletą patarimų vaisingumo sutrikimų turinčioms poroms. Reikėtų būtinai atsižvelgti į šiuos nurodymus prieš pradėdant medicininius tyrimus (Campana, 2009):

- **Informacija apie natūralaus pastojimo tikimybę.** Ši informacija gali būti naudinga pagalbos ieškantiems žmonėms. Jei pora siekia pastoti mažiau nei metus, nėštumo tikimybė 80–90 proc. Jei pora stengiasi pastoti iki 3 metų, nėštumo tikimybė apie 40 proc. Jei daugiau nei trejus metus – iki 25 proc.
- **Nereikia ieškoti nevaisingumo priežasčių, jei nuo tada, kai pora ėmė siekti nėštumo, dar nepraėjo vieneri metai** (nebent pora būtų apmokyta atpažinti vaisingos fazės ribas – *aut. past.*). Neretai klaidina įsitikinimas, jog turint reguliarius lytinius santykius ir nenaudojant jokios kontracepcijos turi būti pastojama per vienerius metus. Per pirmuosius metus paprastai pastoja 84 proc. visų nėštumo siekiančių porų. Pusė likusiųjų pastoja per antruosius metus (National Collaborating Centre for Women's and Children's Health, 2004).
- **Reguliarūs lytiniai santykiai (du ar tris kartus per savaitę)** užtikrina, kad lytiniai santykiai sutaps su vaisinga ciklo faze. Kai kurios moterys nepastoja vien todėl, kad lytinius santykius dažniausiai turi tik tuo metu, kai pastojimas mažai tikėtinas ar neįmanomas. Taip gali atsitikti, jei jos klaidingai mano, jog vaisingos dienos yra tiksliai ciklo viduryje. Pastoti palankiausio laiko pasirinkimas stebint BKT yra visiškai nenaudingas ir net gali sukelti nereikalingą įtampą (National Collaborating Centre for Women's and Children's Health, 2004). Tačiau vaisingumo pažinimas Billingo ovuliaciniu metodu ir *vaisingo lango* nustatymas gali būti tikslingas (Stanford, White, Hatasaka, 2002).
- **Patartina vartoti folio rūgšties** preparatus siekiant pastojimo ir pirmąsias 12 nėštumo savaičių norint išvengti embriono nervinio vamzdelio defektų (National Collaborating Centre for Women's and Children's Health, 2004).
- **Raudonukės skiepai:** moterys, pasiskiepijusios nuo raudonukės, turėtų būti perspėtos nepastoti 1 mėn. po vakcinacijos.
- **Būtina atsakyti rūkymo.** Rūkymas, taip pat ir pasyvus, kenkia moters vaisingumui. Nėra aiškių įrodymų, kad rūkymas neigiamai veikia vyrų vaisingumą, tačiau jis tikrai kenkia spermos kokybei.
- **Alkoholio kiekio ribojimas.** Alkoholis, kaip ir rūkymas, veikia spermos kokybę (National Collaborating Centre for Women's and Children's Health, 2004).

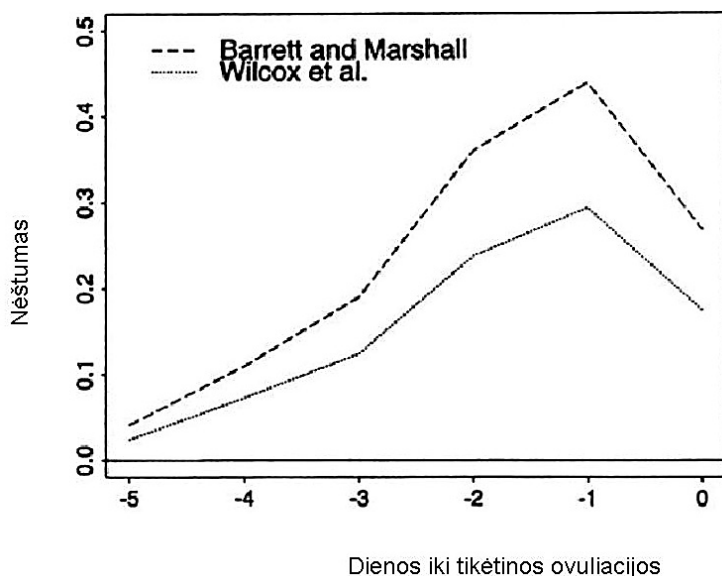
- **Kūno svoris.** Jei itin apkūnios moters (kurios kūno masės indeksas didesnis nei 29) svoris sumažėja, tikimybė pastoti gali būti didesnė. Vyrų nutukimas ir nevaisingumas nėra susiję, tačiau nutukimas neretai reiškia prastą sveikatą ir mažesnę spermatozoidų judrumą (National Collaborating Centre for Women's and Children's Health, 2004). Jei labai liesa moteris (kūno masės indeksas mažesnis nei 19) priauga svorio, tikimybė pastoti gali būti didesnė (National Collaborating Centre for Women's and Children's Health, 2004).
- **Mityba.** Visavertė mityba lemia gerą abiejų sutuoktinių sveikatą. Tyrimai patvirtino, jog mityba taip pat daro įtaką vaisingumui.
- **Apranga.** Spermatozoidų gamybai būtina žemesnė nei vidutinė kūno temperatūra. Aptempti vyrų apatiniai ar pernelyg siauros ir orui nepralaidžios kelnės gali būti neigiamas veiksnys. Taigi netinkama apranga gali slopinti spermatozoidų gamybą (National Collaborating Centre for Women's and Children's Health, 2004).

12.3. Vaisingumo pažinimas ir nėštumo siekimas

Vaisingumo pažinimo mokymas tam tikrais nevaisingumo atvejais gali padėti šeimoms susilaukti norimo kūdikio. Ypač jei šeimos nepažįsta savo vaisingumo ir nemoka nustatyti pastoti tinkamiausio laiko. Terminas „šeimos planavimas“ tapo kontracepcijos sinonimu, todėl juo dažniausiai nesidomi nėštumo siekiančios poros. NŠP metodus poros naudoja menstruacinio ciklo vaisingai fazei nustatyti, taigi jis gali praversti ir nevaisingoms poroms.

Vaisingas langas. Vaisingumo tyrimai leido atpažinti menstruacinio ciklo dienas, kada lytiniai santykiai gali baigtis nėštumu. Laiką, kada didžiausia tikimybė pastoti, mokslininkai įvardijo kaip *vaisingą langą*. Tai vaisingos fazės laikotarpis, apibūdinamas kaip pastoti palankiausias laikas, trunkantis nuo lytiniam santykiams tinkamiausios dienos vaisingoje fazėje iki apytikriai 5-os dienos prieš ovuliaciją, įskaitant ovuliacijos dieną. Pastojimas dieną po ovuliacijos, pasak J. B. Stanfordo ir kt., niekada nebuvo užfiksuotas. Vėlesni tyrimai patvirtino, jog kliniškai nustatyto pastojimo tikimybė didesnė tuomet, kai lytiniai santykiai turimi viena ar dvi dienos prieš ovuliaciją, o ne ovuliacijos dieną (Stanford, White, Hatasaka, 2002, 1333). 41 pav.

pavaizduotas lytinių santykių (kurie baigėsi kliniškai pripažintu nėštumu) laiko pasirinkimas priklausomai nuo tikėtinės ovuliacijos dienos. Tai dviejų nepriklausomų studijų rezultatai. Moterys, nustačiusios pastoti palankiausią laiką, turėjo tik vieną lytinį aktą. Vienoje studijoje ovuliacija nustatyta stebint BKT, kitoje – matuojant hormonų kiekį rytiniame šlapime.



