

**UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE
LÉKAŘSKÁ FAKULTA V HRADCI KRÁLOVÉ**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

**ÚLOHA PORODNÍ ASISTENTKY
V OBLASTI PLÁNOVANÉHO RODIČOVSTVÍ**

Autor: Květoslava Dofková
Vedoucí práce: Bc. Regina Slowik
PhDr. Alexandra Archalousová

2006

Hradec Králové

**CHARLES UNIVERSITY IN PRAGUE
FAKULTY OF MEDICINE IN HRADEC KRÁLOVÉ**

**THE TASK OF A MIDWIFE
IN THE SPHERE OF A BIRTH CONTROL**

Author: Květoslava Dofková
Supervisor: Bc. Regina Slowik
PhDr. Alexandra Archalousová

2006

Hradec Králové

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně za použití uvedené literatury.

V Letonicích dne 9.4.2006

Květoslava Dofková

.....

Poděkování

Děkuji Bc. Regině Slowik za metodické vedení při zpracování empirické části a za připomínky i rady v závěrečné etapě zpracování bakalářské práce.

Děkuji PhDr. Alexandře Archalousové a PhDr. Marice Burešové za odborné konzultace a za poskytnutí literatury v přípravné fázi bakalářské práce.

Mé poděkování patří i rodině, zejména pak manželovi, za pomoc a zázemí.

Vážím si podpory, která mně byla poskytnuta MUDr. Annou Klíčovou.

OBSAH

Úvod	7
1. Cíl práce	8
2. HISTORICKÝ POHLED NA REGULACI LIDSKÉHO POTOMSTVA.....	9
2.1 ROZMNOŽOVÁNÍ JAKO ZÁKLADNÍ PROJEV ŽIVOTA.....	9
2.2 HISTORIE OCHRANY PŘED TĚHOTENSTVÍM.....	9
3. ANTIKONCEPČNÍ METODY	13
3.1 PROSTŘEDKY PLÁNOVANÉHO RODIČOVSTVÍ.....	13
3.2 HODNOCENÍ SPOLEHLIVOSTI ANTIKONCEPCE.....	13
3.3 VOLBA ANTIKONCEPCE.....	14
3.4 PŘIROZENÉ METODY ANTIKONCEPCE.....	15
3.4.1 Kojení.....	15
3.4.2 Přerušovaná soulož.....	15
3.4.3 Periodická sexuální abstinence.....	15
3.4.4 Hodnocení přirozených metod, založených na periodické abstinenci.....	17
3.5 MECHANICKÉ BARIÉROVÉ METODY.....	18
3.5.1 Ženské bariérové metody	18
3.5.2 Mužské bariérové prostředky	19
3.6 CHEMICKÉ PROSTŘEDKY.....	19
3.7 NITRODĚLOŽNÍ ANTIKONCEPCE.....	19
3.7.1 Nitroděložní tělíska s kovem.....	20
3.7.2 Nitroděložní systém s levonorgestrelm	20
3.8 GESTAGENNÍ ANTIKONCEPCE	21
3.8.1 Minipilulka.....	21
3.8.2 Injekční antikoncepce.....	21
3.8.3 Podkožní implantát.....	22
3.9 KOMBINOVANÁ HORMONÁLNÍ KONTRACEPTIVA.....	22
3.9.1 Typy kombinované antikoncepce.....	23
3.9.2 Vhodnost metody	23
3.9.3 Způsob užívání kombinované hormonální antikoncepce	25
3.9.4 Příznivé kontra nežádoucí účinky kombinované hormonální antikoncepce	26
3.9.5 Metafora na závěr.....	27
3.10 STERILIZACE.....	27
4. PORODNÍ ASISTENTKA A JEJÍ ROLE V OBLASTI PLÁNOVANÉHO RODIČOVSTVÍ 29	
4.1 MEZINÁRODNÍ DEFINICE PORODNÍ ASISTENTKY	29
4.2 KOMPETENCE PORODNÍCH ASISTENTEK PRO ZÁKLADNÍ PRAXI v oblasti prekoncepční péče a metody plánování rodiny.....	30
4.3 ETICKÝ KODEX PORODNÍCH ASISTENTEK	32
4.4 STRATEGICKÉ DOKUMENTY.....	33
4.4.1 Dokument č. 1 - MNICHOVSKÁ DEKLARACE.....	33

4.4.2	Dokument č. 2 - STANDARDY PRO OBORY OŠETŘOVATELSTVÍ A PORODNÍ ASISTENCI	34
4.4.3	Dokument č. 3 - SESTRY A PORODNÍ ASISTENTKY VE SLUŽBÁCH ZDRAVÍ	35
4.4.4	Dokument č. 4 - DALŠÍ POSTUP PO PŘIJETÍ MNICHOVSKÉ DEKLARACE	35
4.5	<i>EVALUAČNÍ MISE EU V ČESKÉ REPUBLICE</i>	36
4.6	<i>OBOR PORODNÍ ASISTENCE V ČESKÉ REPUBLICE V SOUČASNOSTI</i>	36
5.	EMPIRICKÝ VÝZKUM	39
5.1	<i>CÍLE VÝZKUMU</i>	39
5.2	<i>HYPOTÉZY VÝZKUMU</i>	39
5.3	<i>ORGANIZACE VÝZKUMU</i>	40
5.3.1	Charakteristika souboru a organizace výzkumu	40
5.3.2	Metoda výzkumu	41
5.4	<i>VÝSLEDKY VÝZKUMU</i>	42
5.5	<i>DISKUSE</i>	64
5.5.1	Hodnocení odpovědí na otázky dotazníku	64
5.5.2	Srovnání názorů žen rozdílného věku na úlohu porodní asistentky v oblasti plánovaného rodičovství	68
5.5.3	Hodnocení pravdivosti hypotéz	74
	ZÁVĚR	75
	Shrnutí	76
	Summary	77
	Literatura	78
	Seznam tabulek	79
	Seznam grafů	80
	Seznam příloh	81

ÚVOD

„Pouze v růstu, reformě a změně můžeme paradoxně nalézt pravou jistotu.“

Anne Morrowa Lindberghová

Povolání porodní asistentky patří k nejstarším zdravotnickým profesím, které však bylo po staletí opomíjeno. Existence babictví je doložena už u Hebrejců v knize Genesis. První zpráva o porodních bábách v Čechách je datována rokem 1176. V minulosti byly schopnosti porodních bab založeny jen na osobní zkušenosti a babictví bylo vykonáváno pouze ženami bez odborného vzdělání, často negramotnými, jež byly plné pověr, předsudků a religiozity. Doktoři medicíny se v té době o porodnictví nezajímali, protože tento obor nebyl důstojný jejich stavu. Po založení Univerzity Karlovy v Praze roku 1348 se obor gynekologie a porodnictví začal přednášet, ale vzdělávání probíhalo pouze v rovině teoretické. Vzdělávání babiček bylo omezeno na poučení o porodu. Mezníkem v historii babictví se stal až Zemský zdravotní řád z roku 1753, který obsahoval kapitoly upravující výuku a zkoušky porodních bab.

Výuka porodních asistentek se postupem času neustále zkvalitňovala až po současné univerzitní bakalářské studium, což nyní představuje vrchol vzdělávání porodních asistentek. Prozatím není vůle spustit plnohodnotný systém vysokoškolského vzdělávání porodních asistentek ve všech stupních. Univerzitně vzdělané porodní asistentky požadují kompetence, jimiž disponují jejich kolegyně v Evropské unii. Vzhledem k situaci, která v současné době panuje v českém zdravotnictví, čeká české porodní asistentky nelehká a dlouhá cesta.

1. CÍL PRÁCE

Cíl teoretické části:

- Vysvětlit potřebu regulace porodnosti v souvislosti s celosvětovým problémem hrozícího přelidnění planety, seznámit s historií ochrany před početím
- Podat ucelený přehled antikoncepčních metod používaných v současnosti v České republice
- Vymezit roli porodní asistentky v oblasti plánovaného rodičovství vyplývající ze Strategických dokumentů, seznámit s jejími kompetencemi, jimiž disponují porodní asistentky v zemích Evropské unie, zhodnotit postup o sjednocení s EU v oblasti vzdělávání a rolí porodní asistentky v oblasti primární péče

Cíl empirické části:

- Zjistit faktory, které ovlivňují ženu při výběru antikoncepce všeobecně, jaké účinky požaduje kromě spolehlivosti od hormonální antikoncepce
- Do jaké míry a kým jsou ženy na počátku užívání hormonální antikoncepce poučeny, zda rozsah vyšetření odpovídá odborným doporučením k předpisu hormonální antikoncepce, zjistit nejčastější důvody pro vysazení hormonální antikoncepce
- Zjistit, jakou úlohu má porodní asistentka v této oblasti plánovaného rodičovství, zda má z pohledu žen dostatečné znalosti o antikoncepci a zda by ženy měly v její schopnosti důvěru natolik, aby využily, pokud by existovala, služeb poradny pro plánované rodičovství, kterou by vedla porodní asistentka.

2. HISTORICKÝ POHLED NA REGULACI LIDSKÉHO POTOMSTVA

2.1 ROZMNOŽOVÁNÍ JAKO ZÁKLADNÍ PROJEV ŽIVOTA

Rozmnožování patří k nejzákladnějším projevům života na Zemi, a člověka jako nejvyšší formu nevyjímá. Rozmnožování je v živočišné říši dvojí – nepohlavní a pohlavní cestou. Prosté dělení jako historicky starší formu si do současnosti ponechali nižší živočichové – bakterie, viry, prvoci. Tímto způsobem se množí přibližně 1 tisíc živočišných druhů a asi 15 tisíc oba způsoby střídá. Prostou aritmetikou lze zjistit, že příroda dala přednost cestě pohlavního rozmnožování. Proč, když je tento způsob spojen s většími komplikacemi, obtížemi a životními náklady, hledání sexuálního partnera je časově náročné a namáhavé. Protože sexuální rozmnožování umožňuje neobyčejnou různorodost jedinců. Lidská pohlavní buňka má 23 chromozomů, při splynutí ženského vajíčka a mužské spermie může vzniknout 8 milionů chromozomálních kombinací. Počet kombinací se může násobit možností překřížení chromozomů. Tak vznikají jedinci, kteří se v důsledku přirozeného výběru přizpůsobují měnícím se podmínkám na Zemi, jsou nadáni větší odolností proti škodlivinám (Uzel, 1999).

Procesem postupných tělesných i sociálních změn tzv. hominizací a v rámci rodu Homo změn z hlediska psychologického tzv. sapientací se nutně změnila i lidská sexualita. Rozmnožování je jeden ze základních projevů života, a proto sexuální potřeba patří k fyziologickým potřebám člověka, tak jako potřeba pohybu, čistoty, výživy, vyprazdňování, spánku (Maslowova hierarchie potřeb). Člověk však jako jediný v celé živočišné říši dokáže sexualitu oddělit od rozmnožování. Sex přestal být pouze aktem rozmnožovacím, ale stal se záležitostí citovou. Toto pouto mezi mužem a ženou umožnilo delší soužití, které je výhodnější pro potomstvo (Uzel, 1999).

2.2 HISTORIE OCHRANY PŘED TĚHOTENSTVÍM

V rané historii lidského pokolení nenajdeme mnoho o regulaci potomstva. Je to proto, že regulaci zajistila sama příroda. Ještě v době kamenné to bezpochyby platilo. Člověk se však postupně začal vymykat z přírodního mechanismu samočinné regulace přírůstku ostatních biologických druhů. Tento mechanismus nedopustil, aby se některý druh přemnožil. To bylo zajištěno účelností potravinového řetězce. Člověk, největší narušitel přírodních mechanismů, přestal respektovat ekologickou rovnováhu.

Přirozený přírůstek obyvatelstva byl velmi pozvolný, v roce 0 našeho letopočtu se odhaduje počet lidí na 250 miliónů, v roce 1650 se zdvojnásobil, mezi lety 1815 – 1830 dosáhl první miliardy, za 100 let přibyla další miliarda, ke zvýšení o třetí miliardu došlo už za 30 let, v roce 1975 byl počet lidí na Zemi 4 miliardy, pátá přibyla za 12 let, tedy v roce 1987. V roce 2006 k datu 8. dubna byl počet obyvatel zeměkoule nepředstavitelných 6 553 818 550. Počet narozených dětí tohoto dne činil 311 213, zemřelo 127 993 lidí, nárůst populace činil 183 334 (<http://worldometers.info>). Znamý publicista Isaac Asimov předvídá, že v roce 2060 bude mít Země 20 miliard lidí, což představuje maximální počet obyvatel, které je schopna uživit. Proč nás tak hrozivě přibývá? Co vedlo ke zrychlování přirozeného přírůstku populace?

Toto nastartovala neolitická revoluce, zvaná též agrární či zemědělská. Před touto revolucí se živil člověk lovem zvěře a sběrem divoce rostoucích rostlin. Lovci-sběrači, kteří se rozmnožovali se stejným pohlavním pudem a bez antikoncepce, se nepřemnožili. Revoluční obrat nastal cílevědomým pěstováním rostlin a zvířat, a tím došlo k podstatné změně způsobu života. Pravdivost tohoto tvrzení potvrdili angličtí vědci, když v roce 1975 našli v poušti Kalahari kočující kmeny žijící primitivním způsobem života doby kamenné. Neznají civilizační choroby, jako je diabetes, arterioskleróza, hypertenze, obezita. Jejich dětská úmrtnost je na úrovni evropských zemí, neznají infekční epidemie, neválčí, nezabíjejí se navzájem. Jejich ženy rodí maximálně čtyři děti. Je to dáno nejen kočovným životem, ale zejména charakterem výživy. Právě výživa významně ovlivňuje schopnost reprodukce žen. Menarche i plodnost nastupuje později, teprve okolo 19. roku může otěhotnět. Protože narozené dítě nemá jinou možnost výživy než mateřské mléko, ženy vytrvale kojí až do 3-4 let věku dítěte. Spolu s charakterem životosprávy žena po dobu intenzivního kojení nemenstruuje a neovuluje. Klimakterium přichází dříve, a tím se výrazně zkracuje fertlní období života ženy. Ženy lovců-sběračů mají jen malý počet menstruací. Takto to bylo účelně uspořádáno, neboť čím větší je počet menstruací, tím více je organismus ženy negativně ovlivněn vyplavujícími se hormony.

Změnou kočovného života, kdy se lidé usídlili v primitivních sídlech, kde se hromadily odpadky a kde žili v nedostatečných hygienických podmínkách, se začaly množit infekce a morové epidemie. Při zvyšujícím se počtu narozených se v době epidemií prudce zvýšil počet zemřelých, a to vedlo k redukcí nárůstu populace. Lidstvo s rozvojem vědy dokázalo poměrně účinně zvládat infekční choroby nejen nalezením účinné terapie, ale i zlepšením hygienických podmínek jako prevence infekčních chorob.

Výrazným zkvalitněním lékařské péče se populační exploze stala celosvětovým problémem. Lidstvo se vymklo z přirozeného biologického naprogramování, naše rozmnožovací schopnosti nabývají celkem hrůzných rozměrů (Uzel, 1999).

První historický dokument týkající se snahy o zábranu početí pochází z období přibližně 1850 před naším letopočtem z egyptské civilizace. Byl nalezen roku 1889 a jeho rozluštění bylo velmi těžké. Papyrus Petri z Kahunu je věnován ženským chorobám. Kromě popisu různých poruch cyklu, krvácení, nepravidelných poloh děložních obsahuje i recept na zabránění početí. Uvádí hned 3 antikoncepční metody, které měly zneškodnit spermie vkládáním ochrany do pochvy. Jednalo se zavádění krokodýlího trusu, dále zhotovení poševní ucpávky z včelího medu a sody, třetí způsob bylo vkládání gumu či jakéhosi lepidla.

Rovněž z Egypta z roku 1350 před Kristem pochází zobrazení na náhrobním desce znázorňující muže s návlekm na penisu, není však potvrzeno, že ten měl sloužit jako bariérový prostředek. Jako takový je doložen až v 1564, italský anatom Gabriel Fallopius, zhotovil pouzdro ze lněného vlákna napuštěného olejem. V 18. století se začaly kondomy vyrábět ze zvířecích slepých střev.

Roku 1838 byl zhotoven první gumový klobouček na děložní čípek. V roce 1881 holandský lékař Wilhelm Mensing navrhl pomůcku, která je považována za předchůdce poševního pesaru – diafragmy, jakýsi klobouček, který má v okraji zatavenou pružnou spirálu, která se dá stlačit a po uvolnění tlaku nabude původního tvaru (Uzel, 1999).

Skutečná revoluce antikoncepce však proběhla až ve 20. století. I když idea zavádění předmětů do dělohy jako zábrana početí se objevila ve starověku, tuto metodu používal Hippokrates, který zaváděl do dělohy předměty ze slonoviny. K významnému rozšíření však došlo až po roce 1926, kdy německý gynekolog Ernst Grafenberg zavedl do dělohy vlákna chirurgického hedvábí, a následně i tělísko vyrobeného ze slitiny mědi, zinku a niklu, tato slitina se nazývala německé stříbro. Bohužel jeho následovníci nedodržovali zásady při zavádění, toto vedlo ke zvýšení zánětlivých komplikací, které před érou antibiotik mělo i smrtelné následky, a proto roku 1935 bylo nitroděložní tělísko zakázáno (Kuželová, 2005).