41 pav. Vienkartinių lytinių santykių, kurie baigėsi kliniškai pripažintu nėštumu, laiko pasirinkimas, priklausomai nuo tikėtinės ovuliacijos dienos. Dviejų skirtingų studijų (Barrett & Marshall bei Wilcox ir kt.) duomenys (Stanford, White, Hatasaka, 2002, 1334)

Dažnai manoma, jog dažni lytiniai santykiai vaisingumo fazėje gali padidinti nėštumo tikimybę. Netgi sutuoktiniai, neturintys vaisingumo sutrikimų ir siekiantys nėštumo, tikisi pastoti, jei dažniau turės lytinių santykių per šią ciklo fazę. Toks elgesys nėra tikslingas, nes spermos koncentracija mažėja proporcingai dažnėjant lytiniam santykiams (Stanford ir kt., 2002). Kadangi spermatozoidų kiekis yra didžiausias maždaug po 5 dienų susilaikymo, nėštumo siekiantiems sutuoktiniams reikėtų susilaikyti nuo lytinių santykių 5 dienas iki *vaisingo lango* pradžios, po to nebeturėti lytinių santykių iki pat *vaisingo lango* pabaigos. Vadinasi, nėštumo siekiantys sutuoktiniai turi pasirinkti pastoti palankiausią laiką, t. y. nustatyti

6 dienų intervalą prieš ovuliaciją ir pačią ovuliacijos dieną. Nei BKT (BKT pakilimas paprastai būna jau po ovuliacijos; be to, kai kurių moterų, ypač turinčių vaisingumo problemų, BKT kreivę labai sunku arba beveik neįmanoma vertinti), nei kalendoriniai skaičiavimai nėra tinkami metodai *vaisingam langui* nustatyti (Stanford ir kt., 2002). Tik taikant Billingo ovuliacinį metodą arba instrumentinius metodus (pavyzdžiui, hormonų monitoriumi) galima gana tiksliai nustatyti *vaisingo lango* (kuris yra palankiausias laikas pastoti turint tik vieną lytinį aktą) ribas. Kaip rodo praktika, gydytojai vaisingumo sutrikimų turinčioms ir norinčioms pastoti poroms gydymo pradžioje labai dažnai pataria stebėti BKT arba atlikti kalendorinius skaičiavimus. Tai tik patvirtina, jog gydytojai linkę rinktis neveiksmingus metodus lytinių santykių (kurie turėtų baigtis nėštumu) tinkamiausiam laikui nustatyti (Stanford, White, Hatasaka, 2002).

Kaip patvirtina Tilburgo vaisingumo centre (Olandijoje) atlikti tyrimai, *vaisingo lango* trukmė yra tiesiogiai proporcinga pastojimo dažniui. Šio tyrimo autoriai *vaisingą langą* apibūdina kaip „intervalą, skaičiuojamą nuo pirmos normalios spermatozoidų ir gleivių sąveikos dienos iki ovuliacijos“ (Keulers, Hamilton, Franx, Evers ir kt., 2007, 1652). Siekiant nustatyti *vaisingo lango* pradžią, tyrimo metu buvo atliekami testai po lytinio akto ir spermatozoidų bei gleivių sąveikos testai. *Vaisingo lango* pabaiga ir ovuliacija patvirtinta tiriant moteris ultragarsu. Tyrime dalyvavo 410 porų, turinčių vaisingumo sutrikimų. Visų jų *vaisingo lango* trukmė – 1–5 dienos. Pastojimo dažnis kito nuo 0,11 (vienos dienos *vaisingas langas*) iki 2,4 (penkių dienų *vaisingas langas*). Tyrimo autoriai daro išvadą, jog kuo ilgiau trunka *vaisingas langas*, tuo didesnė natūralaus pastojimo tikimybė. (Keulers, Hamilton, Franx Evers ir kt., 2007). Remiantis šia studija galima teigti, kad poroms, kurių *vaisingas langas* ypač trumpas, natūralaus pastojimo tikimybė itin menka, todėl būtina kuo tiksliau nustatyti *vaisingo lango* ribas ir parinkti laiką, kada tikimybė pastoti didžiausia.

Tarptautinė mokslininkų grupė, sudaryta iš JAV, Italijos, Prancūzijos ir Vokietijos mokslininkų, apibendrino septynių Europos vaisingumo pažinimo ir NŠP centrų surinktus ciklų stebėjimo duomenis (iš viso 782 moterų nuo 18 iki 40 metų; 7288 ciklai (nuo 1992 m. iki 1996 m.)) (Bigelow, Dunson, Stanford, ECHOCHARD, Gnoth, Colombo, 2004, 889–892). Šia analize siekta apibendrinti moters vaisingumo požymių (gimdos kaklelio gleivių kitimo ir BKT pakilimo) stebėjimo ir natūralaus pastojimo dažnio

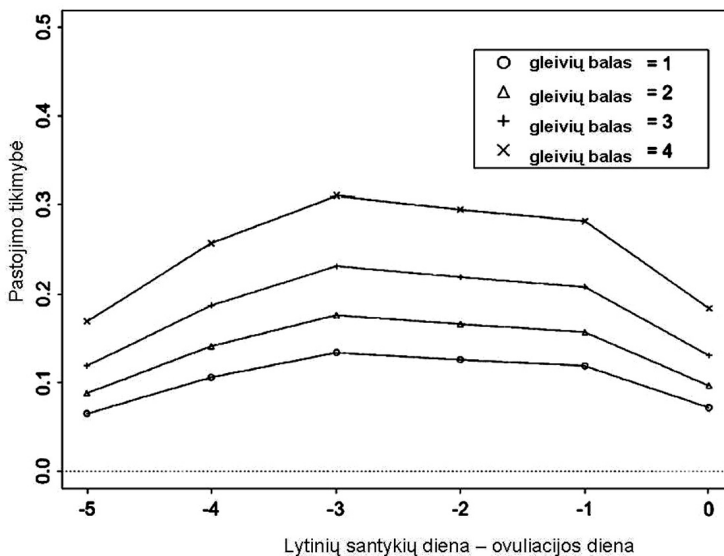
priklausomybę. Buvo atrinkti ciklo stebėjimo užrašai moterų, kurios naudojo NŠP, turėjo nuolatinius lytinius santykius, nevartojo hormoninių ar kitų vaistinių preparatų, trikdančių požymių stebėjimą. Norėdami nustatyti nėštumo tikimybės ir gimdos kaklelio gleivių kitimų sąsają, mokslininkai sudarė vaisingų gleivių skalę, kurioje gimdos kaklelio gleivės buvo vertinamos nuo 1 iki 4 balų (žr. 17 lentelę)

17 lentelė. Gimdos kaklelio gleivių kitimų skalė

(plg. Bigelow, Dunson, Stanford, Echochard, Gnoth, Colombo, 2004, 890)

Gleivių balai	Pojūtis	Išvaizda
1	sausumas, jokie pojūčiai	gleivių nesimato
2	drėgnumas	gleivių nesimato
3	drėgnumas	tirštos, kreminės, balzganos, gelsvos, lipnios
4	šlapia, slidu	permatomos, skaidrios, panašios į nevirto kiaušinio baltymą, tąsios vandeningos, rausvos

Mokslininkai nustatė, jog kuo aukštesnis gleivių balas pagal šią skalę (žr. 17 lentelę), tuo didesnė tikimybė pastoti (žr. 42 pav.).



42 pav. Nustatyta tikimybė nėštumo, kuris buvo vienkartinio lytinio akto (jo laikas pasirinktas stebint gleivių kitimo požymius) rezultatas

(plg. Bigelow, Dunson, Stanford, Echochard, Gnoth, Colombo, 2004, 890)

Mažiausia galimybė pastoti nustatyta 5 dieną iki ovuliacijos, o labiausiai tikėtinas pastojimas – 3 dieną iki ovuliacijos. Nėštumo tikimybės skirtumas tarp šių dienų yra nuo 0,06 iki 0,14. Pastojimo tikimybės skirtumas pagal gleivių skalės balus nuo 1 iki 4 atitinkamai kinta nuo 0,1 iki 0,18. Mokslininkai, apibendrinę surinktus duomenis, padarė išvadą, jog siekiant nėštumo lytinius santykius reikėtų planuoti pasirodžius gleivėms, kurios gleivių skalėje vertinamos 4 balais. Šie tyrimų rezultatai, teigia autoriai, turi didžiulę klinikinę reikšmę, nes gleivių kitimų požymio stebėjimas leidžia atpažinti ne tik vaisingos fazės ribas, bet ir laiką, kada didžiausia tikimybė pastoti. To negalima nustatyti tiriant kitais metodais, pavyzdžiui, ultragarsu. Gleivių stebėjimas yra ne tik informatyvus, bet ir, lyginant su instrumentiniais metodais, daug pigesnis (Bigelow, Dunson, Stanford, Enochard, Gnoth, Colombo, 2004, 889–892).

Vaisingumo pažinimas sutuoktiniams ne tik padeda išsirinkti palankiausią laiką lytiniam santykiams, kai siekiama nėštumo, bet ir leidžia anksčiau pastebėti vaisingumo problemas. Nėštumo siekianti pora, stebėdama vaisingumo požymius, gali atpažinti vaisingą ciklo fazę ir atitinkamai planuoti lytinius santykius. Tada moteriai pastoti paprastai prireikia tik kelių ciklų. Pavyzdžiui, J. B. Stanfordas su bendraautoriais pateikė tyrimo, kuriame dalyvavo 100 porų (visos jos pastojo nesinaudamos vaisingumo pažinimu), duomenis. Pusei porų pavyko pastoti po trijų mėnesių; 75 proc. porų – po 6 mėnesių; 90 proc. – po 12 mėnesių. Kitas panašus tyrimas atskleidė, kad iš porų, kurios naudojosi vaisingumo pažinimo metodais, 76 proc. pastojo pirmą mėnesį, likusios – iki septinto mėnesio (Stanford, White, Hatasaka, 2002). Pasak J. B. Stanfordo su bendraautoriais, poros, stebėdamos savo vaisingumą, gali atpažinti vaisingumo sutrikimus jau po 6 ciklų stebėjimo ir *vaisingo lango* nustatymo, jei per šį laikotarpį pastoti nepavyksta.

Kinijoje atliktas tyrimas patvirtino, jog turint žinių apie vaisingumą ir stebint ciklą galimybė pastoti didesnė net 30 proc. Siekusios pastoti moterys buvo apmokytos stebėti savo vaisingumo požymius, jos turėjo nustatyti pastoti palankiausią laiką Billingso ovuliaciniu metodu. Moterys mokėjo atpažinti vaisingas dienas, pagrindinį nevaisingumo modelį (PNM) ir piko dieną. PNM padėjo moterims tiksliai nustatyti nevaisingas dienas prieš prasidedant vaisingai fazei. Metodo mokytojai apmokė moteris, kaip pasirinkti lytiniam santykiams tinkamiausias dienas taikant šią schemą:

1. Nustačius PNM, lytiniai santykiai galimi kas tris dienas ar rečiau. Tai leidžia tiksliau vertinti gleivių požymius, taip pat iki vaisingos fazės susikaupia pakankamas spermatozoidų kiekis.

2. Per vaisingas dienas, siekiant atpažinti vaisingos fazės pabaigą, lytiniai santykiai galimi kas antrą dieną.

3. Jokių apribojimų po piko dienos.

Remiantis duomenimis, iš 3268 porų, naudojusių Billingso ovuliacinį metodą, 1032 poros pradėjo kūdikius po 2–5 ciklą (iš viso pastojo 31,6 proc. porų). Beveik visos šios šeimos negalėjo pastoti daugiau nei 5 metus (Qian, Zhang, Zuo, Lu ir kt., 2000).

Vaisingumo pažinimas yra nevaisingumo gydymo metodo, vadinamo natūralia prokreacine technologija (*NaProTechnology*), dalis. Šį metodą pagrindė JAV mokslininkas Thomas W. Hilgersas. Naprotechnologija apibūdinama kaip naujas moters sveikatos mokslas, skirtas stebėti ir palaikyti moters prokreacinę bei ginekologinę sveikatą. Metodas pagrįstas medikamentiniu, chirurginiu gydymu ir vaisingumo pažinimu.

Naprotechnologijos pagrindas – Kreitono modelis – užpatentuotas pavadinimu „CREIGHTON MODEL FertilityCare™ System“ (CrMS). Jis pagrįstas Billingo metodu ir skirtas nevaisingumui gydyti bei moters lytinės sveikatos būklei vertinti. Kuriant CrMS metodą ne tik vertinta gleivių išvaizda, moters pojūčiai per vaisingą fazę, bet ir mikroskopu buvo nustatomas spermatozoidams pralaidžių kanalėlių vaisingose gleivėse skaičius (The NaProTechnology Revolution). Naprotechnologija šiuo metu plačiai taikoma daugelyje Europos nevaisingumo gydymo klinikų. Pavyzdžiui, apibendrinus gydymo rezultatus, pateikti duomenys apie 1239 poras, kurios dėl nevaisingumo kreipėsi į kliniką „Galway“ (Airijoje) (porų, siekusių pastoti, vidurkis 5,6 metų; 1072 iš jų mažiausiai metus nesėkmingai stengėsi pastoti; moterų amžiaus vidurkis 35,8; 24 proc. šių porų turėjo vaikų; 33 proc. buvo taikytas dirbtinis apvaisinimas). Visos poros buvo apmokytos atpažinti vaisingas dienas pagal Kreitono modelį, daugeliui taip pat taikytas medikamentinis gydymas. Gimimų rodiklis 100 porų po 24 mėnesių naprotechnologijos taikymo buvo 52,8. Jaunesnių šeimų ir porų, kurioms prieš tai nebuvo taikytas dirbtinis apvaisinimas, gimdymų dažnis buvo daug didesnis (Stanford, Parnell, Boyle, 2008).

gimdymo datą. Klasikinė Negelio formulė (–3 mėn. + 7 d.), kai ciklas nereguliarus, neleidžia tiksliai numatyti gimdymo datos.

Gimdymo dienos apskaičiavimas. Turint BKT kreivę, galima gana tiksliai prognozuoti gimdymo dieną. Tarp pirmojo pakilusios temperatūros rodmens ir numatytos gimdymo dienos yra 266 dienos.

Gimdymo diena apskaičiuojama pagal šią taisyklę:

- iš pirmos pakilusios BKT dienos atimamos 7 dienos;
- iš gautos datos atėmus tris mėnesius ir pridėjus vienerius metus gaunama gimdymo diena.

Savikontrolės klausimai

1. Išvardykite pagrindines šeimų nevaisingumo priežastis.
2. Nurodykite vyrų nevaisingumo priežastis.
3. Išvardykite pagrindines moterų nevaisingumo priežastis.
4. Kokios ciklo dienos palankiausios pastoti siekiant nėštumo?
5. Apibūdinkite terminą „vaisingas langas“.

Literatūra

1. Campana A. (2009). Infertility. Paper presented at: Training Course in Sexual and Reproductive Health Research; 2009 February 20; Geneva. Prieiga internete http://www.gfmer.ch/Medical_education_En/PGC_SRH_2009/Infertility_Campana_WHO_2009.htm.
2. Bigelow J., Dunson D., Stanford J., Echochard R., Gnoth C., Colombo B. (2004). Mucus observations in the fertile window: a better prediction of conception than timing of intercourse // Human Reproduction, vol. 19, nr. 4, p. 889–892.
3. Flynn A., Melissa Brooks (1990). A Manual of Natural Family Planning. London: Guernsey Press.
4. Ford W. C., North K., Taylor H., Farrow A., Hull M. G., Golding J. (2000). Increasing paternal age is associated with delayed conception in a large population of fertile couples: evidence for declining fecundity in older men. The ALSPAC Study Team (Avon Longitudinal Study of Pregnancy and Childhood) // Human Reproduction, vol. 15 (8), p. 1703–1708.
5. Jose-Miller A. B., Boyden J. W., Frey K. A. (2007). Infertility // American Family Physician, nr. 75, p. 849–856.
6. Keulers M. J., Hamilton M., Franx A., Evers L. H. ir kt. (2007). The length of the fertile window is associated with the chance of spontaneously conceiving an ongoing pregnancy in subfertile couples // Human Reproduction, vol. 22, no. 6, p. 1652–1656.