Přibližně ve stejné době vznikla v Japonsku nitroděložní spirála zvaná Otova, která byla vyrobena v Japonsku ze zlata a stříbra.

Po období úplného odsouzení se začala vyrábět až v roce 1960 tělíška z plastických hmot, jež se ukázaly jako vhodnější materiál než drahé kovy, a to pro tvarovou paměť.

V roce 1969 bylo v tehdejší Československu vyrobeno první české tělísko, které dostalo název DANA – Dobrá A Neškodná Antikoncepce, za významného přispění brněnského gynekologa prim. Dr. Šráčka, který přivezl jako první plastová nitroděložní tělíška ze zahraničí (Kuželová, 2005).

Důvěrou v tento typ nitroděložní antikoncepce otřásly v USA v 70. letech případy, kdy zaváděním nitroděložního tělíška Dalkon Shield významně stoupl výskyt pánevní zánětlivé nemoci. Příčinou byla chyba v konstrukci tělíška, vlastně jeho vlákna, které nebylo z jednodílného kompaktního materiálu, ale bylo spleteno z několika pramínků, a toto byla příčina ascendentní infekce z pochvy do dělohy. Plast jako hlavní materiál zůstal dodnes, ke zvýšení antikoncepčního účinku se tělíška vylepšují přidávkem kovu – hlavně mědi, stříbra, zlata. V 70. letech byl poprvé použit progesteron jako součást tělíška, od roku 1999 je na našem trhu dostupný nitroděložní systém Mirena s hormonálním nosičem (Kuželová 2005).

Milníků ve fyziologii, chemii a farmakologii, jež vedly ke vzniku antikoncepční pilulky, bylo několik. V roce 1897 J. Beard zjistil, že v těhotenství nedochází k ovulaci, rok nato zveřejnil A. Zschokke, že corpus luteum způsobuje sterilitu, v roce 1916 vídeňští fyziologové Hermann a Stein demonstrovali blokádu ovulace u krys jejich luteálními extrakty. Rokem 1924 se datují pokusy s ovariálními a placentárními extrakty profesora Ludwiga Haberlandta, který v roce 1931 deklaroval základní princip hormonální antikoncepce: „Ovariální a placentární hormony nabízejí ideální cestu k dočasné hormonální sterilizaci a tím ke kontrole porodnosti“. Významným podnětem k výzkumu hormonálních steroidů byla izolace progesteronu v roce 1934. V roce 1935 provedli Inhofen a Hohlweg první syntézu ethinylestradiolu a v roce 1939 gestagenu. Roku 1950 získali Sanger a Pincus grant IPPF (Mezinárodní federace pro plánované rodičovství) a zahájili vývoj hormonální antikoncepční tablety v Americe, v roce 1956 proběhla studie kombinované hormonální pilulky na ženách v Portoriku. Rok nato byl preparát Enovid použit k regulaci menstruace a 1959 tento preparát užívali jako antikoncepci. V Evropě byla první antikoncepční hormonální pilulka uvedena v roce 1961 pod názvem Anovlar. Současné trendy v COC požadují nejen spolehlivost a bezpečnost, ale i lepší snášenlivost a více příznivých zdravotních účinků. To lze dosáhnout snížením dávky estrogenu - u všech preparátů je použit ethinylestradiol, nebo novou aplikační formou – na našem trhu je nabízena transdermální forma, nebo novým složením – změnou poměru a dávky původních látek, případně použitím nové účinné látky (Unzeitig, 2003).

3. ANTIKONCEPČNÍ METODY

3.1 PROSTŘEDKY PLÁNOVANÉHO RODIČOVSTVÍ

Antikoncepce, patřící k prostředkům plánovaného rodičovství, je souhrnný název pro metody zabraňující početí a s výjimkou chirurgické sterilizace se jedná o metody vratné. K rozvoji moderní antikoncepce bezpochyby přispěla nutnost regulovat porodnost, a také právo žen, jež se nazývá emancipací, možnost rozhodnout se kolik a hlavně kdy porodí své děti. Antikoncepce se jeví jako nejvhodnější prostředek plánovaného rodičovství, neboť zabránit nechtěnému těhotenství se dá kromě této metody v podstatě jen dvěma možnostmi (Uzel 1999).

Je to pohlavní abstinence, jež se jeví problematická z pohledu Maslowovy hierarchie potřeb, v nichž sexuální potřeba patří na stejnou úroveň jako potřeby fyziologické. Základní potřeby se v situaci, kdy jsou aktuální, stávají dominantními a ovlivňují celkové chování a jednání člověka (Trachtová, 2001).

Druhá možnost je ještě více kontroverzní, jedná se o umělý potrat. U nás zažitý termín umělé přerušení těhotenství je zavádějící, protože, pokud se něco přeruší, může to i pokračovat, což v tomto případě už nelze. Přerušené těhotenství nemůže pokračovat, tak by bylo vhodnější nazvat umělé ukončení těhotenství. Znamená pro ženu značný zásah do fyziologických procesů jejího organismu. Na snížení počtu interrupcí má nepochybný vliv jednak výchova, ale i dostupná a spolehlivá antikoncepce (Breckwoldt, 1996).

3.2 HODNOCENÍ SPOLEHLIVOSTI ANTIKONCEPCE

Spolehlivost antikoncepční metody se nejčastěji hodnotí Pearlovým indexem. Tento index udává počet otěhotnění, ke kterému dojde po dobu jednoho roku u 100 žen ve fertlím věku, užívajících stejnou antikoncepční metodu. Pokud se pár nechrání žádnou antikoncepční metodou, je hodnota Pearlova indexu 80 (Kuželová, 2005). Znamená to tedy, že u sta nechráněných párů otěhotní 80 žen.

Z uvedeného vyplývá, že ne vždy zabrání antikoncepce početí. Kromě abstinence, která nikdy neselže, má každá z metod dvě různé míry selhání:

Teoretické (ideální) riziko selhání popisuje možnost selhání metody samotné, tedy nikoli selhání zaviněné člověkem. To znamená například, že žena užívá perorální antikoncepci každý den a nikdy nezapomene.

Typické (skutečné nebo uživatelské) riziko zajímá potenciálního uživatele nejvíce. Popisuje, nakolik metoda může selhat při běžném, někdy nedokonalém používání. Selhání je způsobeno nedůsledným nebo nesprávným použitím než metodou samotnou (Leifer, 2004, s. 303).

K hodnocení spolehlivosti je také užívána metoda life-table, která může přesněji zachytit počet selhání metody v závislosti na délce užívání dané metody. Je to kumulativní metoda, při které se v 6-ti měsíčních intervalech zjišťuje procento žen, které neotěhotněly. S délkou užívání metody stoupá i počet selhání. Výhodou této metody je, že umožňuje současně sledovat i výskyt vedlejších účinků (Breckwoldt, 1996, s. 391).

3.3 VOLBA ANTIKONCEPCE

Výběr antikoncepce ovlivňuje řada faktorů. Důležitý je věk ženy a také zdravotní stav. Oblíbená hormonální antikoncepce má své kontraindikace, rizikové faktory i nežádoucí účinky. Roli hraje vyznání a kulturní zázemí. Vzhledem k tomu, že žádná vratná metoda antikoncepce není stoprocentní, je třeba myslet na vliv neplánovaného početí na ženu nebo rodinu. Jako další faktory jsou přání ženy mít v budoucnu děti, frekvence pohlavního styku, nakolik je důležité pohodlí a spontánnost při pohlavním styku, počet sexuálních partnerů (Leifer, 2004, s. 301). Ze svých zkušeností z pracoviště ambulantní gynekologie vím, že je pro českou ženu poměrně podstatná cena uvedené antikoncepční metody.

Jak vyplývá z výzkumu týkajícího se problému sexuality a reprodukčního zdraví zorganizovaného Mezinárodní federací pro plánované rodičovství v roce 1997, mladí lidé, u nichž se výzkum prováděl, vyžadují ohleduplné a laskavé poradenství zaměřené na sexualitu, s důrazem na diskrétnost a individuální přístup. Toto poradenství by mělo být vedeno zkušeným zdravotnickým pracovníkem. I když za nejlepšího poradce v otázkách antikoncepce je stále považován doktor medicíny (Uzel, 1999), je součástí práce porodních asistentek zodpovězení otázek. Úloha porodních asistentek v plánovaném rodičovství lze shrnout takto: odpovídá na obecné dotazy o metodách, vysvětluje různé používané metody a poskytuje přesnou informaci o jejich výhodách a nevýhodách, poučuje o správném použití antikoncepce, kterou si klient vybere (Leifer, 2004, s. 300).

3.4 PŘIROZENÉ METODY ANTIKONCEPCE

Za přirozené se považují takové metody, jež nepotřebují pomůcky, medikamenty a lékařskou asistenci.

3.4.1 Kojení

Po porodu je ovulace blokována zvýšenou hladinou prolaktinu, který potlačuje vyplavování gonadotropinů v předním laloku hypofýzy. Nastává laktační amenorea.

Aby se žena mohla plně spolehnout na tuto nejstarší metodu regulace lidské reprodukce, musí být dodrženy určité podmínky. Žena musí plně kojit, nejméně 6x za 24 hodin, přičemž noční interval nesmí být delší než 6 hod, od porodu nemenstruuje. Za těchto podmínek se může na antikoncepční účinek kojení spolehnout pouze prvních 6 měsíců po porodu. Poslední podmínka neplatí pouze u primitivních afrických kmenů, neplodnost jejich žen je prodloužena vlivem složení potravy bez zemědělských produktů.

Kojení jako antikoncepce je bezpochyby jednoduchá a dostupná metoda, je však poměrně krátkodobá. Spolehlivost metody dle Pearlova indexu je 2 - 4 těhotenství na 100 žen za 1 rok (Kuželová, 2005).

3.4.2 Přerušovaná soulož

Má mezi ostatními antikoncepčními metodami výjimečné postavení, je vedle kojení nejstarší metodou, nejlevnější, nepotřebuje žádné pomůcky, je dostupná vždy a za každé situace, ale je nejméně spolehlivá. Princip metody byl popsán v bibli v 1. knize Mojžíšově. Cílem je zabránit vstupu spermií do pochvy ženy, muž přeruší styk těsně před ejakulací, ke které dojde vně rodidel ženy. Hodnota Pearlova indexu se pohybuje 15 – 20 (Kuželová, 2005).

Z tohoto důvodu ji lze doporučit pouze páru, který by případné těhotenství akceptoval. Další nevýhodou je i to, že nevede k sexuálnímu vyvrcholení ženy (Breckwoldt, 1996).

3.4.3 Periodická sexuální abstinence

Tato metoda využívá plodných a neplodných dnů menstruačního cyklu. Vědecký základ k určování položil v roce 1929 rakouský profesor Knaus, nezávisle na něm rok poté Japonec Dr. Ogino. Zjistili, že uvolnění vajíčka z vaječníku nastává zhruba uprostřed cyklu, do té doby se mylně domnívalo, že ovulace nastane v době menstruace, tedy že maximální schopnost otěhotnět je těsně po menstruačním krvácení.

Kalendářová metoda, na počest objevitelů zvaná též Ogino-Knausova, je vhodná pro ženy s pravidelným menstruačním cyklem sledovaným po dobu 8 měsíců, aby získala spolehlivé údaje pro výpočet. Nástup plodných dnů vypočítá odečtením 18 dnů z délky nejkratšího cyklu, poslední plodný den určí odpočtem 11 dnů z nejdelšího cyklu (Kuželová, 2005). Z předpokladu ideálního 28-denního cyklu má žena plodné období od 10. do 17. dne. Jak je uváděno v Antikoncepční kuchařce pro větší spolehlivost metody je nutné odečíst 20 a 10 dnů, což například u cyklu 26–30 dnů činí 14 dnů pohlavní abstinence (Uzel, 1999).

Metoda měření bazální teploty je založena na termogenním efektu progesteronu, po ovulaci se teplota zvýší o 0,2 – 0,4 stupně Celsia. Toto zvýšení přetrvá po celou druhou polovinu cyklu, před menstruací nastane pokles teploty. Aby žena spolehlivě změřila bazální teplotu, musí měřit stejným teploměrem po dobu 5 – 7 minut v pochvě či konečníku, ihned po probuzení, před případným pohlavním stykem. Hodnoty bazální teploty zvyšuje nemoc, nedostatečný spánek, rozrušení, nadměrné užívání alkoholu. Pro určení neplodných dnů je nejbezpečnější pravidlo „tři po šesti“. Jestliže změří ve třech následujících dnech vyšší teplotu než šesti předcházejících, nastupuje neplodné období až do menstruace (Kuželová, 2005).

V klinické praxi je pro svou zdlouhavost a možnost chyby jako antikoncepční metoda méně oblíbená, je využívána spíše u žen, které řeší opačnou situaci – chtějí otěhotnět.

Metoda manželu Bilingsových, zvaná též jako hlenová, je založena na určování cervikálního hlenu. Těsně po menzes je hlen hustý, tvoří se v menším množství, probíhají „suché dny“. Přibližně tři dny před a dva dny po ovulaci se hlen stává řidším, vodnatým, kluzkým a tažným, uvolňuje se z hrdla děložního ve větším množství, nastává období „mokrých dní“, neplodnějšího období v celém menstruačním cyklu, které končí „hlenovým vrcholem“, tímto termínem označujeme poslední den výskytu tažného hlenu. Nutno dodat, že charakter hlenu může ovlivnit přítomnost poševního zánětu, každodenní styk rovněž zkresluje výsledky hodnocení hlenu. Za neplodné lze považovat „suché dny“ navazující na menstruaci a dobu od čtvrtého dne po „hlenovém vrcholu“ do další menstruace (Kuželová, 2005).

Metodu komplikuje chybění „suchých dnů“ po menstruaci, jež se vyskytuje především u žen s cyklem 25 a méně dní. Pak bezpečně neplodnými dny jsou až ve druhé polovině cyklu, tedy čtyři dny po „hlenovém vrcholu“ (Uzel, 1999).

Další metoda je založena na změně konzistence děložního hrdla během menstruačního cyklu. Přibližně 4-5 dnů před ovulací tuhý čípek s uzavřeným hrdlem měkne, zevní branka se pootevře. Žena nejlépe v podřepu čípek vyhmatá a sleduje konzistenci. Tato metoda vyžaduje od ženy určitou zkušenost a je vhodnější spíše k detekci ovulace pro ženy, které plánují koncepci (Kuželová, 2005).

V období ovulace mění cervikální hlen charakter, původně nepřehledné struktury se soustřeďují do stromečkovitého uspořádání připomínající list kapradí. V roce 1959 objevil endokrinolog B. Zondek, že stejně jako děložní hlen krystalizují i jiné tělní výměšky. V devadesátých letech se proto objevily kapesní mikroskopy ke zjišťování struktury zaschlých slin k detekci ovulace. Nadšení pro tuto metodu opadlo po objevení se falešně negativních výsledků, vlivem složení potravy a jiných životních okolností (Uzel, 1999).

Jako nejspolehlivější přirozená metoda antikoncepce je symptotermální (indexová) metoda. Jedná se o kombinaci výše uvedených metod. Platí zásada, že pokud jen jedna metoda určí plodný den, pokládá se bez ohledu na ostatní ukazatele den jako plodný (Kuželová, 2005).

Pro úplnost je třeba uvést možnost detekce ovulace stanovením předovulačního vzestupu luteinizačního hormonu, jehož zvýšení lze stanovit sériovým urinálním testem. Jedná se však o metodu využívanou spíše ke stanovení ovulace za účelem početí (Kuželová, 2005). Klinická praxe toto tvrzení jen potvrzuje.

3.4.4 Hodnocení přirozených metod, založených na periodické abstinenci

Spolehlivost metod je dána solidností a odpovědným přístupem uživatelky, poměrně důležitá je i zkušenost ženy s určením ovulace. Pokud se pravidla striktně dodržují, uvádí se Pearlův index 3 – 5 (Kuželová, 2005).

Při hodnocení spolehlivosti je obtížné odlišit chybu metody od chyby uživatelky. K selhání metody může někdy dojít při vyprovokované ovulaci, v důsledku různého popudu. Změny projevující se ovulace ovlivňují případné přidružené nemoci, vyšší nervová činnost, stresové situace.

Propagátoři tohoto způsobu antikoncepce na tyto situace, které narušují životní pohodu, upozorňují a uvádějí, že je pak výpočet problematický a nelze se na něj stoprocentně spoléhat. WHO disponuje rozsáhlými statistikami o účinnosti a spolehlivosti periodické sexuální abstinence, tato čísla se pohybují od naprosté spolehlivosti až po úplnou nespolehlivost.

To, že žena pochopí princip metody, neovlivní ekonomické, sociální ani kulturní podmínky. Hlavní činitel je náboženská angažovanost uživatelů a jejich morální zainteresovanost. Tento způsob plánovaného rodičovství není vlastně jen antikoncepční metodou, ale i způsobem života (Uzel, 1999).

3.5 MECHANICKÉ BARIÉROVÉ METODY

Postavení mechanické bariérové metody je jedinečné, protože až do poloviny 20. století neměl tento nejstarší antikoncepční postup alternativu v jiné metodě. Princip je jednoduchý, spermii se staví do cesty mechanická, nejčastěji pryžová překážka. Ke zvýšení spolehlivosti se doporučuje použít i chemickou antikoncepci.