7. National Collaborating Centre for Women's and Children's Health (2004). Fertility assessment and treatment for people with fertility problems. London: RCOG Press at the Royal College of Obstetricians and Gynaecologists.
10. Qian S. Z., Zhang D. W., Zuo H. Z., Lu R. K., Peng L., He C. H. (2000). Evaluation of the Effectiveness of a Natural Fertility Regulation Programme in China. Prieiga internete <http://www.woomb.org/omrrca/bulletin/vol27/no4/chinaEvaluation.html#achieving>.
9. Rutstein S. O., Shah I. H. (2004). Infecundity, Infertility, and Childlessness in Developing Countries. WHO. Geneva.
10. Stanford J. B., Parnell T. A., Boyle P. C. (2008). Outcomes from treatment of infertility with natural procreative technology in an Irish general practice // Journal of the American Board of Family Medicine, nr. 21, p. 375–84. Prieiga internete <http://www.jabfm.org/cgi/content/abstract/21/5/375>.
11. Stanford J. B., White G. L., Hatasaka H. (2002). Timing Intercourse to Achieve Pregnancy: Current Evidence // Obstetrics & Gynecology, vol. 100, nr. 6, p. 1333–1341.
12. The NaProTechnology Revolution. Scientific Foundation of the Creighton Model System // Internet appendix. Prieiga internete <http://www.unleashingthepower.info/iappendix.html>.
13. World Health Organization. (1975). The epidemiology of infertility. Report of WHO Scientific Group on the Epidemiology of Infertility. Technical Report Series No. 582. Geneva:
14. World Health Organization. (2001). Reproductive health indicators for global monitoring: Report of the second interagency meeting, 2001. Geneva: World Health Organization. WHO/RHR/01.19.

13 skyrius

VAISINGUMAS PRIEŠ MENOPAUZĘ

Apie penkiasdešimtuosius metus moters gyvenime paprastai vyksta didelių permainų. Vaikai palieka namus, nes siekia išsilavinimo, dirba, kuria savo šeimas. Silpnėja vaikų ryšiai su tėvais, atsiranda anūkų. Šios permainos teikia džiaugsmo, bet gali kelti ir nerimą. Daugelis mamų įsitikina, kad baimė ir nerimas, patirti auginant mažus vaikus, yra visai nepalyginami su išgyvenimais, kuriuos patiria mama, kai laukia iš vakarėlio grįžtančio vaiko, jaudinasi per jo stojamuosius egzaminus ar vaikui dalyvaujant konkurse dėl darbo. Moteris neretai ima jaustis niekam nereikalinga, nori atsiriboti nuo aplinkinių, užsidaro savyje. Artimuosius gali stebinti ir žėisti besikeičianti moters nuotaika, sutuoktinis gali net nesuvokti, jog moters nuotaikos svyravimai tėra pagalbos šauksmas, dėmesio siekimas (Billings, Westmore, 1992, 111).

Be abejo, minėti išgyvenimai paliečia ir vyrus, tačiau moteris šiuo gyvenimo laikotarpiu patiria dar ir fiziologinį vaisingumo išnykimą – vadinamąją menopauzę. Moters hormonų pusiausvyrą ir vaisingumo ciklus veikia ir stresas. Taigi nieko nuostabaus, kad šiuo periodu ciklai tampa nereguliariūs. Tai nebūtinai reiškia menopauzės pradžią, įtakos gali turėti ir minėti socialiniai veiksniai. Aplinkiniai neretai skuba siūlyti moteriai menopauzės simptomus slopinančius preparatus. Moteris gali jaustis senstelėjusi.

Pagrindinis į šėštą dešimtį įžengusios moters rūpestis šiais laikais – neleisti, kad ją per anksti sendintų. Moteris turėtų apmąstyti savo gyvenimą ir ieškoti kitų prastos savijautos priežasčių. Baimės priepuoliai, karščio mušimas, nereguliarios mėnesinės, ilgas kraujavimas jų metu gali būti ilgalaikio streso pasekmė, o ne premenopauzės požymis.

Menopauzė yra laikotarpis, kai visiškai baigiasi menstruacijos. Tai normalus fiziologinis reiškinys (Kippley, Kippley, 2000, 433).

Premenopauzė yra periodas tarp vaisingo moters amžiaus (kai moters menstruacijos buvo daugiau ar mažiau reguliarios) ir menopauzės. Premenopauzė – tikras biologinis pokytis (Kippley, Kippley, 2000, 433). Nėra lengva nustatyti jos ribas. Premenopauzė tiksliai nustatoma tik praėjus metams po paskutinių mėnesinių. (Dažnai teigiama, esą jei mėnesinių nėra ilgiau kaip 6 mėnesius, mažai tikėtina, kad jos vėl atsinaujins). Vėliau prasideda tikroji menopauzė. Be abejo, kraujavimo epizodų gali pasitaikyti, tačiau kraujavimas iš gimdos praėjus metams nuo reguliarių mėnesinių pabaigos gali būti ligos požymis, o ne mėnesinės. Tokiu atveju būtina kreiptis į gydytoją.

Senėjimo procesas ir vaisingumo mažėjimas prasideda jau apie 30-uosius gyvenimo metus ir pamažu progresuoja iki visiško nevaisingumo. Daugelio autorių nuomone, premenopauzė pasireiškia moteriai sulaukus 45–54 metų (Flynn, Brooks, 1990, 101). Tyrimai atskleidė, kad JAV gyvenančioms moterims menopauzė prasideda sulaukus vidutiniškai 49–50 metų. Tai, kad prasidėjo menopauzė, teigė beveik pusė penkiasdešimtmečių. 53-ųjų metų moterų grupėje tokių buvo 90 proc. (Kippley, Kippley, 2000, 444). Maždaug 20 proc. moterų klimaksas nesukelia ryškesnių simptomų. Kitais atvejais patologiniai simptomai pasireiškia labai ryškiai.

Tyrimai rodo, kad prieš menopauzę padidėja hipofizės hormonų LH ir FSH koncentracija kraujyje. Kiaušialąstės bręsta sunkiai, pavėluotai. Kiaušialąstės gali bręsti kelias savaites ir net mėnesius. Bręsdamas folikulas gamina mažiau estrogenų, geltonkūnis formuojasi vėliau, išsiskiria mažiau progesterono, todėl kaip atsakas į sumažėjusį progesterono kiekį per kai kuriuos ciklus greičiau išsiskiria FSH ir LH. To pasekmė – ankstyva ovuliacija ir trumpas mėnesinių ciklas. Dėl progresuojančio folikulų savaiminio sunykimo jų vystymasis nevisavertis, sumažėja folikulų kiekis, todėl neišsiskiria reikiamas LH kiekis ir nevyksta ovuliacija. Nykstant folikulams, mažėja estrogenų koncentracija mėnesinių ciklo metu. Tai neigiamai veikia gimdos gleivinę, gali sukelti nereguliarus kraujavimus. Kartais dėl svyruojančio FSH kiekio ilgesnį laiką išsiskiria daug estrogenų, kad gimdos kaklelio nišos gamintų vaisingo tipo gleives. Kartais pasirodo šiek tiek nesikeičiančios išvaizdos gleivių (Flynn, Brooks, 1990, 101). Šiuo atveju gana sunku nustatyti gleivių piko dieną, todėl pravartu stebėti gimdos kaklelio pokyčius.

Laikotarpiui prieš menopauzę būdingi šie požymiai (Billings, Westmore, 1999, 114; Flynn, Brooks, 1990, 104; Rudzinskas, 1999, 51):

- įvairios trukmės mėnesinių ciklai (skiriasi 10 ir daugiau dienų);
- anovuliaciniai, ilgi ciklai (45, 60 arba 90 dienų);
- disfunkciniai kraujavimai;
- sutrumpėjusi liuteininė fazė;
- negausios pastovios išvaizdos gleivės;
- sunku nustatyti gleivių pika;
- kintanti (kartais vienfazė, kartais dvifazė) temperatūros kreivė;
- gimdos kaklelis didesnę ciklo dalį nusileidęs, uždaras, sausas;
- karščio mušimas (tai papildomas nevaisingumo požymis, nes rodo mažą estrogenų koncentraciją);
- makšties gleivinės sausumas (dėl nepakankamos estrogenų koncentracijos).

13.1. Vaisingumo požymių stebėjimas ir NŠP taikymas prieš menopauzę

Galimybė pastoti prieš menopauzę yra mažesnė. Dvidešimtmeteri moteriai tikimybė pastoti nenaudojant jokių kontraceptinių priemonių yra apie 80–90 proc.; 40 m. amžiaus grupėje jau tesiekia 40–50 proc.; sulaukus 45-erių jau tik 10–20 proc., o penkiasdešimtmeteri tikimybė pastoti neviršija 5 proc. Apibendrinant galima teigti, jog galimybė pastoti prieš menopauzę nedidelė, o turinčiai NŠP naudojimo patirtį moteriai jau nebereikia laikytis anksčiau taikytų taisyklių. Jeigu moteris vis dėlto įsitikinusi, kad jos ciklai keičiasi dėl menopauzės, o ne dėl kitų priežasčių, reikėtų pradėti taikyti kitas NŠP taisykles. Taisyklė „Minus 20“ netenka prasmės. Negalima vien tik laukti poovuliacinio temperatūros pakilimo, nes kartais ovuliacijos nebūna po kelis mėnesius. Tenka išmokti naujų NŠP taisyklių, pagrįstų gimdos kaklelio gleivių stebėjimu ir vertinimu. Moteris turėtų kreiptis konsultacijos į savo NŠP mokytoją.

13.1.1. Gleivių stebėjimas ir vertinimas

Kiekvienas kraujavimas (net ir mėnesinės) ar tepimas laikomas vaisingos fazės požymiu. Vaisinga fazė baigiasi 4-os dienos vakare, nustojus kraujuoti. Ankstyvojoje (iki ovuliacinėje) nevaisingumo fazėje, kaip ir taikant NŠP

po gimdymo, lytiniai santykiai rekomenduojami tik kas antrą vakarą. Po mėnesinių būtina stebėti gleives, norint nustatyti pagrindinį nevaisingumo modelį (PNM). Jis gali būti „sausas“ ar „drėgnas“. Vaisinga fazė prasideda pirmą gleivių pasirodymo arba PNM pokyčio dieną, ir baigiasi 4-ą vakarą po piko.

13.1.2. BKT matavimas ir vertinimas

BKT pakilimas patvirtina, jog ovuliacija įvyko. Šiuo atveju nevaisinga fazė baigiasi ketvirtą pakilusios temperatūros vakarą arba ketvirtą vakarą po gleivių piko. Reikia remtis vėlesniu požymiu, kaip ir taikant įprastas simptomatinio metodo taisykles. Jeigu būna pavieniai vienos dienos gleivių pokyčiai, po kurių BKT nepakyla ir kitą dieną vėl nėra gleivių (sausas), nevaisinga fazė prasideda antrą pakilusios BKT vakarą. Ši taisyklė tinka tik „sausos“ tipo PNM ir jei gleivės buvo pasikeitusios ne ilgiau kaip vieną dieną.

Kaip buvo minėta, taisyklė „Minus 20“ prieš menopauzę netaikoma.

Savikontrolės klausimai

1. Apibūdinkite, kas yra menopauzė ir premenopauzė.
2. Kokių sunkumų dažniausiai patiria moterys, stebinčios gleivių kitimo požymius prieš menopauzę?
3. Koks pagrindinis nevaisingumo modelis dažniausiai pasitaiko prieš menopauzę?
4. Kodėl prieš menopauzę netikslinga naudoti taisyklę „Minus 20“?

Literatūra

1. Billings E., Westmore A. (1992). The Billings method. Controlling fertility without drugs or devices. Victoria: Penguin Books Australia.
2. Flynn A., Brooks M. (1990). A Manual of Natural Family Planning. London: Guernsey Press.
3. Kippley J. F., Kippley S. (2000). The Art of Natural Family Planning. Cincinnati: CCL.
4. Rudzinskas V. (1999). Vaisingumo pažinimas. Kaunas: LIC „Už gyvybę“.

Literatūra

1. Ahmad M. E., et al. (2001). Evaluation of genotoxic potential of synthetic progestins-norethindrone and norgestrel in human lymphocytes in vitro // *Mutation Research*, vol. 494, p. 13–20.
2. Alvergne A., Lummaa V. (2010). Does the contraceptive pill alter mate choice in humans? // *Trends in Ecology and Evolution*, vol. 25, p. 171–179.
3. Appleby P., et al. (2007). Cervical cancer and hormonal contraceptives: collaborative reanalysis of individual data for 16 573 women with cervical cancer and 35 509 women without cervical cancer from 24 epidemiological studies. (International Collaboration of Epidemiological Studies of Cervical Cancer) // *The Lancet*, vol. 370, p. 1609–1621.
4. Aramavičiūtė V. (2005). Auklėjimas ir dvasinė asmenybės branda. Vilnius: Gimtasis žodis.
5. Arévalo M., Sinai I. (2005). Long term use of the TwoDay Method following the efficacy study. Georgetown: The Institute for Reproductive Health of Georgetown University.
6. Augustine, Saint (1958). On Christian Doctrine. Transl. by D. W. Robertson, Jr. New York: Macmillan Publishing Company.
7. Baillargeon J. P., et al. (2005). Association between the current use of low-dose oral contraceptives and cardiovascular disease: a meta-analysis // *Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, vol. 90, p. 3863–3870.
8. Barnhart K. T., et al. (2009). Return to fertility following discontinuation of oral contraceptives // *Fertility and Sterility*, vol. 91, p. 659–663.
9. Baur S. (2001). Neue Erkenntnisse zur Physiologie des weiblichen Zyklus // Bundesdeutscher Kongress über Natürliche Familienplanung (NFP), Köln, 07, bis März 1997, p. 34–43.
10. Baroncini M., et al. (2010). Sex steroid hormones-related structural plasticity in the human hypothalamus // *Neuroimage*, vol. 50, p. 428–433.
11. Beydoun H., Saftlas A. F. (2005). Association of human leucocyte antigen sharing with recurrent spontaneous abortions // *Tissue Antigens*, vol. 65, p. 123–135.
12. Bengson D. How weaning happens. Schaumburg, IL: LLLI, 1999.
13. Beral V. (2002). Breast cancer and breastfeeding: collaborative reanalysis of individual data from 47 epidemiological studies in 30 countries, including 50 302 women with breast cancer and 96 973 women without the disease // *The Lancet*, 20 July, vol. 360, No. 9328, p. 187–195.
14. Berdiajev N. A. (1989). Filosofija pola i liubvi. Maskva: Prometej.
15. Berdiajevas N. (1999). Erosas ir asmenybė // Meilės menas. Vilnius: Asveja.
16. Berek J. S. (2002). Novak's gynecology. 13th ed. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins.
17. Bernard R. W. (1994). Science Discovers the Physiological Value of Continence. Health Research Books.

18. Bigelow J., Dunson D., Stanford J., Echochard R., Gnath C., Colombo B. (2004). Mucus observations in the fertile window: a better prediction of conception than timing of intercourse // *Human Reproduction*, vol. 19, nr. 4, p. 889–892.
19. Billings E., Billings J. (1997). *Teaching the Billings Ovulation Method*. Melbourne: Ovulation Method Research and Reference Centre of Australia.
20. Billings E., Billings J. (2005). *The Circular Diagram. The Mucus Pattern of Fertility and Infertility*. Prieiga internete <http://www.woomb.org/bom/circdiag/circdiag.pdf>.
21. Billings E., Westmore A. (1992). *The Billings method. Controlling fertility without drugs or devices*. Victoria: Penguin Books Australia.
22. Bloemenkamp K. W., et al. (1998). Hemostatic effects of oral contraceptives in women who developed deep-vein thrombosis while using oral contraceptives // *Journal of Thrombosis and Haemostasis*, vol. 80, p. 382–387.
23. Bogaard van den C., et al. (1991). The relationship between breast feeding and early childhood morbidity in a general population // *Family Medicine*, Sept-Oct, vol. 23 (7), p. 510–515.
24. Bracken M. B., et al. (1990) Conception delay after oral contraceptive use: the effect of estrogen dose // *Fertility and Sterility*, vol. 53, p. 21–27.
25. Bracken M. B., et al. (1990 a). Oral contraception and congenital malformations in offspring: a review and meta-analysis of the prospective studies // *Obstetrics & Gynecology*, vol. 76, p. 552–557.
26. Briggs G., Freeman R. K., Yaffe S. J. (2008). *Drugs in Pregnancy and Lactation: A Reference Guide to Fetal and Neonatal Risk*. Elsevier Inc.
27. Brizendine L. (2006). *The Female Brain*. New York. 2006.
28. Brown J. B. (2000). *Studies on human reproduction: ovarian activity and fertility and the Billings Ovulation Method*. Melbourne: Ovulation Method Research and reference Centre of Australia.
29. Campana A. (2009). *Infertility*. Paper presented at: Training Course in Sexual and Reproductive Health Research; 2009 February 20; Geneva. Prieiga internete http://www.gfmer.ch/Medical_education_En/PGC_SRH_2009/Infertility_Campana_WHO_2009.htm.
30. Carranza-Lira S., Mera P. J. (2002). Influence of number of pregnancies and total breast-feeding time on bone mineral density // *The International Journal of Fertility and Women's Medicine*, vol. 47, nr. 4, p. 169–171.
31. Chan W. S., et al. (2004). Risk of stroke in women exposed to low-dose oral contraceptives: a critical evaluation of the evidence // *Archives of Internal Medicine*, vol. 164, p. 741–747.
32. Chasan-Taber L., et al. (1997). Oral contraceptives and ovulatory causes of delayed fertility // *American Journal of Epidemiology*, vol. 146, p. 258–265.
33. Coleman G. D. (1997). *Human sexuality. An All-Embracing Gift*. NY: Alba House.
34. Corkill M., Marshall M. (2008). Natural fertility regulation – the Billings Ovulation Method // *Australian Doctor*, 19 December, 2008.