3.5.1 Ženské bariérové metody

V současné době není na českém trhu žádný ženský ekvivalent této metody. Proto jen pro úplnost uvádím v zahraničí používané druhy. Do počátku 90. let byl i u nás dostupný poševní pesar (diafragma). Vyrábí se v různých velikostech, vhodnou velikost určí lékař na základě gynekologického vyšetření dle anatomických poměrů.

Zavádí se před stykem, umístí se před děložní čípek, opírá se o sponu stydkou a zadní stěnu poševní. Pesar je nutno ponechat nejméně 6 hodin, ne však déle než 24 hodin. Je určen pro mnohonásobné použití, musí se pravidelně vytáhnout, omýt a zkontrolovat, zda nemá viditelné trhlinky. Na rozdíl od jiných metod nemá žádné omezení (Uzel, 1999). Spolehlivost diafragmy je přímo úměrná správnému používání, Pearlův index má proto rozpětí od 3 až do 20. Hlavní nevýhodou je určitý diskomfort, způsobený zaváděním a extrakcí. Pokud žena pesar ponechá déle, než je doporučeno riskuje nepříjemný výtok, používáním pesaru se zvyšuje riziko uroinfekcí. Pesar není vhodný pro ženy, které mají častější styk. Má nespornou výhodu v tom, že snižuje riziko přenosu infekce. U dlouhodobých uživatelů prokazatelně nižší výskyt rakoviny čípku děložního (Kuželová, 2005).

Cervikální pesar se nasazuje přímo na děložní čípek, toto provádí lékař, případně zručná uživatelka. Může zůstat nepřetržitě několik dní, před menstruací je nutno pesar extrahovat.

Další metodou je antikoncepční hubička oválného tvaru, je nasáklá spermicidním prostředkem, je možno ji zavést až na 24 hodin. Důležitou zásadou je, že po poslední souloži musí být ponechána 6 hodin.

Do úplného výčtu ženských bariérových prostředků patří ještě ženský kondom, známý pod názvem Femidon. Je tvořen polyuretanovým válcem, který se zavádí do pochvy, na obou koncích jsou flexibilní kroužky, vnitřní se přikládá k čípku, vnější je před rodidly. Na našem trhu není dostupný stejně jako výše uváděné prostředky (Uzel, 1999).

3.5.2 Mužské bariérové prostředky

Kondom je jednorázová pomůcka, kterou muž před pohlavním stykem navlékne na penis. Antikoncepční spolehlivost závisí na správné manipulaci, Pearlův index se pohybuje v rozmezí 5 – 15. Pro jeho užití neexistuje prakticky kontraindikace, je dosažitelný a dostupný. V dnešní moderní společnosti je propagován jako hygienické opatření, neboť významně snižuje riziko přenosu pohlavních chorob (Uzel, 1999).

3.6 CHEMICKÉ PROSTŘEDKY

Pro antikoncepci založenou na chemické bázi se užívá název spermicidy, jejich účinek spočívá ve znehybnění spermií v pochvě, jako nejčastější látka se používá 9 – nonoxynol. Prostředek se zavádí před stykem hluboko do pochvy. Je nutné dodržovat určité zásady jako zákaz mytí mýdlem před stykem, počkat doporučenou dobu, aby se spermicidy rozšířily po celé horní části pochvy. Při opakovaném styku je nutno znovu aplikovat, pokud se styk neuskuteční do určité doby po aplikaci, spermicid nelze považovat za účinný. Tyto prostředky jsou poměrně účinné jako ochrana před sexuálně přenosnými chorobami, nechrání před infekce HIV (Kuželová, 2005). Lokální nehormonální antikoncepci je možno volně zakoupit v lékárnách, a to ve formě čípků, globulí a krémů. Je doporučována ženám, které mají menší frekvenci pohlavního styku, ke zvýšení účinnosti bariérových metod. Spolehlivost je udávána hodnotou indexu 3 – 40 (Kuželová, 2005). Velké rozpětí znamená, že metoda je zatížena možnou chybou uživatelky.

3.7 NITRODĚLOŽNÍ ANTIKONCEPCE

Pro tuto antikoncepci se užívá mezinárodní zkratka IUD, z anglického označení IntraUterine Device, u nás se často užívá název DANA, odvozený od prvního nitroděložního tělíska vyráběného u nás. Tělíska jsou vyráběna z umělé hmoty, ke zvýšení antikoncepčního efektu obsahují kov jako je měď, stříbro či zlato, případně syntetický hormon. Ve světě jsou užívány různé druhy nitroděložní antikoncepce, které se liší tvarem, materiálem i dobou účinnosti, proto uvádím pouze nás používaná.

3.7.1 Nitroděložní tělíška s kovem

Přesný mechanismus antikoncepčního působení není znám, známé jsou faktory, které jej ovlivňují. Zavedené tělíško způsobí v dutině děložní sterilní zánět endometria, množství leukocytů má toxický účinek na spermie, měď snižuje pohyblivost spermií a zesiluje zánětlivou reakci, je ztížen transport vajíčka, snížen je počet oplození schopných vajíček. Před insercí se odebere anamnéza, provede se onkologická prevence děložního čípku, případně vyšetření k detekci zánětu, důležité je i poučení pacientky. Tělíško zavádí lékař nejlépe 3. – 5. den menstruace, lze zavést bezprostředně po interrupci, na dobu většinou 5-ti let.

Pearlův index je u tělíška s mědí 0,1 – 1,0. Tento druh antikoncepce není vhodný pro ženy s hypermenoreou, protože IUD velmi často krvácení při menstruaci zesiluje, s dysmenoreou a pro ženy promiskuitní. Komplikací může být spontánní vypuzení tělíška, hlavně během menstruace, vlákno tělíška slouží ženě ke kontrole. V případě selhání je možné provést do konce 12. týdne interrupci bez poplatku. Těhotenství si může žena ponechat, je však mírně zvýšeno riziko potratu (Kuželová, 2005). I přes, v poslední době stoupající cenu, je u nás poměrně cenově příznivá.

3.7.2 Nitroděložní systém s levonorgestrelm

Systém Mirena kombinuje metody nitroděložního tělíška a gestagenní antikoncepce. Systém obsahuje nosič, který uvolňuje 20 mikrogramů levonorgestrelu za 24 hodin do dutiny děložní. Tím způsobuje zahuštění cervikálního hlenu a stává se nepropustným nejen pro spermie, ale i pro bakterie, gestagen způsobuje atrofii endometria, změněna je funkce vejcovodů. Vyznačuje se velkou spolehlivostí, index 0,1 – 0,2, snižuje krvácení téměř o 95 %, 20 % žen nemenstruje. Lze použít jako gestagenní součást substituční terapie v peri- a postmenopauze, možno zavést i nulliparám, které dlouhodobě neplánují těhotenství. Je také vhodná pro kojící matky. Při zavedení Mireny nedochází ke snížení koncentrace estradiolu produkovaného vaječníky, což je důležité pro prevenci ztráty kostní hmoty. Nevýhodou bývá několikaměsíční špinění, důležité je ženu před zavedením tělíška o této skutečnosti informovat, aby toto nebylo příčinou stížností. Někdy ženy udávají zhoršení pleti, zejména pokud žena užívala před zavedením perorální hormonální antikoncepci. Méně se vyskytuje mastodynie, případně bolest hlavy, které jsou dočasné (Kuželová, 2005). Zmíněná amenorea může být důvodem k nespokojenosti, v klinické praxi naší ambulance se tento důvod k extrakci vyskytl pouze v 1 případě.

Na naší ambulanci zavádíme Mireny od roku 1999, většina žen je spokojená a přicházejí na znovuzavedení i přes poměrně vysokou pořizovací cenu systému, která se však z dlouhodobého hlediska jeví jako příznivá.

3.8 GESTAGENNÍ ANTIKONCEPCE

Metoda využívá účinku kontinuálního podávání progestinu, a to zahuštění cervikálního hlenu a jeho nepropustnosti pro spermie, blokuje ovulaci na základě negativní zpětné vazby. Dochází ke změně peristaltiky vejcovodů a změna struktury děložní sliznice (Kuželová, 2005).

Na našem trhu jsou ve formě perorálních tablet, injekční formě, podkožních preparátů, nitroděložně zaváděného tělíska. Vaginální silikonový pesar, uvolňující gestagen, zatím na náš trh uveden nebyl.

3.8.1 Minipilulka

Přesnější by byl název čistě gestagenní, protože neobsahuje estrogen. Tento druh hormonální antikoncepce je vhodný pro kojící ženy, pro ženy, které nemohou užívat kombinované preparáty pro nežádoucí účinek estrogenů, ženy – kuřačky a ženy po 40. roku.

Nevýhoda minipilulky je častý výskyt nepravidelného krvácení a špinění, což bývá důvodem ukončení metody. Vzhledem k tomu, že neblokuje ovulaci stoprocentně, ale jen ze 20% (Uzel, 1999) – 60 % (Kuželová, 2005), je třeba dodržovat pravidelné užívání, tolerance je maximálně 3 hodiny nad 24 hodinový interval (Uzel, 1999). V případě novém preparátu Cerazette je uváděna tolerance zpoždění tablet do 12 hodin jako u kombinovaných preparátů.

3.8.2 Injekční antikoncepce

Jedná se o metodu velmi spolehlivou, Pearlův index je 0,01, poměrně nízká je cena. Metoda kombinuje několik faktorů – nepropustnost cervikálního hlenu, blokádu ovulace, atrofii endometria. První injekce se aplikuje 5. den menstruace intramuskulárně, další aplikace se doporučuje po 12 – 13 týdnech. Tento druh antikoncepce je vhodný pro kojící ženy, ženy s dysmenoreou, premenstruačním syndromem, s endometriózou, snižuje riziko pánevní zánětlivé nemoci (PID), dochází ke snížení intenzity krvácení při menstruaci až amenorei.

Nevýhodou jsou nepravidelnosti cyklu, možnost váhového přírůstku, ze zkušeností na našem pracovišti dva nejčastější důvody k opuštění metody.

Při dlouhodobé užívání je uváděno zvýšené riziko osteoporózy. Nutné je také ženu poučit, že po vysazení může dojít k pomalému návratu plodnosti.

3.8.3 Podkožní implantát

Velmi spolehlivá antikoncepce, což ocení zejména ženy, kterým činí problémy každodenní užívání perorální hormonální antikoncepce. V současné době je na našem trhu pouze jediný preparát, bionedegradabilní preparát, je aplikován lékařem během prvních 5 dnů menstruace, 4 cm dlouhá tyčinka o průměru 2 mm se zavádí do podkoží na vnitřní straně nadloktí za aseptických podmínek po místním znecitlivění.

Po 3 letech, po skončení doby antikoncepčního účinku, je tyčinka extrahována. Snižuje menstruační krvácení, které přechází až v amenoreu. Vhodná pro ženy s endometriózou, chronickými chorobami jako je diabetes mellitus, hypertenze, vhodná pro kojící ženy, snižuje riziko pánevní zánětlivé nemoci, nedochází k úbytku kostní hmoty (Kuželová, 2005). Po extrakce dochází k okamžitému nástupu plodnosti.

Nevýhodou této metody je častý výskyt nepravidelného špinění až krvácení, a také finanční náročnost.

Biodegradabilní kapsle na našem trhu nejsou.

3.9 KOMBINOVANÁ HORMONÁLNÍ KONTRACEPTIVA

Účinek kombinované hormonální antikoncepce (combined contraception – CC) je komplexní a to v primární inhibici ovulace.

Dávka hormonů v tabletě nebo náplasti na principu negativní zpětné vazby utlumí vyplavování gonadotropinů – folikuly stimulujícího hormonu (FSH) a luteinizačního hormonu (LH) z předního laloku podvěsku mozkového, nedochází ke stimulaci růstu folikulů a nedochází k vzestupu LH, který spouští ovulaci na základě pozitivní zpětné vazby. Gestageny způsobí zahuštění cervikálního hlenu, zpomalují pohyblivost vejcovodu, změny na sliznici děložní.

Hormonální kombinovaná antikoncepce je velmi spolehlivá, Pearlův index u ideální uživatelky se blíží 0, udává se 0,1 – 0,2. U běžné uživatelky se počítá s chybou v užívání, což je pravděpodobně nejčastější chyba, dále může dojít k poruše vstřebávání při poruchách zažívání, případně ke snížení účinku vlivem některých léků (Kuželová, 2005).

3.9.1 Typy kombinované antikoncepce

Posuzovat tuto skupinu můžeme z několika hledisek, za prvé dle formy a to na 2 základní skupiny – první je velká skupina perorálních preparátů (combined oral contraception – COC) a druhá skupina transdermální, která má v současnosti pouze 1 preparát.

Za druhé dělíme dle cyklicity:

- monofázická kontracepce, kdy všechny tablety mají stejnou dávku hormonů
- bifázická, v balení jsou 2 druhy barevně rozlišených tablet, přičemž tablety na druhou část cyklu obsahují větší dávku progestinu
- kombifázická, která v tabletách na první polovinu cyklu obsahuje vyšší dávku estrogenů a nižší dávku progestinu než ve druhé polovině cyklu
- trifázické preparáty, obsahující 3 skupiny barevně odlišených tablet se stoupajícím množstvím progestinu a případně ve druhé třetině větší dávka estrogenů.

U všech preparátů kombinované kontracepce je typ estrogenu stejný, rozdíl je v dávce estrogenů, a to od 0,015 – 0,050 mg etinylestadiolu. Větší rozdíl je podle druhu progestinu.

Většina kombinovaných hormonálních kontraceptiv má v balení 21, případně 22 tablet, což pro ženu-uživatelku znamená, že po vybrání tablet z blistru následuje pauza 7, event. 6 dnů. Jsou preparáty, které čítají 28 tablet, ženy tedy po vybrání naváže tabletami z nového blistru. Tímto typem se eliminuje riziko opožděného užití tabletky z nového balení.

3.9.2 Vhodnost metody

Hormonální antikoncepce je velmi rozšířená a žádaná metoda. Antikoncepční tablety jsou vázány na lékařský předpis a nejsou hrazeny z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Ještě v roce 2005 všechny zdravotní pojišťovny přispívaly na hormonální antikoncepci, příspěvek byl podmíněn absolvováním preventivního gynekologického vyšetření, v letošním roce byl zrušen. Zda je metoda pro danou ženu vhodná, posoudí lékař gynekolog, který se řídí doporučením k předpisu kombinované hormonální antikoncepce. Toto doporučení bylo schváleno výborem České gynekologické-porodnické společnosti v roce 2000, aktualizace 2005. V tomto doporučení jsou uvedeny postupy při předpisu hormonální antikoncepce.

Poučení nové uživatelky zahrnuje:

- poučení zdravotních rizicích a kontraindikacích,
- poučení o příznivých zdravotních „neantikoncepčních“ účincích
- poučení o ostatních moderních metodách
- poučení o nevhodnosti kouření o způsobu užívání
- poučení o způsobu užívání a o opatřeních při chybě v užívání
- poučení o možnosti krvácení z průniku.

Vyšetření zahrnuje:

- anamnézu, zaměřenou především na rizikové faktory kardiovaskulárních chorob, nádorů prsu a nemoci jater
- gynekologické preventivní onkologické vyšetření
- změření krevního tlaku, které se opakuje za 3 měsíce
- poté preventivní gynekologické prohlídky jedenkrát za 1 rok, včetně kontroly krevního tlaku

Doporučení obsahuje návod, jak postupovat v případě, požaduje-li žena nad 35 let, žena velmi mladá (v tomto případě doporučení neřeší sexuologické, etické a právní aspekty), žena v šestinedělí, kuřačka, žena s akné.

Je zde uveden seznam absolutních kontraindikací. CC nesmí užívat žena kojící do 6 měsíců po porodu a žena nekojící do 3 týdnů po porodu, kuřačka ve věku nad 35 let, která kouří více než 15 cigaret denně, žena s hypertenzí 160/100 a vyšší, žena s hlubokou žilní trombózou aktuální či v anamnéze. Do výčtu absolutních kontraindikací patří, je-li žena nositelkou trombofilní mutace, ženy s určitými srdečními vadami, migrénou s aurou, karcinomem prsu, nemocemi jater a s diagnózou komplikovaný diabetes mellitus.

Do souboru relativních kontraindikací patří kojení po 6 měsících po porodu, kouření méně než 15 cigaret, riziko kardiovaskulárních příhod – kouření, hypertenze, hyperlipidémie, diabetes mellitus, BMI vyšší než 30, rodinná zátěž. Je zde uveden karcinom prsu, cholelithiáza, nemoci jater (v tomto případě je indikováno vyšetření jaterních testů po 3 měsících užívání), lékové interakce.

Předpis kombinované hormonální antikoncepce je v kompetenci pouze lékaře gynekologa, ale domnívám se, že porodní asistentka, případně sestra pracující na gynekologické ambulanci by se měla, pokud se tak nestalo, seznámit s tímto předpisem. Některá fakta leckdy žena z neznalosti, ale i někdy záměrně, lékaři neuvede, informovaná porodní asistentka může tyto skutečnosti zachytit.

3.9.3 Způsob užívání kombinované hormonální antikoncepce

O způsobu užívání COC i transdermální formy seznámí ženu lékař, poskytne informační brožuru o antikoncepci. Z klinické praxe na naší ambulanci mám zkušenost, že žena zavalena přemírou informací se často obrací na sestru, aby si některé z informací zopakovala. Z toho vyplývá, že porodní asistentka by měla umět ženě poradit, tedy musí znát schémata užívání, při opomenutí užití tablety, atd.