35. Culwell K. (2009) Why Family Planning? // Training Course in Sexual and Reproductive Health Research, 2009 February 9, Geneva. Prieiga internete http://www.gfmer.ch/Medical_education_En/PGC_SRH_2009/Why_family_planning_Culwell_2009.htm.
36. Čerkauskas G., Markūnienė E., Bartkevičiūtė R. (2003). Sveika gyvenimo pradžia. Kaunas: LIC „Už gyvybę“.
37. Dabartinės lietuvių kalbos žodynas (1993). Vilnius: Mokslo ir enciklopedijų leidykla.
38. De Marco D. (1991). Biotechnology and the Assault on Parenthood. San Francisco.
39. Dover K. J. (1989). Greek Homosexuality. New York.
40. Drife J., Magowan B. A. (2004). Clinical obstetrics and gynaecology. Edinburg: Saunders.
41. Dunn H. P. (1992). The Doctor and Christian Marriage. New York.
42. Erikson E. (1996). Detstvo i obščestvo. St. Peterburg: Fond Universitetskaja knyga.
43. Erikson E. H. (2004). Vaikystė ir visuomenė. Vilnius: Katalikų pasaulio leidiniai.
44. Etminan M., et al. (2005). Risk of ischaemic stroke in people with migraine: systematic review and meta-analysis of observational studies // BMJ, vol. 330, p. 63.
45. Feinberg D. R., et al. (2008). Correlated preferences for men's facial and vocal masculinity // Evolution & Human Behavior, vol. 29, p. 233–241.
46. Finnis J. (1991). Moral absolutes: Tradition, revision and truth. Washington: The Catholic University of America Press.
47. Fiorsteris Fr. V. (1923). Seksualė etika ir seksualė pedagogija. Šiauliai: Vilties draugijos leidinys.
48. Flynn A., Brooks M. (1990). A Manual of Natural Family Planning. London: Guernsey Press.
49. Folstad I., Karter A. J. (1992). Parasites, bright males and the immunocompetence handicap // The American Naturalist, vol. 139, p. 603–622.
50. Ford W. C. L., North K., Taylor H., Farrow A., Hull M. G. R., Golding J. (2000). Increasing paternal age is associated with delayed conception in a large population of fertile couples: evidence for declining fecundity in older men. The ALSPAC Study Team (Avon Longitudinal Study of Pregnancy and Childhood) // Human Reproduction, Aug, vol. 15 (8), 1703–1708.
51. Frank-Herrmann P., Heil J., Gnoth C., Toledo E., Baur S., Pyper C., et al. (2007). The effectiveness of a fertility awareness based method to avoid pregnancy in relation to a couple's sexual behaviour during the fertile time: a prospective longitudinal study // Human Reproduction, vol. 22 (5), p. 1310–1319.
52. Freud S. (1955). An Outline of Psychoanalysis. The Penguin Freud Library, vol. 15.
53. Freud S. (1955a). Civilization and its Discontents. Great Books of the Western World.

54. Freundl G., Frank-Herrmann P., Gnoth C. (2010). Cycle Monitors and Devices in Natural Family Planning // *Journal für Reproduktionsmedizin und Endokrinologie*, vol. 7, p. 90–96
55. Freundl G., Godehardt E., Kern P. A., et al. (2003). Estimated maximum failure rates of cycle monitors using daily conception probabilities in the menstrual cycle // *Human Reproduction*, vol. 18 (12), p. 2628–2633.
56. Fromas E. (1999). *Menas mylėti* // *Meilės menas*. Vilnius: Asveja.
57. Gaffield M. L. WHO's evidence-based guidelines for family planning. Paper presented at: Training Course in Sexual and Reproductive Health Research, 2009 February 11, Geneva. Prieiga internete http://www.gfmer.ch/Medical_education_En/PGC_SRH_2009/pdf/WHO_EB_guidelines_family_planning-Gaffield_2009.pdf.
58. Garver-Apgar C. E., et al. (2006). Major histocompatibility complex alleles, sexual responsivity, and unfaithfulness in romantic couples // *Psychological Science*, vol. 17, p. 830–835.
59. *Gaudium et spes*. Pastoracinė konstitucija apie Bažnyčią šiuolaikiniame pasaulyje (1994) // Vatikano II Susirinkimo dokumentai 1965 gruodžio 7 d. Zarasai: Fortūna.
60. Gnoth C., Frank-Herrmann P., Schmoll A., Godehardt E., Freundl G. (2002). Cycle characteristics after discontinuation of oral contraceptives // *Gynecological Endocrinology*, Aug, vol. 16 (4), p. 307–317.
61. Guidelines: Breastfeeding, Family Planning, and the Lactational Amenorrhea Method (LAM) (1994). Institute for Reproductive Health, Georgetown University.
62. Harmon K. (2010). How Breastfeeding Benefits Mothers' Health // *Scientific American*, April 30, vol. 2. Prieiga internete <http://www.scientificamerican.com/article.cfm?id=breastfeeding-benefits-mothers>.
63. Henderson P. H., et al. (2000). Bone mineral density in grand multiparous women with extended lactation // *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, vol. 182, nr. 6, p. 1371–1377.
64. Hildebrand von A. (2005). *The privilege of Being a Woman*. Michigan: Sapientia Press.
65. Hilgers T. W. (1995). *The Scientific Foundations of the Ovulation Method*. Omaha: Pope Paul VI Institute Press.
66. Hilgers T. W., Stanford J. B. (1998). Creighton Model NaPro Education Technology for avoiding pregnancy: use effectiveness // *The Journal of Reproductive Medicine*, vol. 43, p. 495–502.
67. Hogan M. R., Levoir M. J. (1992). *Covenant of love: Pope John Paul II on Sexuality, Marriage, and Family in the Modern World*. San Francisco: Ignatius Press.
68. Iljin E. P. (2006). *Diferencijalnaja psichofiziologija mužščini i ženščini*. Moskva: Piter.
69. Jankūnas R. (2001). *Hormoninė kontracepcija*. Kaunas: Farmacija.
70. Jonas Paulius II. (1995). Enciklika „*Evangelium vitae*“. Vilnius: Aidai.

71. Jonas Paulius II (1994). *Familiaris consortio*. Krikščioniškosios šeimos uždaviniai šiuolaikiniame pasaulyje. Vilnius: Lumen.
72. Jonas Paulius II (1994). *Veritatis splendor*. Vilnius: Aidai.
73. Jonas Paulius II (1994a). *Laiškas šeimoms Gratissimam Sane*. Vilnius: Katalikų pasaulio leidykla.
74. Jones E. (1961). *The Life and Work of Sigmund Freud*, vol. 2, laiškas šveicarų pastoriumi psichoanalitikui Oskarui Pfisteriui (1909 m. vasario 9 d.).
75. Jose-Miller A. B., Boyden J. W. Frey K. A. (2007). Infertility // *American Family Physician*, nr. 75, p. 849–856.
76. Katalikų Bažnyčios katekizmas (1996). Kaunas: LKB TKK.
77. Kerr M., Bowen M. (1988). *Family Evaluation*. New York.
78. Keulers M. J., Hamilton M., Franx A., Evers L. H. ir kt. (2007). The length of the fertile window is associated with the chance of spontaneously conceiving an ongoing pregnancy in subfertile couples // *Human Reproduction*, vol. 22, no. 6, p. 1652–1656.
79. Kėvelaitis E., Illert M., Hultborn H. (2006). *Žmogaus fiziologija*. Antroji pataisyta ir papildyta laida. Kaunas: Kauno medicinos universiteto leidykla.
80. Kipli Š. *Kūdikio žindymas* (1993). Kaunas: Farmacija.
81. Kippley J. F., Kippley S. K. (1994). *The art of natural family planning*. Cincinnati: The couple to couple league.
82. Koda-Kimble M. A., Young L. Y. (1992). *Applied therapeutics. The clinical use of drugs*. Lippincott Williams & Wilkins Publishers.
83. Kralikauskas J. (1993). *Psichologijos įvadas*. Kaunas: Šviesa.
84. Kudzytė J. (1999). Žindymas – gyvenimo mokykla // *Už gyvybę*, nr. 2–3, p. 8–9.
85. Kudzytė J., Levinienė G. (1998). *Geriausia pradžia*. Kaunas: Farmacija.
86. Kulkarni J. (2007). Depression as a side effect of the contraceptive pill // *Expert Opinion on Drug Safety*, vol. 6, p. 371–374.
87. Lauman E. O., Gagnon J. H. etc. (1994). *The Organization of Sexuality: Sexual Practices in the United States*. Chicago.
88. Lawler R., Boyle J., May W. E. (1985). *Catholic sexual ethics: a summary, explanation & defense*. Huntington: Our Sunday Visitor, Inc.
89. Lee A. (2001). *Adverse Drug reactions*. Pharmaceutical press.
90. Li D. K. (1995). Oral contraceptive use after conception in relation to the risk of congenital urinary tract anomalies // *Teratology*, vol. 51, p. 30–36.
91. Linn S., et al. (1982). Delay in conception for former ‘pill’ users // *JAMA*, vol. 247, p. 629–632.
92. Lobato A. (2001). *Žmogaus orumas ir likimas*. Vilnius: Logos.
93. Lussana F., Zighetti M. L., Bucciarelli P., Cugno M., Cattaneo M. (2003). Blood levels of homocysteine, folate, vitamin B₆ and B₁₂ in women using oral contraceptives compared to non-users // *Thrombosis Research*, vol. 112, p. 37–41.

94. Maceina A. (1991). Pirminės kultūros pagrindai. Raštai. T. 1. Vilnius: Mintis.
95. Maceina A. (1991a). Saulės giesmė. Vilnius: Katalikų pasaulis.
96. Maceina A. (2006). Moterystės filosofija // Raštai. T. 9. Vilnius: Margi raštai.
97. Maida A. J. (1998). Responsible parenthood in the writings of Pope John Paul II // Trust the truth // A symposium on the 12th anniversary of the encyclical *Humanae Vitae*. Braintree: The Pope John Center.
98. May W. E. (1981). Sex, Marriage and Chastity: Reflections of a Catholic Layman, Spouse and Parent. Chicago: Franciscan Herald Press.
99. May W. E. (1988). Catholic Moral Teaching on in Vitro Fertilization // Reproductive Technologies, Marriage and the Church. Ed. The Pope John Center. Braintree.
100. May W. E. (2000). Catholic bioethics and the gift of human life. Huntington: Our Sunday Visitor, Inc.
101. Marcel G. (1978). *Homo Viator, The Mystery of the Family*.
102. Markūnienė E. (2003). Medicininiai, psichologiniai ir socialiniai kūdikių žindymo veiksniai. Daktaro disertacija. Kaunas: KMU.
103. Markūnienė E., Obelenienė B., Kulikauskaitė B. ir kt. (2003). Geriausia pradžia. Ekologiškos motinystės vadovas ir mamoms, ir tėčiams. Kaunas: LIC „Už gyvybę.
104. Martínez-Frias M. L., et al. (2001). Periconceptional exposure to contraceptive pills and risk for Down syndrome // *Journal of Perinatology*, vol. 21, p. 288–292.
105. Medicinos enciklopedija. II d. (1994). Vilnius: Valstybinė enciklopedijų leidykla.
106. Mühlhenkamp W. B., Prokop U., Schulz W., Wagenknecht J. (1993). Hormonal contraception. Berlin: Central Biological Research Information and Standards.
107. Munjė E. (1996). Personalizmas. Vilnius: Pradai.
108. Nadišauskienė R. (sudarytoja) (2008). Ginekologija. Antrasis papildytas ir pataisytas leidimas. Kaunas: Vitae Litera.
109. Narbekovas A. (2000). The existential significance of human acts as freely chosen // *Soter* Nr. 4 (32), p. 29–37.
110. Narbekovas A. (2001). Moralinis žmogaus klonavimo įvertinimas // *Sandora* Nr. 5.
111. Narbekovas A. (2002). Pasyvios eutanazijos ir užsispyrėliško gydymo netaikymo skirtumas // *Soter* Nr. 7 (35), p. 7–18.
112. Narbekovas A., Meilius K. (2002). Biotechnologijos: pagalba ar iššūkis santuokai kaip institucijai? // *Sveikatos mokslai* Nr. 2, p. 84–92.
113. Narbekovas A., Obelenienė B., Pukelis K. (2008). Lytiškumo ugdymo etika. Kaunas: VDU.
114. Narbekovas A., Obelenienė B., Rudzinskas V. (2004) Meilė ir pasirengimas šeimai: vaisingumo pažinimas. Kaunas: VDU.
115. National Collaborating Centre for Women's and Children's Health (2004). Fertility assessment and treatment for people with fertility problems. London: RCOG Press at the Royal College of Obstetricians and Gynaecologists.
116. Nilsson L., Hamberger L. (2005). Gimimas. Vilnius: Charibdé.

117. Noble R. E. (2005). Depression in women // *Metabolism*, vol. 54, p. 49–52.
118. Nofziger M. (1988). *Signs of fertility: the personal science of natural birth control*. Nashville: MND Publishing, Inc.
119. Obelenienė B. (2007). Paauglių ankstyvųjų lytinių santykių pedagoginės prevencijos vertinimas. Daktaro disertacija. Kaunas: VDU.
120. Obelenienė B., Rudzinskas V. (2010). *Kaip atpažinti savo vaisingumą ir natūraliai planuoti šeimą*. Kaunas: Artuma.
121. Odeblad E. (1994) The discovery of Different Types of Cervical Mucus and the Billings Ovulation Method // *Bulletin of the Ovulation Method Research and Reference Centre of Australia*, vol. 27 (3), p. 3–35.
122. Odeblad E. (2002). Investigations on the physiological basis for fertility awareness // *Bulletin of the Ovulation Method Research and Reference Centre of Australia*, vol. 29 (1), p. 2–11.
123. Odeblad E. (2004). Cervical function and the Billings method // *Bulletin of the Ovulation Method Research and Reference Centre of Australia*, vol. 31 (1), p. 12–21.
124. Odeblad E., Ingelman-Sundberg A., Menarquez M., Temprano H., et al. (2004). Types of cervical secretion. Prieiga internete [http://www.woombeuskadi.org/symposium/ponencias/4_erik_odeblad\(secrecion_cervix\).pdf](http://www.woombeuskadi.org/symposium/ponencias/4_erik_odeblad(secrecion_cervix).pdf).
125. Paškus A. (1984). *Asmuo ir laisvė*. Čikaga: Ateitis.
126. Paškus A. (1995). *Žmogaus meilės*. Vilnius: Katalikų pasaulis.
127. Paškus A. (1996). *Kunigo meilė*. Vilnius: Valstiečių laikraštis.
128. Philippe M.-D. (2004). *Meilės gelmėse. Pokalbis apie meilę, santuoką ir šeimą*. Vilnius: Katalikų pasaulis.
129. Pikūnas J. (1998). *Meilės psichologija*. Kaunas: Pasaulio lietuvių kultūros, mokslo ir švietimo centras.
130. *Polskie Stowarzyszenie Nauczycieli NFP (2005). Naturalne planowanie rodziny* (red. M. Troszynskiego): Warszawa: Bonami wydawnictwo.
131. *Popiežiškoji sveikatos apsaugos darbuotojų pastoracijos taryba (1997). Sveikatos apsaugos darbuotojų chartija*. Kaunas: Farmacija.
132. *Popiežiškoji šeimos taryba (2000). Žmogaus lytiškumo tiesa ir reikšmė. Auklėjimo šeimoje gairės*. Kaunas: Už gyvybę.
133. *Popiežius Paulius VI (1993). Enciklika „Humanae vitae“*. Apie prideramą tvarką perteikiant žmogaus gyvybę. Vilnius: Katalikų pasaulis.
134. Pukelis K. (1998). *Mokytojų rengimas ir filosofinės studijos*. Kaunas: Versmė.
135. Qian S. Z., Zhang D. W., Zuo H. Z., Lu R. K., Peng L., He C. H. (2000). Evaluation of the Effectiveness of a Natural Fertility Regulation Programme in China. Prieiga internete <http://www.woomb.org/omrrca/bulletin/vol27/no4/chinaEvaluation.html#achieving>.
136. Quesnell G. J. (1988). *Pastoral Approaches to Infertile Couples in Reproductive Technologies, Marriage and the Church*. Ed. Braintree: The Pope John Center.
137. Raith E., Frank P., Freundl G. (1999). *Natürliche Familienplanung heute*. Berlin: Springer.