První cyklus užívání začne 1. den menstruace pokud možno pravidelně po 24 hodinách, po 21 dnech následuje 7 pauza, ve které žena dostane menstruaci, 8. den začne užívat tablety z nového balení, jak bylo výše uvedeno. Pokud typ COC obsahuje 28 tablet, užívá kontinuálně.

Při COC lze tolerovat chybu ne delší než 12 hodin, je-li interval užití tablet více než 36 hodin, řešení je závislé na týdnu užívání:

- v 1. týdnu se doporučuje užít pilulku, jakmile žena zjistí chybu a poté je zapotřebí 7 dní bezchybného užívání chránit se jiným způsobem
- ve 2. týdnu není třeba žádných opatření
- ve 3. týdnu, doporučuje se bez pauzy navázat dalším balením.

U preparátu, který využívá transdermálního vstřebávání hormonů, se při prvním cyklu 1. den menstruace nalepí náplast. Tento den, pro něj se používá terminus technicus Evraden, pak žena dva následující týdny nalepí náplast (celkem tedy 3 týdny), poté následuje pauza 1 týden. Pátý týden v Evraden začíná s náplastí z dalšího balení. U transdermální formy se toleruje chyba až 48 hodin.

Monofázické preparáty umožňují vést „dlouhé cykly“, kdy 3 balení 21- tabletového preparátu užívá bez pauzy. Pokud dojde k opomenutí, není třeba žádných opatření, kromě prvního týdne, pak žena postupuje, jak bylo výše uvedeno.

3.9.4 Příznivé kontra nežádoucí účinky kombinované hormonální antikoncepce

Nespornou výhodou pro uživatelky je pravidelnost cyklu, zkrácení doby a snížení síly krvácení, je lékem první volby při dysmenorei, hyperandrogenním syndromu, při hirsutismu a akné zejména u preparátů s antiandrogenní aktivitou, u premenstuačního syndromu, u pánevních bolestí, u recidivujících ovariálních cyst a u žen s rodinnou anamnézou karcinomu ovaria.

Při užívání CC se mohou vyskytnout nežádoucí účinky, a to závažné a méně závažné.

K velmi závažným patří riziko trombembolické nemoci, které se užíváním CC zvyšuje 3 – 4 x než je u žen-neuživatelky (zdroj: www.gyne.cz). Incidence je asi 2 – 4:10 000 žen za 1 rok, pro srovnání u neživatelky asi 1 – 2:10 000 žen/1 rok, v těhotenství 6 – 8:10 000 žen/1rok (Kuželová, 2005). Riziko klesá s délkou užívání CC. Rizikovými faktory jsou trombóza/embolie v rodinné anamnéze, v osobní patří do kontraindikací absolutních. Zvýšené riziko ten mají ženy trombofilními mutacemi, zejména s mutací faktoru V – Leiden, deficit antitrombinu III a deficit proteinu C a kombinace jiných trombofilních mutací. Plošný skríníng mutací není indikován, protože incidence v populaci je nízká. Dále k riziku TEN přispívá obezita, kouření, imobilizace, před plánovanou operací trvající více než 30 minut je doporučeno zajistit antikoncepci jinými prostředky než CC.

Mezi závažné nežádoucí účinky patří jaterní onemocnění, zejména fokální modulární hyperplazie, a cholesterolové cholelitiázy, dále migréna, infarkt myokardu, zejména u kuřáček nad 35 let věku. Příčinou zvýšeného výskytu HPV (lidský papilomavirus) a častějších dysplázií čípku a cervicitid způsobených Chlamydiemi je vyšší počet sexuálních partnerů a ignorování bariérových metod. Je tedy na každé uživatelce, jaká je míra její zodpovědnosti ke vlastnímu zdraví.

Méně závažné se vyskytují zejména v prvních 2 – 3 cyklech užívání. Patří k nim krvácení z průniku, způsobené kolísáním hladin estrogenů, důležité je ženu na toto upozornit při předpisu. Je-li nepravidelné krvácení delší než 3 měsíce, pátráme po jiných příčinách jako je prekanceroza čípku, děložní myom, infekce bakteriemi Chlamydia trachomatis a Neisseria gonorrhoeae, a také kouření. Vyskytuje se napětí a bolest prsou, mírný nárůst hmotnosti, pokles libida, pigmentové skvrny, mírné zvýšení tlaku.

Zde je na místě uvést význam edukace, poučená žena – uživatelka je schopna včas rozpoznat případné nežádoucí účinky, zejména ty závažné a svým přístupem může výrazně ochránit své zdraví.

3.9.5 Metafora na závěr

Co napsat závěrem této kapitoly? Při studiu zdrojů k tomuto tématu mě zaujala výstižná metafora, kterou použil MUDr. Uzel na jedné ze svých přednášek. Účinek tablet přirovnal ke zvuku nedělních zvonů. Toto vyzvánění slyší všichni spáči v širokém okolí, ale pouze pro některé znamená cílevědomý signál. Ti procitnou, obléknou se a jdou do kostela na mši svatou. Pro ně je zvonění určeno především, v hormonálním působení se jedná o podvěsek mozkový, ve kterém se zabrzdí signál spouštějící uvolnění vajíčka – ovulaci. Ale zvony probudí desítky dalších lidí. Někteří spí dále, protože zvuk nedělních zvonů signalizuje, že nemusí do práce. Jim zní příjemně, mají z něj radost, v lidském těle představují orgány, pro které není antikoncepční tableta určena, ale které jsou jejím působením příznivě ovlivněny. Jsou však i takoví, kteří na zvuk zvonů reagují s nelibostí, nepříjemně vnímají ranní probuzení a jsou naštvaní. To jsou orgány, pro které hormonální tableta představuje činitele negativního, zaznamenají nepříznivé účinky. Bohužel zvony slyší, i když si zacpávají uši. Zvonit by se mělo, jen pokud negativně reagujících spáčů bude co nejméně. Snad to moderní antikoncepční tableta splňuje.

3.10 STERILIZACE

Tato chirurgická antikoncepce patří do kompletního výčtu metod plánovaného rodičovství. Má výsadní postavení, je nejspolehlivější, kromě rizika malého chirurgického zákroku i nejbezpečnější, ale jako jediná metoda je nevratná. I když v dnešní době je možné sterilizovanému člověku umožnit rodičovství, to je však obtížné a nákladné, a velmi často neúspěšné. V České republice se provedení sterilizace řídí zákonem č. 20/1666 Sb. O zdraví lidu, podmínky, za kterých lze provést tento zákrok, stanovuje Směrnice MZ ČSR ze 17. 12. 1971. Dle dosud platné legislativy je sterilizace povolena ženám, které trpí vážnou chorobou, u zdravých žen pouze tehdy, má-li více než 30 let a 4 děti, případně nad 35 let 3 děti. O vykonání sterilizace musí u nás požádat, zatímco ve vyspělých zemích lze provést sterilizaci na žádost občana bez udání důvodu. Změnu by měl přinést nový zákon, který se už několik let připravuje (Uzel, 1999), dosud nebyl legislativou schválen.

Plánované rodičovství patří k základním lidským právům a naše zákony toto nerespektují.

V ostatních zemích jsou žadatelé důkladně poučeni jednak o zákroku, jednak o trvalé neplodnosti. Před sterilizací podepisují písemný souhlas a mezi úředním aktem a vlastním výkonem musí uplynout určitá doba na rozmyšlení, např v New Yorku je nařízena třicetidenní čekací lhůta. (Livotiová, 2004). U nás vzhledem k výše uvedeným opatřením je metoda sterilizace málo využívána.

4. PORODNÍ ASISTENTKA A JEJÍ ROLE V OBLASTI PLÁNOVANÉHO RODIČOVSTVÍ

4.1 MEZINÁRODNÍ DEFINICE PORODNÍ ASISTENTKY

V červenci 2005 na zasedání Mezinárodního výboru porodních asistentek v Brisbane byla přijata nová definice porodní asistentky:

„**Porodní asistentka** je osoba, která byla řádně přijata do oficiálního vzdělávacího programu pro porodní asistentky uznávaného v dané zemi, která úspěšně ukončila daný vzdělávací program pro porodní asistentky a získala tak požadovanou kvalifikaci a registraci pro výkon povolání porodní asistentky.

Porodní asistentka je uznávána jako plně zodpovědný zdravotnický pracovník:

- pracuje v partnerství se ženami, aby jim poskytla potřebnou podporu, péči a radu během těhotenství, porodu a sobě poporodní
- vede porod na svou vlastní zodpovědnost
- poskytuje péči novorozencům a dětem v kojeneckém věku

Tato péče zahrnuje:

- preventivní opatření
- podporu normálního porodu
- zjišťování komplikací u matky nebo dítěte
- zprostředkování přístupu k lékařské péči nebo jiné vhodné pomoci
- provedení nezbytných opatření při mimořádně naléhavé situaci

Porodní asistentka má důležitou úlohu ve zdravotním poradenství a vzdělávání nejen žen, ale i v rámci jejich rodin a celých komunit. Tato práce by měla zahrnovat předporodní přípravu a přípravu k rodičovství a může být rozšířena i do oblasti zdraví žen, sexuálního nebo reprodukčního zdraví a péči o dítě.

Porodní asistentka může vykonávat svou profesi v jakémkoli prostředí, včetně domácího prostředí, ambulantních zdravotnických zařízení, nemocnic, klinik nebo zdravotnických středisek“ (zdroj:ckpa.cz/dokumenty/definice_pa.pdf)

Tato definice nahrazuje Definici porodních asistentek přijatou v roce 1972 a doplněnou v roce 1990.

4.2 KOMPETENCE PORODNÍCH ASISTENTEK PRO ZÁKLADNÍ PRAXI V OBLASTI PREKONCEPČNÍ PÉČE A METODY PLÁNOVÁNÍ RODINY

Mezinárodní konfederace porodních asistentek (ICM – International Confederation of Midwives) vznikla v roce 1919 jako federace asociací porodních asistentek. Jejím posláním je „rozšiřovat cíle a úsilí porodních asistentek pro zlepšení podmínek pro ženy ve fertilním období, jejich děti a jejich rodiny, ať žijí kdekoliv“. ICM uznává Organizace spojených národů jako nevládní organizaci (NGO) a spolupracuje se všemi kanceláři OSN při podpoře Bezpečného mateřství, strategií primární péče o rodiny světa a definování a přípravě porodní asistentky.

V závěrečném konceptu z února 1999 pojem kompetence odpovídá na otázku „Co dělá porodní asistentka?“. Rozsah její praxe zahrnuje autonomní péči o dívky, dospívající a dospělé ženy před, během a po porodu, poskytuje tedy potřebný dohled, péči a rady během těhotenství, porodu a v poporodním období, je zodpovědná za vedení porodu a pečuje o nově narozené dítě, dohled v primární péči o komunitu (preventivní měřítko), zdravotní poradenství a výchova ženy, rodin a společnosti, včetně přípravy k rodičovství, plánování rodiny, zjišťování abnormálních stavů a dle potřeby zajištění specializované asistence. (časopis Porodní asistentka, 1-2/2003)

Kompetence první definuje nezbytné znalosti a dovednosti z oblasti společenských věd, veřejného zdravotnictví, zdravotních oborů a etiky, které jsou základem vysoké kvality, kulturní náležitosti a vhodnosti péče o ženy, novorozence a jejich rodiny. V této kompetenci definuje profesionální chování: porodní asistentka je schopná činit klinická rozhodnutí a je za ně zodpovědná, periodicky aktualizuje své vědomosti a dovednosti, aby odpovídaly novým trendům, využívá univerzálních preventivních prostředků, strategie kontroly infekce. Porodní asistentka používá vhodné poradenství a doporučení, zůstává nestranná a kultivovaně respektující, využívá model partnerské spolupráce se ženami, aby mohly činit informovaná rozhodnutí v aspektech péče, využívá naslouchacích a výrazových technik. Zná indikace kardiopulmonální resuscitace dospělých i dětí, má vědomosti o získání, užívání a udržování pomůcek a tyto přiměřeně využívá, spolupracuje s ostatními zdravotnickými pracovníky ke zlepšení péče, je obhájcem žen v institucionálním prostředí.

V oblastech prekoncepční péče a metod plánování rodiny provádí porodní asistentka „vysoce kvalitní, kulturně citlivou zdravotní výchovu a poskytuje služby všem ve společnosti na podporu zdravějšího rodinného života, plánování těhotenství a pozitivního rodičovství“ (Porodní asistentka, 3 – 4/ roč. 2003, s. 11).

Pro praxi porodní asistentky je zapotřebí znalosti a dovednosti, jejich rozdělení a rozsah uvedené v časopise Porodní asistentka číslo 3 – 4/ročník 2003 doslovně uvádím.

Základní znalosti o:

- růstu a vývoji ve vztahu k pohlaví, sexuálnímu vývoji a sexuálním aktivitám
- anatomii a fyziologii ženy a muže ve vztahu ke koncepci a reprodukci
- kulturních normách a praktikách v oblasti sexuality, praktikách pohlavního styku a reprodukce
- komponentech osobní, rodinné a příslušné genetické anamnézy
- fyzikálních testech a vyšetřovacích laboratorních vyšetřeních k ohodnocení zdravého těhotenství
- zdravotní výchově zaměřené na reprodukční zdraví, sexuálně přenosné choroby /STD, HIV/AIDS a zdravý vývoj dítěte
- přirozených metodách ochrany před početím a jiných, místně možných a kulturně akceptovatelných metodách plánování rodiny
- bezpečných metodách bariérové, hormonální, mechanické a chemické antikoncepce a indikacích pro jejich užití ICM Essential Competencies 1999
- metodách poradenství pro ženy, které potřebují rozhodnout o způsobu plánování rodiny
- známkách a příznacích infekce močových cest a v lokalitě běžných sexuálně přenosných chorob

Doplňující znalosti o:

- faktorech týkajících se nemocí, vztahujících se k neplánovaným nebo nechtěným těhotenstvím
- indikátorech obvyklých akutních a chronických stavů nemocí, specifických pro danou oblast světa, a doporučených postupech pro další testování/léčení
- indikátorech a metodách poradenství/doporučení v oblasti nefungujících mezilidských vztahů, včetně sexuálních problémů, domácího násilí, citového zneužívání a fyzického zanedbávání.

Základní dovednosti o:

- vyčerpávajícím způsobem stanovení anamnézy
- vykonávání fyzických vyšetření zaměřených na přítomný stav ženy
- objednávání a/nebo vykonávání a interpretace obvyklých laboratorních vyšetření, jako je krevní obraz, rozbor moči, kolposkopie
- přiměřené užívání zdravotní výchovy a základních metod poradenství
- poskytování místně možných a kulturně akceptovatelných metod plánování rodiny
- zaznamenávání nálezů, včetně toho, co bylo provedeno a co je třeba udělat

Doplňující dovednosti:

- užívání kolposkopu
- poskytování všech možných metod bariérové, hormonální, mechanické a chemické antikoncepce
- odebrání nebo doporučování k odběru cervikální cytologie

V dokumentu Nezbytné kompetence pro základní praxi porodní asistence jsou stanoveny představy, význam, strategie a činnosti, které jsou potřebné pro osoby pečující o zdravotní potřeby rodičích žen a jejich rodin. V rámci rozhodování porodní asistentky přijímají zodpovědnost své praxe, využívají výběru ve zdrojích znalostí, intuitivního cítění a schopnosti kriticky myslet a v tomto dynamickém procesu jsou schopny činit závažná klinická rozhodnutí, jež odpovídají měnícímu se zdravotnímu stavu každé ženy, a předpovídá potencionální problémy dříve, než nastanou.

4.3 ETICKÝ KODEX PORODNÍCH ASISTENTEK

Etický kodex obecně představuje veřejnou deklaraci přesvědčení a hodnot určité profese a označuje cíle, hodnoty a měřítka vykonavatelů dané profese. Je veřejným prohlášením toho, co je chápáno jako etické chování. Etický kodex je specifickým sjednocujícím prvkem uvnitř profesní skupiny, zejména v této době společenských a technologických změn, kdy se zvýšil počet situací, které vyžadují zodpovědné etické posouzení. Etický kodex neřeší konkrétní situace, nemůže zabránit svému zneužití, nespécifikuje, co by se mělo vzít v úvahu v konkrétní situaci v praxi, ani nemůže tento kodex zbavit tíhy zodpovědnosti.

Podnět ke vzniku etického kodexu dalo představenstvo mezinárodní konfederace porodních asistentek (ICM), vznikal postupně na pracovních setkáních ve Vancouveru 1986, Hague 1987 a ve Madridu 1991. 6. května 1993 byl etický kodex porodních asistentek přijat Radou ICM.

Etický kodex má širší celosvětovou perspektivu, přičemž jako hlavní problémy etiky jsou: „bezpečnost, kompetence, odpovědnost a vědomí odpovědnosti, důvěrnost informací, využití konzultací a předání do péče dalším odborníkům, ohled na lidskou důstojnost, zapojení klientek do rozhodování, účast na rozvoji porodnického oboru a řízení porodnictví a mateřská péče, uctívá spolupráce ve zdravotnickém týmu, podpora zdraví, spravedlnost, nestrannost, vyhnutí se diskriminaci, výchova a vzdělávání porodních asistentek.“

Kodex definuje z etického hlediska čtyři oblasti profese, v odstavci I. vztahy v porodnictví, odstavci II. porodnickou praxi, odstavci III. profesní odpovědnost porodních asistentek, a odstavci IV. pokrok v porodnické teorii a praxi.