138. Roberts S. C., et al. (2005). MHC-assortative facial preferences in humans // *Biology Letters*, 1, p. 400–403.
139. Roberts S. C., et al. (2008). MHC-correlated odour preferences in humans and the use of oral contraceptives // *Proceedings of the Royal Society of London*, vol. 275, p. 2715–2722.
140. Rupnik M. I. (2001). *Perėjimo kultūra*. Vilnius: Katalikų pasaulis.
141. Rudzinskas V. (1999). *Vaisingumo pažinimas*. Kaunas: LIC „Už gyvybę“.
142. Rutstein S. O., Shah I. H. (2004). *Infecundity, Infertility, and Childlessness in Developing Countries*. WHO. Geneva.
143. Satir V. (1983). *Conjoint Family Therapy*. Science and Behavior Books
144. Shearman R. P. (1971). Prolonged –secondary amenorrhea after oral contraceptive therapy: Natural and unnatural history // *The Lancet*, vol. 7711, p. 64–66.
145. Shivanandan M. (1998). *Challenge to Love*. Bethesda. Maryland. 1998.
146. Shivanandan M., Borkman T. (1984). The Impact of NFP on Selected Aspects of Couple Relationship // *International Review of Natural Family Planning*, Spring, 1984.
147. Shivanandan M., Borkman T. (1992). *Natural Family Planning and Family Systems Theory* // *Linacre Quarterly*, November, 1992.
148. Skočovský K. D. (2008). *Fertility Awareness-based Methods of Conception Regulation: Determinants of Choice and Acceptability*. Brno.
149. Smith E. J. (1993). *Pope John Paul II and Humanae Vitae* // *Why Humanae Vitae was Right: A Reader*. Ed. Janet E. Smith. San Francisco.
150. Smith J. (1991). *Humanae Vitae: A Generation Later*. Washington. DC.
151. Smith J. (1998). *Premarital Sex*. Sacerdos.
152. Solovjovas V. (1991). *Meilės prasmė*. Vilnius: Pozicija.
153. Speroff L., Glass R. H., Kare N. G. (1999). *Clinical Gynecologic Endocrinology and Infertility*. 6th ed. Baltimore.
154. Stanford J. B., Parnell T. A., Boyle P. C. (2008). Outcomes from treatment of infertility with natural procreative technology in an Irish general practice // *Journal of the American Board of Family Medicine*, nr. 21, p. 375–384. Prieiga internete <http://www.jabfm.org/cgi/content/abstract/21/5/375>.
155. Stanford J. B., White G. L., Hatasaka H. (2002). Timing Intercourse to Achieve Pregnancy: Current Evidence // *Obstetrics & Gynecology*, vol. 100, nr. 6, p. 1333–1341.
156. Storgaard L., Bonde J. P., Olsen J. (2006). Male reproductive disorders in humans and prenatal indicators of estrogen exposure. A review of published epidemiological studies // *Reproductive Toxicology*, vol. 21, p. 4–15.
157. Stuebe A. M., Schwarz E. B. (2010). The Risks and Benefits of Infant Feeding Practices for Women and Their Children // *Journal of Perinatology*, vol. 30 (3), p. 155–162.
158. Stundžienė R., Kalibaitienė D., Vingras A. (2010). Kūdikių mitybos ypatumai pirmaisiais gyvenimo metais // *Medicinos teorija ir praktika*, t. 16, nr. 4, p. 387–393.

159. Šalkauskis S. (2002). Raštai. T. 7. Vilnius: Mintis.
160. Šardenas T. P. (1995). Žmogaus fenomenas. Vilnius: Mintis.
161. Šaulauskienė A. (2001). Etiniai ir medicininiai kontracepcijos aspektai // *Medicinos teorija ir praktika*, 28, p. 48–52.
162. Švedas E. (2007). Šiuolaikinės kontracepcijos vartojimo ir jaunimo identiteto santykio analizė // *Soter* Nr. 21, p. 79–85.
163. The NaProTechnology Revolution. Scientific Foundation of the Creighton Model System // Internet appendix. Prieiga internete <http://www.unleashingthepower.info/iappendix.html>.
164. Vaitoška G. (1997). Lyties grožis: meilei ar pasimėgavimui // *Prizmė* Nr. 3.
165. Vaitoška G. (2010). Kas iš vaikų pagrobė gandrą? Vilnius: Katalikų pasaulio leidiniai.
166. Vanier J. (1989). *Man and Woman He Made Them*. New York.
167. Vydūnas (1991). Sveikata, jaunumas, grožė. Gimdymo slėpiniai. Kaunas: Farmacija.
168. Waller D. K. (2010). Use of oral contraceptives in pregnancy and major structural birth defects in offspring // *Epidemiology*, vol. 21, p. 232–239.
169. Wojtyła K. (1994). Meilė ir atsakomybė. Vilnius: Alka.
170. World Health Organization (1993). Breast-feeding. The Technical basis and recommendation for action. Geneva: WHO.
171. World Health Organization (1975). The epidemiology of infertility. Report of WHO Scientific Group on the Epidemiology of Infertility. Technical Report Series No. 582. Geneva.
172. World Health Organization (1988). Natural family planning. A guide to provision services. Geneva: WHO.
173. World Health Organization (2001). Reproductive health indicators for global monitoring: Report of the second interagency meeting. Geneva: World Health Organization. WHO/RHR/01.19.
174. World Health Organization (2003). Global strategy for infant and young child feeding. Geneva: WHO.
175. World Health Organization (2007). Family Planning: A Global Handbook for Providers. Prieiga internete <http://info.k4health.org/globalhandbook>.

Vaisingumo pažinimas ir natūralus šeimos planavimas. Vadovėlis / Birutė Obelenienė, Andrius Narbekovas, Virgilijus Rudzinskas, Gintautas Vaitoška, Danielius Serapinas, Dalia Railaitė, Gerimantas Čerkauskas. – Kaunas, Vytauto Didžiojo universitetas. 2011. – 220 p., iliustr.

ISBN 978-9955-12-682-9

Vadovėlis skirtas visų studijų pakopų studentams, studijuojantiems jaunimo rengimo šeimai, bioetikos, lytiškumo etikos, šeimos santykių, šeimos sveikatos, moralinės teologijos dalykus, taip pat natūralaus šeimos planavimo mokytojams, pedagogams, socialinio darbo specialistams, sveikatos apsaugos specialistams, dirbantiems jaunimo ugdymo ir šeimos sveikatos srityse.

Birutė Obelenienė
Andrius Narbekovas
Virgilijus Rudzinskas
Gintautas Vaitoška
Danielius Serapinas
Dalia Railaitė
Gerimantas Čerkauskas
VAISINGUMO PAŽINIMAS IR NATŪRALUS ŠEIMOS PLANAVIMAS
Vadovėlis

Redaktorė Vita Antonienė
Maketuotoja Irena Sabaliauskaitė

2011-05-15. Užsakymo Nr. K11-30
Išleido Vytauto Didžiojo universiteto leidykla
S. Daukanto g. 27, LT-44249 Kaunas