4.4 STRATEGICKÉ DOKUMENTY

Jsou to dokumenty zásadní povahy, které určují další vývoj a směřování ošetrovatelství a porodní asistence ve 21. století. Dokumenty WHO, které by měly pomoci signatářským zemím rozpoznat oblasti, ve kterých je třeba změn a připravit strategii, jak tyto změny zavést do praxe.

4.4.1 Dokument č. 1 - MNICHOVSKÁ DEKLARACE

Druhá konference ministrů o ošetrovatelství a porodní asistenci v Evropě pořádaná WHO v červnu 2000 v Mnichově se zabývá rolí příspěvkem sester a porodních asistentek k rozvoji zdraví. Ministři zdravotnictví členských států WHO vydali prohlášení o klíčové a stále významnější roli sester a porodních asistentek v zajišťování „vysoce kvalitních, dostupných, spravedlivých, efektivních a citlivých zdravotnických služeb, které zajišťují kontinuitu péče a reflektují práva a měnící se potřeby lidí.“ Deklarace hovoří o překážkách v oblasti personální politiky, otázkách lékařské dominance, o vytváření příležitostí pro společnou výuku sester, porodních asistentek a lékařů, o podpoře programů a služeb komunitního ošetrovatelství a porodní asistence zaměřené na rodinu i o posilování rolí těchto profesí ve veřejném zdravotnictví, v podpoře zdraví a komunitním rozvoji. Podpisem deklarace se Česká republika zavázala posílit ošetrovatelství a porodní asistenci (viz příloha č.1).

4.4.2 Dokument č. 2 - STANDARDY PRO OBORY OŠETŘOVATELSTVÍ A PORODNÍ ASISTENCI

Tento dokument byl připraven pro země ucházející se o členství v Evropské unii, vychází z Mnichovské deklarace a strategie Zdraví pro všechny do 21. století, kterou schválilo 48. zasedání Regionálního výboru WHO pro Evropu, konaného v září 1998 v Kodani. Dokument obsahuje standardy, struktury a procesy, které podporují volný pohyb profesionálů v rámci členských států EU, částečně i standardy vzdělávání a přípravy. Je pojat jako pracovní dokument pro země, které se o obory ošetřovatelství a porodní asistence zasazují (podpisem Mnichovské deklarace tedy i Česká republika), jako seznámení s profesními standardy, které členské státy EU musí splňovat. Tento požadavek vyplývá z Římské dohody, na jejímž základě v roce 1957 vzniklo Evropské společenství, dohoda garantující každému občanu Evropského společenství svobodu výkonu povolání, hledání zaměstnání, založení vlastní firmy nebo poskytování služeb v kterémkoliv členském státě. Římská dohoda zajišťovala volný pohyb, ale nestanovila povinnost uznávat odborné kvalifikace získané v jiných členských státech, proto bylo třeba uvést do praxe procesy k usměrnění akceptace vzdělávání a výchovy a příslušných kvalifikací. Pro regulované profese, k nimž patří porodní asistentky, všeobecné sestry, lékaři, praktičtí lékaři, stomatologové, lékárníci a veterinární lékaři, jsou stanoveny specifické oborové směrnice založené na harmonizaci. Pro profese, pro které nejsou stanoveny oborové směrnice, je využíván přístup obecných systémových směrnic založený na uznání. Tento přístup může být využíván u sester, které získaly kvalifikaci absolutoriem úvodního specializačního vzdělávání, to znamená, že vzdělání nezískaly dle oborových směrnic o všeobecné ošetřovatelské péči. Tyto sestry by žádaly o uznání a před uznáním v dané zemi by podstoupily přezkoušení nebo stanovenou dobu pracovat pod dohledem.

Oborová směrnice pro porodní asistenci 80/145/EHS popisuje tituly/kvalifikace, které jsou pokládány za harmonizované s EU standardy, jež umožňuje automatické uznání kvalifikace a **oborová směrnice 80/155/EHS** popisuje povahu a obsah minimálního akceptovatelného vzdělávacího programu. V článku 1 je uvedeno z jakých oblastí má mít porodní asistentka adekvátní znalosti, vědomosti, případně klinické zkušenosti. V článku 4 jsou definovány aktivity, které jsou minimálně oprávněny porodní asistentky zastávat (uvádím pouze aktivitu týkající se tématu této bakalářské práce):

- **poskytovat odpovídající spolehlivé informace a poradenství týkající se plánování rodičovství**

Dále jsou uvedeny aktivity porodních asistentek v péči o fyziologické těhotenství, přípravě k porodu, péče v době porodu, péče o novorozence, péče v době poporodní, v zajištění léčebných postupů předepsaných lékařem i vedení veškerých nezbytných záznamů.

V příloze ke Směrnici jsou uvedeny požadavky na vzdělávací programy pro porodní asistentky a to ve dvou částech – teoretické a technické výuce předmětech obecných a předmětech specifických pro aktivity porodních asistentek, a v části praktického a klinického vzdělávání.

4.4.3 Dokument č. 3 - SESTRY A PORODNÍ ASISTENTKY VE SLUŽBÁCH ZDRAVÍ

V programu Zdraví 21 – zdraví pro všechny do 21. století v Cíli 18 se stanoví, že každý členský stát do roku 2010 musí zajistit, aby odborníci ve zdravotnictví měli odpovídající znalosti, postoje a dovednosti, nutné k ochraně a podpoře zdraví. V koncepci se potvrzuje přesvědčení WHO, že sestry a porodní asistentky jsou potenciál klíčového přínosu pro zdraví lidu. Strategie obsahuje principy vzdělávání, které jsou nutné pro kvalitní výkon povolání a je základem pro sjednocení rozdílů napříč regionem.

V dokumentu je potvrzeno, že vzdělávání v oborech ošetrovatelství i porodní asistence vyžaduje pravidelnou kontrolu a že oba obory jsou i nadále objektem lékařské dominance, mají slabé postavení a postrádají autoritu i vliv. Porodním asistentkám je třeba zajistit odpovídající vzdělání, organizaci i finanční zajištění a nezbytné pravomoci, aby mohly sehrát rozhodující roli v **plánovaném rodičovství a reprodukčním zdraví**.

Dokument obsahuje hlavní principy základních vzdělávacích programů v obou oborech, mimo jiné stanovují kurikulum založené na výzkumu a důkazech (evidence based přístup), kvalifikaci pedagogů.

4.4.4 Dokument č. 4 - DALŠÍ POSTUP PO PŘIJETÍ MNICHOVSKÉ DEKLARACE

Účelem informační příručky je umožnit zemím vyhodnotit současnou situaci a pomoci posoudit jaký druh pokroku bude možný, identifikovat jaké změny budou potřebné v jejich národním právním řádu, v jejich strategii pro vzdělání, předvídat problémy.

4.5 EVALUAČNÍ MISE EU V ČESKÉ REPUBLICE

Ve dnech 16. – 18. dubna 2002 proběhla tato jednání organizačně zajištěné institucí TAIEX – Technical Assistance Information Exchange Office a účelem bylo zhodnotit připravenost našeho státu na systém vzájemného uznávání profesních kvalifikací v oblasti specifických regulovaných profesí. Při posuzování oboru porodní asistentka bylo hlavním úkolem porovnat systém vzdělávání a výkonu praxe porodních asistentek. Výstupem tohoto jednání byly závěry, které obsahovaly celkové hodnocení a doporučení.

V celkovém hodnocení je uvedeno, že výhradní zodpovědnosti v oblasti porodní asistence náleží lékaři a toto je podporováno českou legislativou, toto ovlivňuje modely chování a příklady péče v praxi. Porodní asistentky nemohou vykonávat činnost dle směrnice 80/155/EHS, neexistuje právní základ praxe porodní asistentky jako nezávislé vykonavatelky běžného porodního asistentství, a proto je nutné provést legislativní změny, aby mohly porodní asistentky praxi vykonávat. Nové osnovy akademického bakalářského studia splňují požadavky směrnice, kontrolu nad vzděláváním, praxí a formulací politik musí získat porodní asistentky. Mise kladně hodnotila vybavenost vyšší odborné školy i nemocnice, které navštívila.

Na základě zjištěných skutečností mise doporučila České republice novelizovat legislativu, aby mohly porodní asistentky pracovat nezávisle a autonomně, studijní programy by měly být řízeny experty z řad porodních asistentek a v akreditačních komisích by měly být odpovídajícím způsobem zastoupeny a měly by mít vliv na rozhodování ve vztahu ke vzdělávání a praxi porodních asistentek i na formulaci politiky. Bylo doporučeno, že je vhodné ustanovit Komoru porodních asistentek ze zákona s povinným členstvím, jež by vedla národní registr, i kritéria pro prodlužování licence této profese. Bylo poukázáno, jak je u nás výraz „porodní asistentka“ vnímán tak, že asistuje lékaři u porodu (Archalousová, 2002).

4.6 OBOR PORODNÍ ASISTENCE V ČESKÉ REPUBLICE V SOUČASNOSTI

V Programu Zdraví 21, Cíl 3 se uvádí „Těhotenství a porod jsou přirozenými fyziologickými procesy a odborná zdravotnická veřejnost by k nim také podle toho měla přistupovat..... komplikované specializované služby by měly být využívány jen ve skutečně zdůvodněných případech“.

Povolání „porodní báby“ patří k nejstarším profesím. Toto náročné a odpovědné povolání nezměnilo pouze název. S rozvojem medicíny přebírali péči o těhotné a rodící ženy stále více lékaři a díky vědomostem a technice dosáhli nepopíratelných úspěchů. Ve vyspělých zemích má porodní asistentka statut nezávislého vykonavatele péče, to však v žádném případě neplatí pro porodní asistentky v České republice. U nás je víceméně porodní asistentka chápána jako asistentka lékaře. V ambulantní sféře naprostou většinu odborné práce provádí lékař-gynekolog, na sestru zbývá administrativní práce a nevelké množství sesterských výkonů, na které nepotřebuje být specialistkou v oboru porodní asistence. Důkazem tohoto jsou případy, kdy jsou v gynekologických ordinacích zaměstnávány nejen důchodkyně, čerstvé absolventky zdravotnických škol i jiných specializací než porodní asistentka, ale i zaměstnávání žen bez příslušného vzdělání (Zdravotnické noviny, 9/2003). Podle směrnice č. 10/1986 je ženská sestra střední zdravotnický pracovník, který pracuje v ordinaci lékaře na základě jeho indikace, na tuto směrnici odvolával zákon č.162/1992 Sb. Postupně tak zanikly terénní porodní asistentky, a tím i jejich významné poslání v oblasti poradenství a výchovy nejenom ženám, ale i rodinám a komunitám, zanikly i aktivity týkající se oblasti **plánovaného rodičovství**.

Nesporným mezníkem pro ošetřovatelství, porodní asistenci i pro řadu dalších nelékařských zdravotnických oborů v České republice, byl vznik zákona č.96/2004 Sb. O podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních).

Hlava II, paragraf 6, v odstavci 3 se uvádí „za výkon povolání porodní asistentky se považuje poskytování zdravotní péče v porodní asistenci, to je zajištění nezbytného dohledu, poskytování péče a rady ženám během těhotenství, porodu a šestinedělí, pokud probíhají fyziologicky, vedení fyziologického porodu a poskytování péče o novorozence, součástí této zdravotní péče je také ošetřovatelská péče o ženu na úseku gynekologie.

Dále se porodní asistentka ve spolupráci s lékařem podílí na preventivní, léčebné, diagnostické, rehabilitační, neodkladné nebo dispenzární péči.“. Zákonem deklarovanou péči však česká porodní asistentka nemůže vykonávat samostatně, chybí legislativní rámec ve smyslu standardu EU, ze strany zdravotních pojišťoven, zejména té největší, není ochota uzavírat smluvní vztah s porodními asistentkami, které tak byly zbaveny profesní identity. (Zdravotnické noviny, 2002). Pro výkon péče, kterou může poskytovat porodní asistentka, je stanoven v podstatě jediný kód 06211 – návštěva těhotné porodní asistentkou.

Změnilo se vzdělávání všeobecných sester i porodních asistentek a to důvodů opakovaně deklarovaných, jež také vedly k přijetí zákona č. 96/2004 Sb. O nelékařských profesích. Požadavek vysokoškolsky vzdělaných sester a porodních asistentek stojí proti požadavkům managementu nemocnic, kterému není samozřejmě jedno, kolik budou svým kvalifikovaným zaměstnancům platit. Nejsou dodrženy zásady dle Boloňské deklarace, tedy požadavky zajistit v jakémkoliv vysokoškolském studiu nejen bakalářský stupeň, ale i magisterský a doktorský. „Nějaké harmonizační ujednání neexistuje, ačkoliv by to bylo prospěšné. Všichni razí svůj zájem a snahy vyhovět a posouvat vpřed se mísí se snahami nevyhovět a komplikovat. To celý proces střídavě posouvá a brzdí. Existuje riziko, že občas na nesrovnalosti doplatí zájemci o studium, studující nebo sestry z praxe, případně ve výsledku celý zdravotní systém“ (Žaloudník, Kubešová, 2005). V současné době je tento proces účinně brzděn. Mám na mysli i tlak na změnu zákona č 96/2004 Sb, který účinně zajistil zájem o celoživotní vzdělávání, dle paragrafu 53 daného zákona. V tomto ohledu panuje mezi námi sestrami a porodními asistentkami nejistota.

Dalším problémem porodní asistence je profesní organizace. Ze zákona není ustanovena Komora porodních asistentek s povinným členstvím, jež by vedla národní registr, udělovala licence, tak jako mají lékaři. Místo toho existuje několik profesních organizací, které se mezi sebou neumí dohodnout a spory mezi nimi jen situaci zhoršují. Místo aby sjednocovaly, profesní organizace nás rozdělují. Proto také mnohé porodní asistentky pozorující toto dění, nejsou členy žádné z nich. Klasik řekl, že v jednotě je síla. A to bych já zvolila jako jeden ze základních úkolů českých porodních asistentek.

5. EMPIRICKÝ VÝZKUM

5.1 CÍLE VÝZKUMU

1. Zjistit faktory, které ovlivňují ženu při výběru antikoncepce všeobecně, jaké účinky požaduje kromě spolehlivosti od hormonální antikoncepce
2. Zjistit, do jaké míry a kým jsou ženy na počátku užívání hormonální antikoncepce poučeny, zda rozsah vyšetření odpovídá odborným doporučením k předpisu hormonální antikoncepce, zjistit nejčastější důvody pro vysazení hormonální antikoncepce
3. Zjistit, jakou úlohu má porodní asistentka v této oblasti plánovaného rodičovství, zda má z pohledu žen dostatečné znalosti o antikoncepci. Posoudit, zda by ženy měly v její schopnosti důvěru natolik, aby využily, pokud by existovala, služeb poradny pro plánované rodičovství, kterou by vedla porodní asistentky.

5.2 HYPOTÉZY VÝZKUMU

1. Užívání hormonálních antikoncepčních tablet je upřednostňováno vůči ostatním antikoncepčním metodám.
2. Při výběru hormonální antikoncepce požadují ženy kromě spolehlivosti minimálně další 2 příznivé účinky antikoncepce, přičemž finanční dostupnost nepatří k významným faktorům volby.
3. Při předpisu hormonální antikoncepce je rozsah a míra poučení jako dostatečné hodnoceno u vysokého procenta respondentek.
4. Rozsah provedených vyšetření při předpisu hormonální antikoncepce nezahrnuje úplný rozsah doporučovaných vyšetření.
5. Respondentky považují porodní asistentku za dostatečně kompetentní, aby hypoteticky využily služeb její poradny pro plánované rodičovství.
6. Ženy ve věku do 25 let využití poradny pro plánované rodičovství vedené sestrou volí častěji než ženy nad 26 let věku.

5.3 ORGANIZACE VÝZKUMU

5.3.1 Charakteristika souboru a organizace výzkumu

Výzkum, který probíhal během měsíce ledna 2006, lze rozdělit do dvou skupin. V první skupině byl výzkum prováděn na 2 gynekologických ambulancích, kde dotazníky rozdávala sestra, a aby byla zaručena anonymita, vyplněné dotazníky ženy samy vhadzovaly do zapečetěných schránek. Respondentky této skupiny byly vybrány na základě záměrného výběru – společným znakem byla potřeba ochrany před nežádoucím těhotenstvím. V této skupině bylo rozdáno 98 dotazníků, ve schránkách bylo 73 dotazníků. Návratnost dotazníků z této skupiny byla poměrně vysoká - 74,5%.

Ve druhé skupině byl výzkum organizován na dvou středních školách, které se nacházejí v městech do 10 000 obyvatel, a to gymnázium a integrovaná střední škola hotelnictví a turismu v posledních ročnících školy. Před vlastním výzkumem jsem kontaktovala oba ředitele škol, seznámila jsem je s účelem výzkumu, s vlastním dotazníkem i způsobem, jak bude výzkum probíhat. Pro tuto skupinu jsem měla dotazníky v obálkách, které byly po vyplnění zalepeny pro dostatečné zajištění anonymity. U tohoto souboru se opět jedná o záměrný výběr, kdy společným znakem byl věk dívek, u kterého lze předpokládat potřebu antikoncepce. Na školách bylo rozdáno 87 dotazníků, odevzdáno bylo 59 obálek, návratnost činila 67,8 %. Předpokládám, že z této skupiny, byly odevzdávány nekompletně vyplněné dotazníky, část dívek nemající potřebu antikoncepce na tímto směrem zaměřené otázky dále neodpovídala.

Výběr respondentek nebyl přísně náhodný, ani stratifikovaný, takže výsledky nelze širěji zobecňovat.

Ze 200 připravených dotazníků bylo rozdáno celkem 185, absolutní návratnost činila 132 dotazníků, relativní návratnost je 71,35 %. Při hodnocení byly obě skupiny sjednoceny a na příslušnost k té které skupině, nebyl brán zřetel. Volbou záměrného výběru bylo pravděpodobně ovlivněno věkové rozvrstvení respondentek.

5.3.2 Metoda výzkumu

Metodou výzkumu jsem zvolila originální dotazník, který se skládá ze vstupní části a ze 3 částí vlastního dotazníku. V dotazníku jsou používány otázky s uzavřenou strukturovanou odpovědí, pouze jedna otázka má charakter polozavřené otázky. Ve vstupní části je vysvětlen cíl dotazníku, jeho účel, ujištění o anonymitě, obsahuje pokyny pro vyplnění dotazníku. V závěru vstupní části dotazníku je poděkování za účast ve výzkumu i za vyplnění dotazníku, zde je uvedeno jméno autora a instituce.

Část I obsahuje identifikační údaje – věk, vzdělání, velikost bydliště, parita, otázka, zda potřebuje ochranu před těhotenstvím, jakou metodu užívá a na základě čeho si ji vybrala. V části II jsou uvedeny dotazy na zkušenosti uživatelé hormonálních antikoncepčních tablet, na míru edukace na počátku užívání hormonálních tablet a rozsah vyšetření před započítím dané antikoncepční metody, zda odpovídá odborným doporučením k předpisu COC, případně jaká okolnost by ženu přiměla k vysazení či změně antikoncepce. V část III jsou uvedeny otázky týkající se úlohy porodní asistentky v oblasti plánovaného rodičovství, patří-li porodní asistentka ke zdrojům informací, jaké mají ženy zkušenosti, pokud žádají informace u porodní asistentky, zda má dostatečné znalosti, aby mohla poskytnout adekvátní poučení, a zda důvěřuje ve schopnosti porodní asistentky natolik, že by využila služeb poradny pro plánované rodičovství v kompetenci nelékaře, jež by poskytovala nejen poradenství, ale i předpis hormonální antikoncepce, inserci nitroděložního tělíska či podkožního implantátu.

Kompletní dotazník obsahoval celkem 17 otázek, přičemž předpokládaný čas na vyplnění činil cca 15 minut, což odpovídá v odborné literatuře míře vhodného času k vyplnění. Na otázky v tomto dotazníku bylo možné uvést buď 1 odpověď, nebo bylo možné více odpovědí, v tomto případě byly respondentky na tuto okolnost upozorněny. Úplné znění dotazníku je uvedeno v příloze č. 2.

Do výzkumu jsem zařadila dotazníky, jež byly vyplněny kompletně v části I a části III, protože zejména v části III byly zahrnuty pro mě stěžejní otázky. Na otázky v části II mohly odpovědět pouze respondentky, které měly/mají zkušenost s hormonální antikoncepcí.

Vyhodnocení dotazníků bylo zpracováno počítačovým programem Microsoft Office Excel. Na grafické znázornění výsledků byl použit v případě 1 odpovědi na danou otázku výšečový graf, pokud byly možné 2 a více odpovědí byl zvolen graf sloupcový prostorový, a to dle vhodnosti horizontální nebo vertikální provedení.

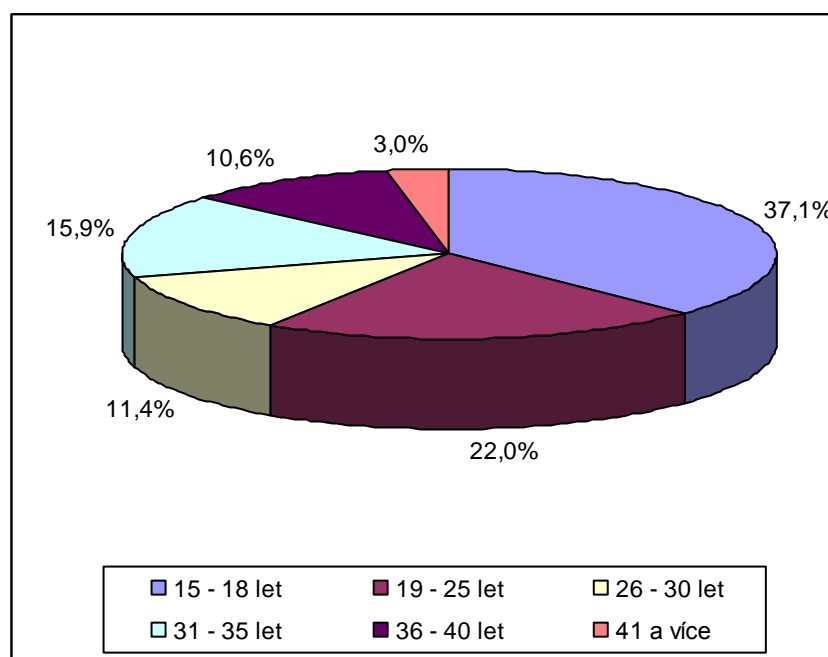
5.4 VÝSLEDKY VÝZKUMU

Otázka číslo 1: Váš věk

Tabulka č. 1 – Věk respondentek

	Absolutní počet odpovědí	Četnost v %
15 – 18 let	49	37,1 %
19 – 25 let	29	22,0 %
26 – 30 let	15	11,4 %
31 – 35 let	21	15,9 %
36 – 40 let	14	10,6 %
41 a více let	4	3,0 %
Celkem počet odpovědí	132	100,0 %

Graf č. 1 – Věk respondentek



KOMENTÁŘ:

Z celkového počtu 132 je ve věkové skupině 15 – 18 let 49 respondentek, tj 37,1 %, ve věkové skupině 19 – 25 let je 29 respondentek, tj 22 %, věkovou skupinu 26 – 30 let zastupuje 15 žen, tedy 11,4 %, ve věku 31 – 35 je 21 respondentek, tj 15,9 %, ve věkové skupině 36 – 40 let odpovědělo 14 žen, tj 10,6 % a ve věku 41 a více 4 respondentky, což představuje 3 % .

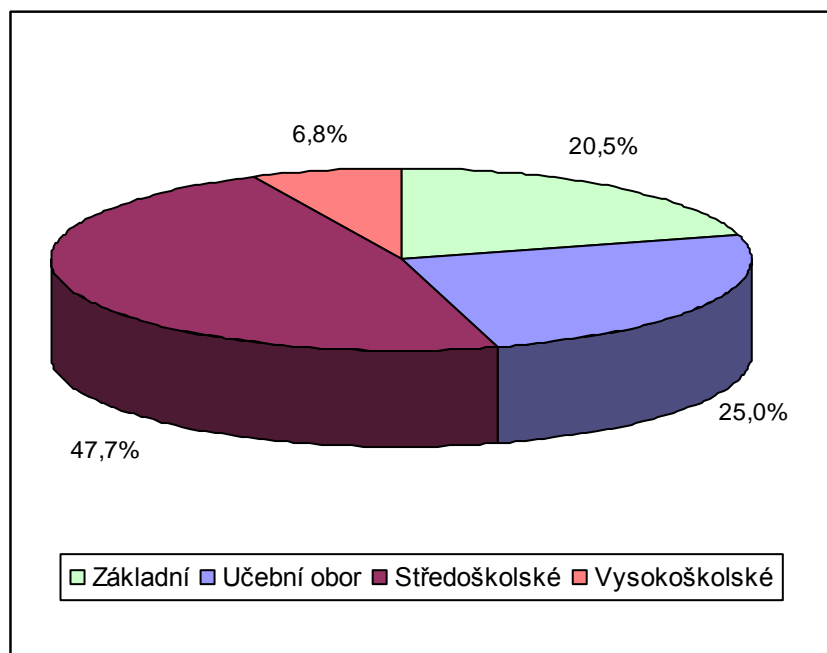
Ve věku do 25 let se zúčastnilo 78 mladých žen, tedy 59 %, věkovou skupinu v tomto výzkumu zastupuje 54 žen, to je 41 %.

Otázka číslo 2: Vaše vzdělání

Tabulka č. 2 – Vzdělání respondentek

	Absolutní počet odpovědí	Četnost v %
Základní	27	20,5 %
Učební obor	33	25,0 %
Středoškolské (ukončeno maturitou)	63	47,7 %
Vysokoškolské	9	6,8 %
Celkem počet odpovědí	132	100,0 %

Graf č. 2 – Vzdělání respondentek



KOMENTÁŘ:

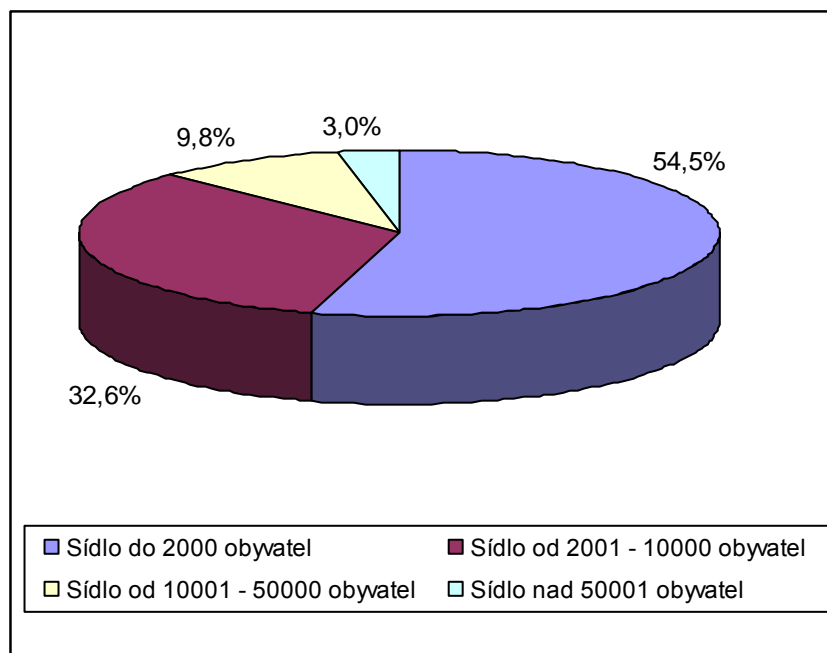
Základní vzdělání mělo 27 respondentek, tj. 20,5 %, z celkového počtu je 33 vyučeno, případně probíhá tento typ studia, tj. 25 %, ukončené případně probíhající, středoškolské studium ukončené maturitou má 63 respondentek, tj. 47,7 %, výzkumu se zúčastnilo 9 žen s vysokoškolským probíhajícím, ukončeným vzděláním, tedy 6,8 %.

Otázka číslo 3: **Bydliště**

Tabulka č. 3 – Bydliště respondentek

	Absolutní počet odpovědí	Četnost v %
Sídlo do 2000 obyvatel	72	54,5 %
Sídlo od 2001 do 10000 obyvatel	43	32,6 %
Sídlo od 10001 do 50000 obyvatel	13	9,8 %
Sídlo nad 50001 obyvatel	4	3,0 %
Celkem počet odpovědí	132	100,0 %

Graf č. 3 – Bydliště respondentek



KOMENTÁŘ:

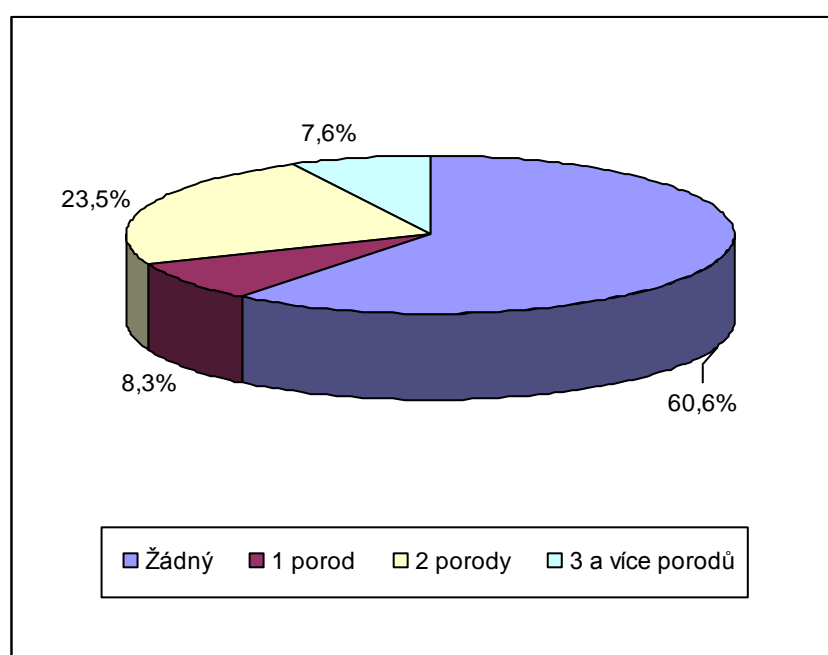
Více než polovina účastnic výzkumu (54,5 %) žije v sídle do 2000 obyvatel – tento údaj uvedlo 72 žen, v sídle od 2 001 – 10 000 obyvatel žije 43 žen, tedy 32,6 %, ve městech od 10 001 – 50 000 obyvatel 13 žen, 9,8 % z celkového počtu respondentek, a ve městech nad 50 001 obyvatel žijí 4 ženy, tj. 3 %.

Otázka číslo 4: Počet porodů

Tabulka č. 4 – Počet porodů u respondentek

	Absolutní počet odpovědí	Četnost v %
Žádný	80	60,6 %
1	11	8,3 %
2	31	23,5 %
3 a více	10	7,6 %
Celkem počet odpovědí	132	100,0 %

Graf č. 4 – Počet porodů u respondentek



KOMENTÁŘ:

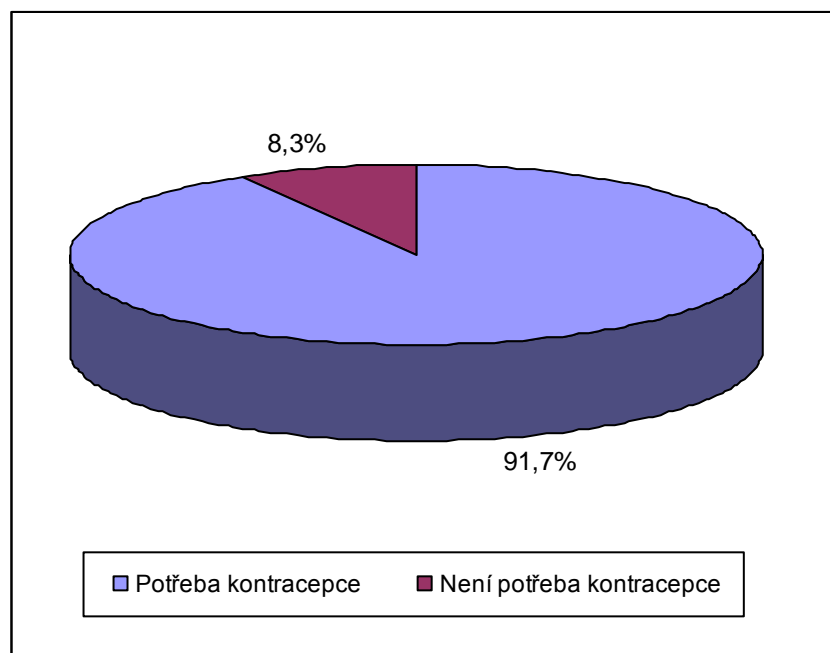
Celkového počtu 133 žen uvedlo 80 žen nulliparitu, tj 60,6 %, 1 porod uvádí 11 žen, tedy 8,3 %, porod 2x uvedlo 31 žen, to představuje 23,5 % z celkového počtu, porody 3 a více uvedlo 10 žen, tedy 7,6 % žen.

Otázka číslo 5: Potřebujete v současné době ochranu před nežádoucím těhotenstvím?

Tabulka č. 5 – Potřeba kontracepce

	Absolutní počet odpovědí	Četnost v %
Ano	121	91,7 %
Ne	11	8,3 %
Celkem počet odpovědí	132	100,0 %

Graf č. 5 – Potřeba kontracepce



KOMENTÁŘ:

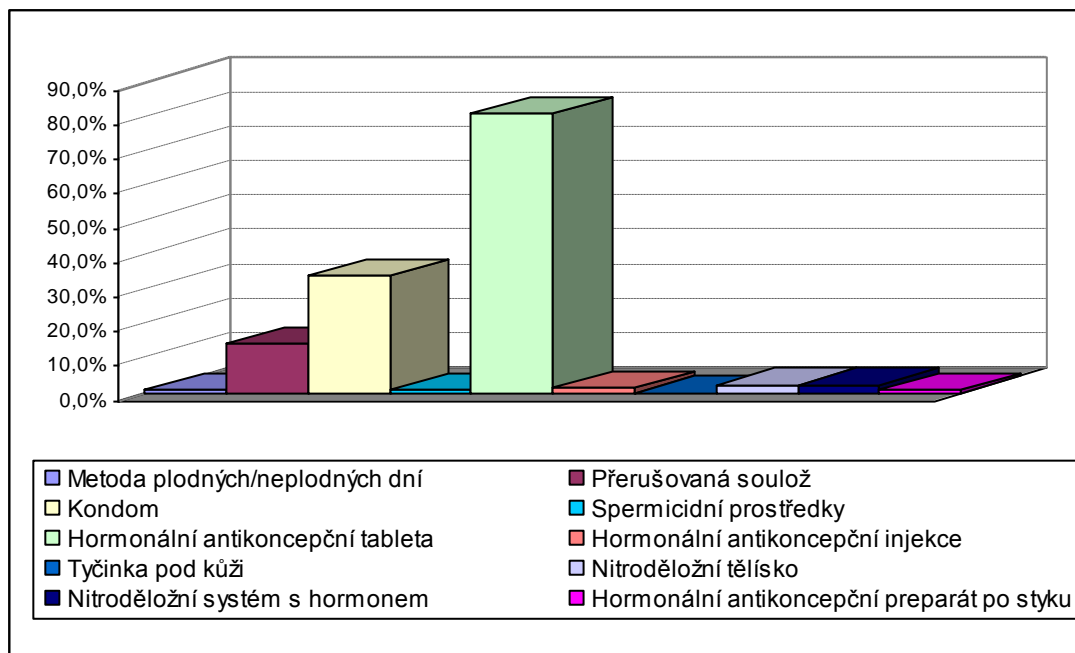
Z celkového počtu 132 žen potřebuje ochranu před těhotenstvím 121 žen, tedy 91,7 %, ochranu nepotřebuje 11 žen, to znamená 8 %.

Otázka číslo 6: Jakou metodu ochrany používáte/jste používala (označte všechny Vámi používané metody)

Tabulka č. 6 – Metoda kontracepce

Počet odpovídajících respondentek	127	
	Absolutní počet odpovědí	Četnost v % vztahená k počtu respondentek
Metoda plodných / neplodných dní	1	0,8 %
Přerušovaná soulož	18	14,2 %
Kondom	43	33,9 %
Spermicidní prostředky	1	0,8 %
Hormonální antikoncepční tableta	103	81,8 %
Hormonální antikoncepční injekce	2	1,6 %
Tyčinka pod kůži	0	0,0 %
Nitroděložní tělísko	3	2,4 %
Nitroděložní systém s hormonem	3	2,4 %
Hormonální antikoncepční preparát po styku	1	0,8 %
Celkem počet odpovědí	175	

Graf č. 6 – Potřeba kontracepce



KOMENTÁŘ:

Na tuto otázku odpovědělo 127 respondentek takto: nejčastěji je uvedeno užívání hormonální antikoncepční tablety - 103 (81,8 %), používání kondomu uvedlo 43 respondentek (33,9%), přerušovaný styk uvedlo 18 žen (14,2 %), nitroděložní tělíska celkem 6 žen (4,8 %), z toho

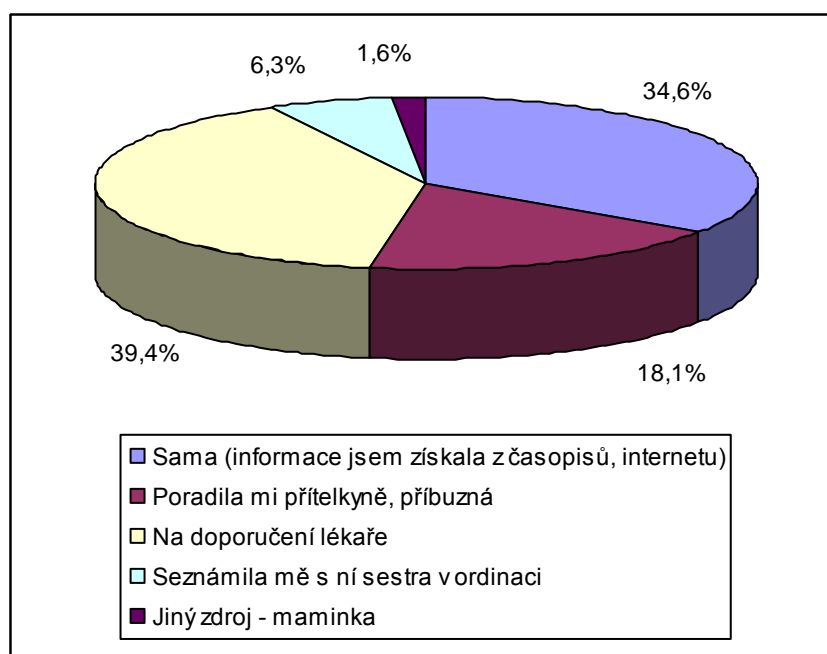
polovina je nitroděložní systém s hormonem – 3 ženy (2,4 %). Metodu plodných dní uvedla 1 žena – 0,8 %, stejné hodnotu mají i metody spermicidních prostředků a hormonální preparát po styku – shodně po 1 odpovědi (každá tedy představuje 0,8 % ze 127 odpovědí). Hormonální antikoncepční injekci uvádějí 2 ženy (1,5 %). Žádná z účastnic neoznačila odpověď podkožní tyčinka.

Otázka číslo 7: Uvedenou metodu jste si vybrala

Tabulka č. 7 – Zdroj informací při výběru antikoncepční metody

	Absolutní počet odpovědí	Četnost v %
Sama (informace jsem získala z časopisů, internetu)	44	34,6 %
Poradila mi přítelkyně, příbuzná	23	18,1 %
Na doporučení lékaře	50	39,4 %
Seznámila mě s ní sestra v ordinaci	8	6,3 %
Jiný zdroj, uveďte jaký	0	0,0 %
maminka	2	1,6 %
Celkem počet odpovědí	127	100,0 %

Graf č. 7 – Zdroj informací při výběru antikoncepční metody



KOMENTÁŘ:

Na otázku „kdo ovlivnil výběr metody“ odpověděly účastnice výzkumu takto: 44 žen si metodu vybralo sama podle informací získaných z časopisu, internetu, podíl 34,6 %, 23 ženám (18,1 %) poradila jiná žena (výzkum nezkoumal, jaký zdroj tyto „poradkyně“ měly), nejvyšší podíl 39,4 % - 50 žen si metodu vybralo na základě doporučení lékaře. Pouze 8 žen, tedy pouze 6,3 %, se rozhodlo na základě poradenství od sestry.

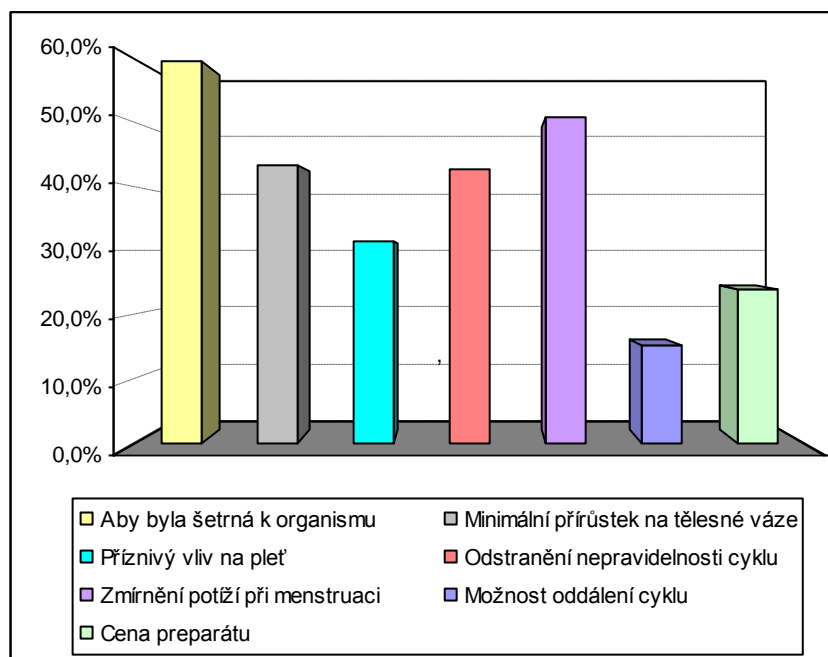
Pouze 2 respondentky uvedly jiný zdroj a to ve všech případech matku, tento údaj činí 1,6 % z odpovědí.

Otázka číslo 8: Při výběru antikoncepce bylo pro Vás důležité (možno označit více odpovědí)

Tabulka č. 8 – Faktory rozhodující o výběru antikoncepční metody

Počet odpovídajících respondentek	124	
	Absolutní počet odpovědí	Četnost v % vztahená k počtu respondentek
Aby byla šetrná k organismu	74	59,7 %
Minimální, eventuálně žádný přírůstek na tělesné váze	54	43,5 %
Příznivý vliv na pleť	39	31,5 %
Odstranění nepravidelnosti cyklu	53	42,7 %
Zmírnění potíží při menstruaci – bolest v podbřišku, zmírnění síly krvácení, délka menstruace	63	50,8 %
Možnost oddálení cyklu	19	15,3 %
Cena preparátu	30	24,2 %
Celkem počet odpovědí	332	

Graf č. 8 – Faktory rozhodující o výběru antikoncepční metody



KOMENTÁŘ:

Jaká hlediska jsou při výběru antikoncepce důležitá odpovídalo 124 žen takto: pro 59,7 % respondentek je důležité, aby metoda byla šetrná k organismu (74 žen), 50,8 % uvítá zmírnění potíží při menstruaci – tuto odpověď uvedlo 63 ženy, 54 odpovídajících žen

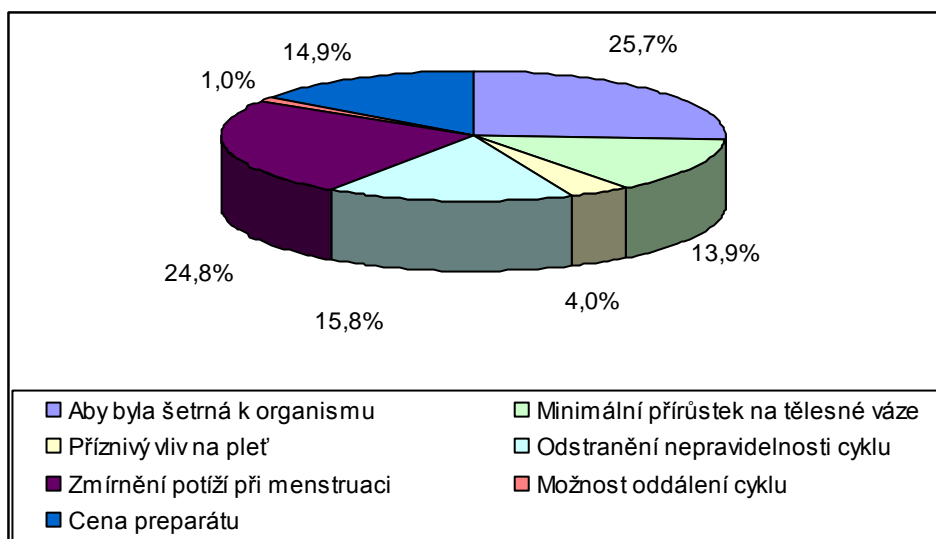
(43,5 %) při výběru COC uvádí, že by chtěly nulový/minimální přírůstek tělesné hmotnosti, 53 respondentky (42,7%) preferuje pravidelný cyklus, příznivý vliv na pleť je důležitý pro 39 žen (31,5%), na výběr měla vliv u 30 z nich cena preparátu (24,2%), nejméně důležitá z uvedených odpovědí byla označena možnost oddálení menstruace - 19 žen (15,3).

Otázka číslo 9: Z odpovědi v otázce číslo 8 vyberte tu, která byla pro Vás rozhodující

Tabulka č. 9 – Nejdůležitější faktor rozhodující o výběru antikoncepční metody

	Absolutní počet odpovědí	Četnost v %
Aby byla šetrná k organismu	25	25,7 %
Minimální, eventuálně žádný přírůstek na tělesné váze	14	13,9 %
Příznivý vliv na pleť	4	4,0 %
Odstranění nepravidelnosti cyklu	16	15,8 %
Zmírnění potíží při menstruaci – bolest v podbřišku, zmírnění síly krvácení, délka menstruace	25	24,8 %
Možnost oddálení cyklu	1	1,0 %
Cena preparátu	15	14,9 %
Celkem počet odpovědí	101	100,0 %

Graf č. 9 – Nejdůležitější faktor rozhodující o výběru antikoncepční metody



KOMENTÁŘ:

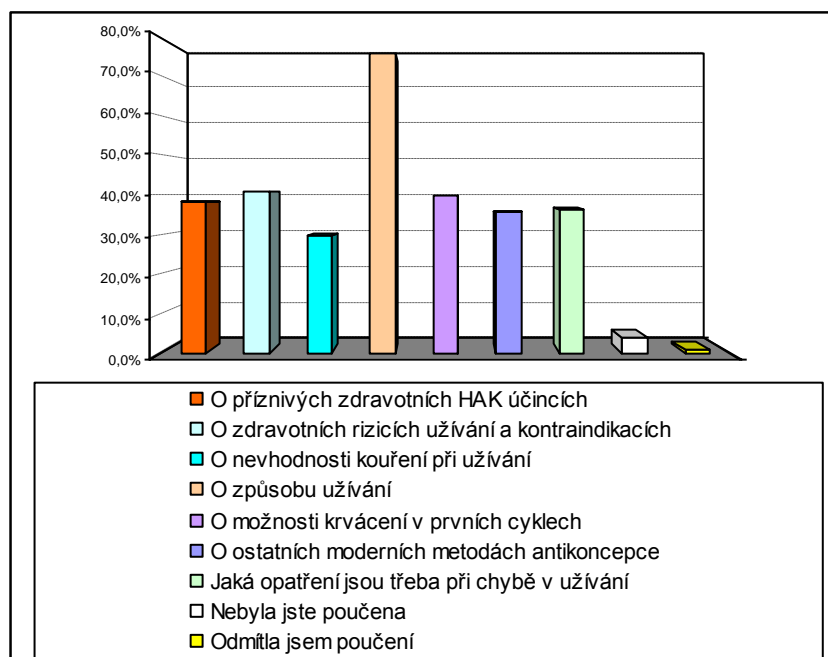
Na otázku odpověděla 101 respondentka. Šetrnost k organismu jako nejdůležitější označilo 26 žen – 25,7 %, o jednu ženu méně – 25 (24,8 %) preferuje zmírnění potíží s menstruací, následuje 16 odpovědí (15,8 %) odstranění nepravidelností cyklu, rozhodující je pro 15 žen 14,9 % cena preparátu, minimální/nulový přírůstek uvedlo 14 (13,9%) žen, jen 4 odpovědi (4 %) označilo jako rozhodující příznivá vliv na pleť, a pouze 1 (1 %) žena na 1. místě důležitosti označila možnost oddálení cyklu.

Otázka číslo 10: **Byla jste před užíváním poučena (lze označit více odpovědí)**

Tabulka č. 10 – Druhy edukace

Počet odpovídajících respondentek	120	
	Absolutní počet odpovědí	Četnost v % vztažená k počtu respondentek
O příznivých zdravotních „neantikoncepčních“ účincích	46	38,3 %
O zdravotních rizicích užívání a kontraindikacích (kdy nelze antikoncepci užívat)	49	40,8 %
O nevhodnosti kouření při užívání	36	30,0 %
O způsobu užívání	91	75,8 %
O možnosti krvácení v prvních cyklech a o jeho dočasnosti a neškodnosti	48	40,0 %
O ostatních moderních metodách antikoncepce	43	35,8 %
Jaká opatření jsou třeba při chybě v užívání	44	36,7 %
Nebyla jste poučena	5	4,2 %
Odmítla jsem poučení, všechny uváděné informace mám z jiných zdrojů	1	0,8 %
Celkem počet odpovědí	363	

Graf č. 10 – Druhy edukace



KOMENTÁŘ:

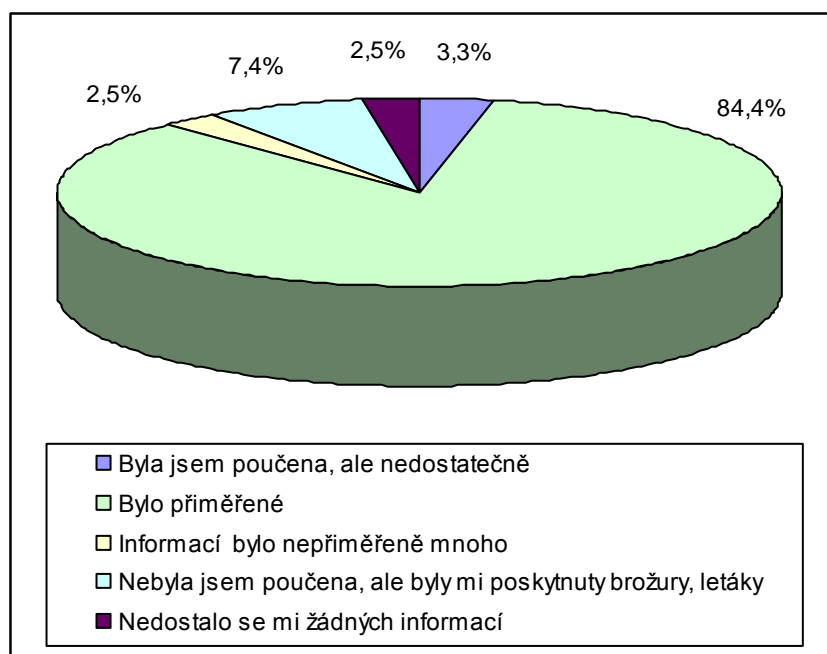
Na otázku odpovědělo 120 žen, průměrně označili 3 odpovědi. Jednoznačně nejvíce byly poučeny o způsobu užívání – 91 x (75,8 %), v 49 případech (40,8 %) byly ženy poučeny o zdravotních rizicích HAK, 48 žen (40 %) o možnosti výskytu krvácení v prvních cyklech, 46 žen – 38,3 % dostalo poučení o příznivých účincích hormonální antikoncepce, 44 ženy – 36,7 % jak postupovat, udělá-li chybu v užívání, o ostatních moderních metodách se dozvědělo 43 žen (35,8 %), o nevhodnosti kouření bylo informováno 36 žen (30 %), zcela nepoučeno bylo 5 žen (4,2 %) a poučení odmítla jen 1 žena (0,8 %)

Otázka číslo 11: Jak hodnotíte poučení

Tabulka č. 11 – Přiměřenost edukace

	Absolutní počet odpovědí	Četnost v %
Byla jsem poučena, ale nedostatečně	4	3,3 %
Bylo přiměřené	103	84,4 %
Informací bylo nepřiměřeně mnoho	3	2,5 %
Nebyla jsem poučena, ale byly mi poskytnuty informační brožury, letáky	9	7,4 %
Nedostalo se mi žádných informací	3	2,5 %
Celkem počet odpovědí	122	100,0 %

Graf č. 11 – Přiměřenost edukace



KOMENTÁŘ:

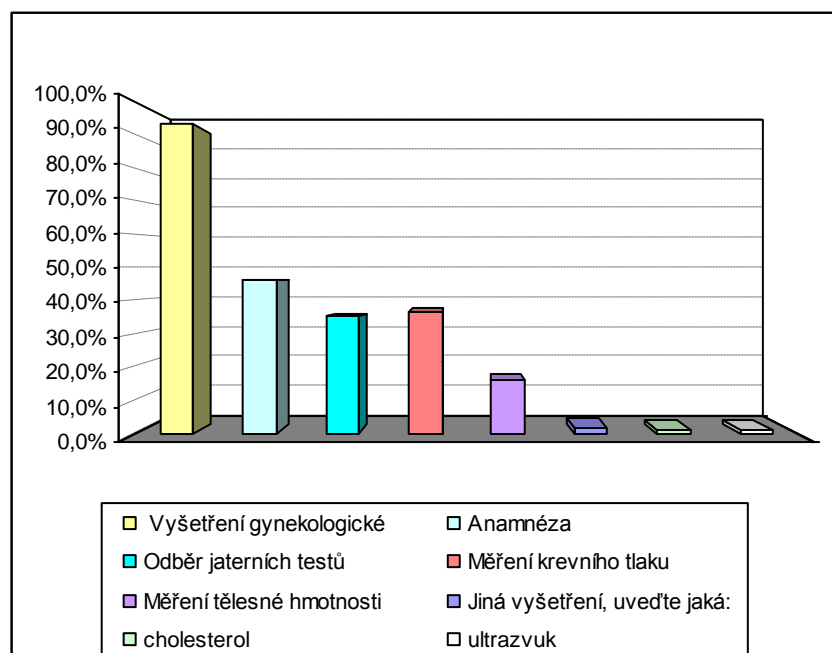
Na otázku hodnocení míry poučení odpověděly 122 respondentky. Většina 103 žen (84,4 %) označilo odpověď přiměřeného poučení, 3 ženám (2,5 %) byla poskytnuta přemíra poučení. Pokud nebyly poučeny, byly jim poskytnuty letáky, brožury a to 9 případech (7,4 %), 4 respondentky (3,3 %) považuje poučení za nedostatečné, a 3 ženy nebyly poučeny 2,5 %.

Otázka číslo 12: Jaká vyšetření jste před započítím užívání absolvovala

Tabulka č. 12 – Absolvovaná vyšetření

Počet odpovídajících respondentek	119	
	Absolutní počet odpovědí	Četnost v % vztahená k počtu respondentek
Vyšetření gynekologické	111	93,3 %
Anamnéza (dotazy na nemoci v pokrevním příbuzenstvu a na Vaše prodělaná onemocnění, rizikové faktory především srdečně cévních onemocnění, nemoci jater)	55	46,2 %
Odběr jaterních testů (případně dotaz na výsledky odběru provedených dříve)	42	35,3 %
Měření krevního tlaku	44	37,0 %
Měření tělesné hmotnosti	19	16,0 %
Jiná vyšetření, uveďte jaká:	2	1,7 %
cholesterol	1	0,8 %
ultrazvuk	1	0,8 %
Celkem počet odpovědí	275	

Graf č. 12 – Absolvovaná vyšetření



KOMENTÁŘ:

Ze 119 odpovídajících bylo gynekologicky vyšetřeno 111 žen (93,3 %), u 55 žen (46,2 %) byla zjišťována anamnéza včetně rizikových faktorů kardiovaskulárních chorob, 44 ženám (37 %) byl změřen krevní tlak, ve 42 případech (35,3 %) byly zjišťovány hodnoty jaterních

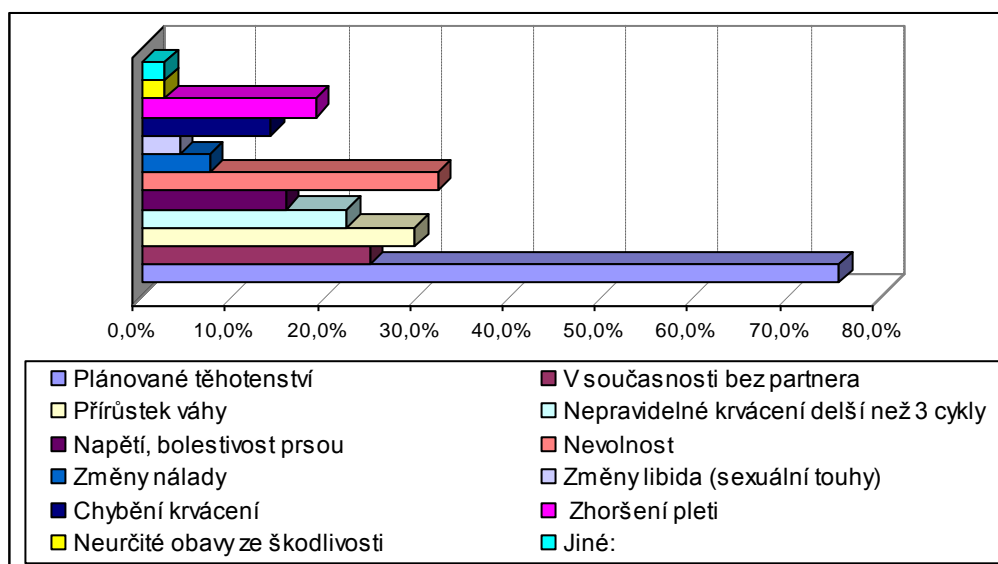
testů a to buď přímo odběrem, nebo dotazem na výsledky zjištěné v jiných zařízeních. U 19 žen (16 %) byla měřena tělesná hmotnost, na dotaz jiných vyšetření po 1 odpovědi bylo uvedeno vyšetření cholesterolu a ultrazvukové vyšetření (0,8 %).

Otázka číslo 13: Uved'te důvody, pro které jste/byste změnila/vysadila hormonální antikoncepci

Tabulka č. 13 – Důvody vysazení antikoncepce

Počet odpovídajících respondentek	122	
	Absolutní počet odpovědí	Četnost v % vztahená k počtu respondentek
Plánované těhotenství	92	75,4 %
V současnosti bez partnera	30	24,5 %
Přírůstek váhy	36	29,5 %
Nepravidelné krvácení delší než 3 cykly	27	22,1 %
Napětí, bolestivost prsou	19	15,6 %
Nevolnost	39	32,0 %
Změny nálady	9	7,4 %
Změny libida (sexuální touhy)	5	4,1 %
Chybění krvácení	17	13,9 %
Zhoršení pleti	23	18,9 %
Neurčité obavy ze škodlivosti	3	2,5 %
Jiné, uveďte:	3	2,5 %
Celkem počet odpovědí	303	

Graf č. 13 – Důvody vysazení antikoncepce



KOMENTÁŘ:

Na důvod změny či vysazení HAK jsem hodnotila 122 odpovědí. Jako nejčastější důvod vysazení 92 (75,4 %) žen uvedlo plánované těhotenství, 39 žen (32 %) by změnilo/vysadilo z důvodu nevolnosti, 36 žen (29,5 %) jako důvod uvedlo přírůstek tělesné hmotnosti, 30 žen

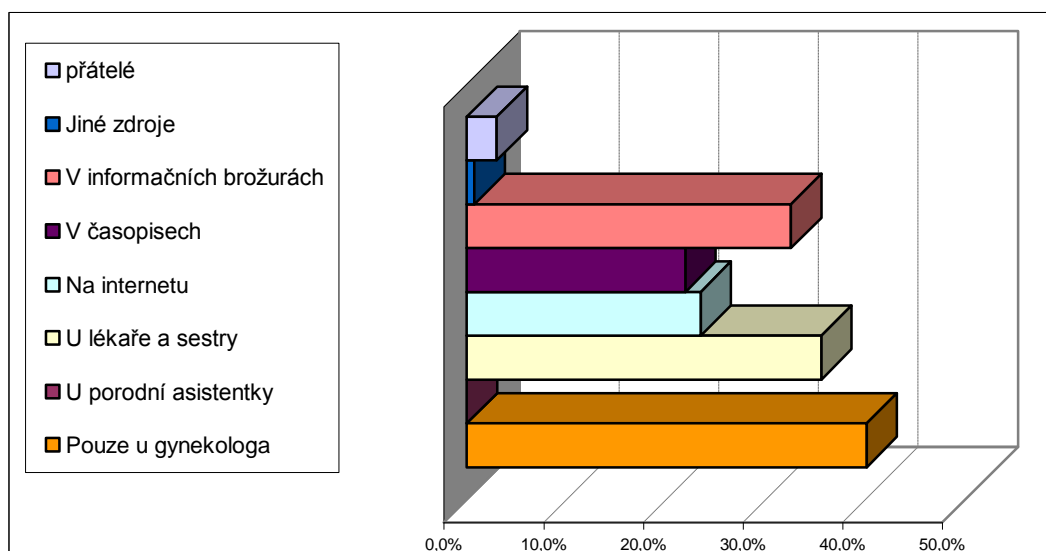
(24,5 %) pokud by neměly partnera, jestliže by úvodní nepravidelné krvácení trvalo déle než 3 měsíce pak změnu/vysazení HAK volí 27 žen (22,1 %), zhoršení pleti jako důvod změny označilo 23 respondentek (18,9 %), napětí, bolestivost uvedlo 19 žen (15,6 %), amenoreu označilo 17 žen (13,9 %), odpověď změny nálada byla označena celkem 9 x (7,4 %), změny libida 5 x (4,1 %), neurčité obavy ze škodlivosti 3x – 2,5 %, a ve 3 případech z jiných důvodů – pochybnosti o spolehlivosti, informace, že daný preparát z různých důvodů nevyhovoval jiné ženě.

Otázka číslo 14: Potřebujete-li jakékoliv informace v oblasti antikoncepce, hledáte je:

Tabulka č. 14 – Zdroj informací v průběhu užívání antikoncepce

Počet odpovídajících respondentek	132	
	Absolutní počet odpovědí	Četnost v % vztahená k počtu respondentek
Pouze u gynekologa	53	40,2 %
U porodní asistentky	0	0,0 %
U lékaře a sestry	47	35,6 %
Na internetu,	31	23,5 %
V časopisech	29	22,0 %
V informačních brožurách	43	32,6 %
Jiné zdroje, jaké: maminka přátelé	1 4	0,8 % 3,0 %
Celkem počet odpovědí	208	

Graf č. 14 – Zdroj informací v průběhu užívání antikoncepce



KOMENTÁŘ:

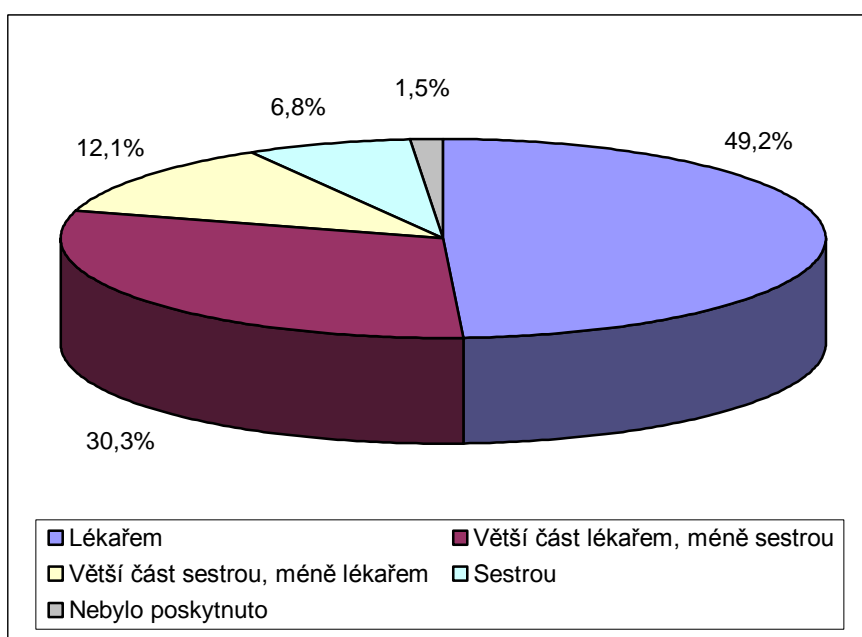
Na otázku zdroje informací odpovídá 132 respondentek následovně: pouze u gynekologa se dotazuje 53 – 40,2 %, u lékaře a sestry 47 žen (35,6 %) , v informačních brožurách by hledalo informace 43 žen (32,6 %), v časopisech 29 žen (22 %), na internetu 31 žen - 23,5 %, jiné zdroje uvedlo 5 žen – 3,9 %, jako zdroj informací porodní asistentku neoznačila žádná žena.

Otázka číslo 15: Poučení potřebné pro uživatelky antikoncepce Vám bylo v ordinaci poskytnuto

Tabulka č. 15 – Podíl poučení lékař / sestra

	Absolutní počet odpovědí	Četnost v %
Lékařem	60	49,2 %
Větší část lékařem, méně sestrou	40	30,3 %
Větší část sestrou, méně lékařem	16	12,1 %
Sestrou	9	6,8 %
Nebylo poskytnuto	2	1,5 %
Celkem počet odpovědí	132	100,0%

Graf č. 15 – Podíl poučení lékař / sestra



KOMENTÁŘ:

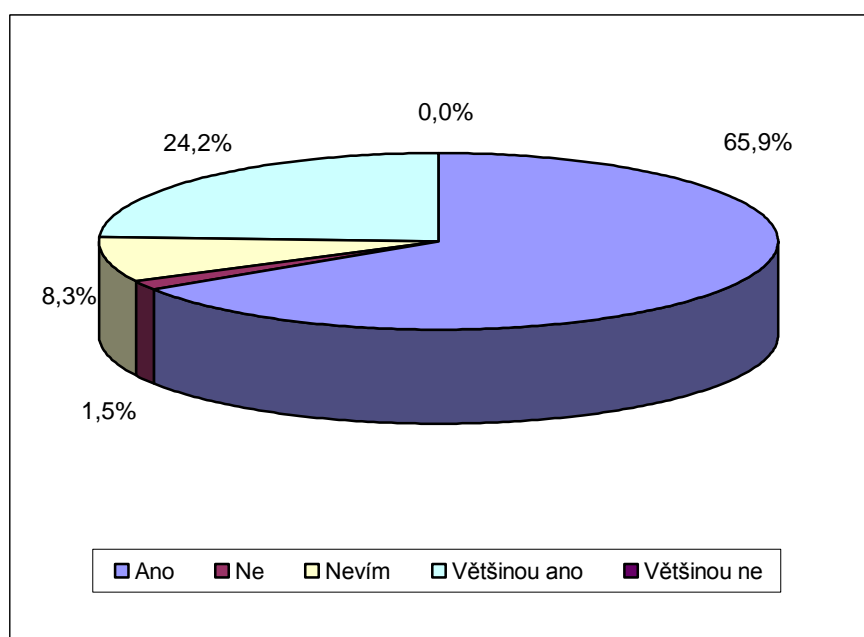
Otázku hodnotilo 132 žen. Potřebné poučení pro uživatelky HAK poskytl v 60 případech lékař - 49,2 %, odpověď větší část lékařem, méně sestrou označilo 40 žen (30,3 %), poskytnutí informací více sestrou, méně lékařem ve 16 případech (12,1 %), jen sestrou bylo poučeno 9 žen (6,8 %), poučení nebylo poskytnuto ve 2 případech (1,5 %).

Otázka číslo 16: **Myslíte si, že je sestra ve Vaší gynekologické ambulanci v této oblasti schopna poskytnout dostačující informace**

Tabulka č. 16 – Znalosti sestry o antikoncepci

	Absolutní počet odpovědí	Četnost v %
Ano	87	65,9 %
Ne	2	1,5 %
Nevím	11	8,3 %
Většinou Ano	32	24,2 %
Většinou NE	0	0,0 %
Celkem počet odpovědí	132	100,0%

Graf č. 16 – Znalosti sestry o antikoncepci



KOMENTÁŘ:

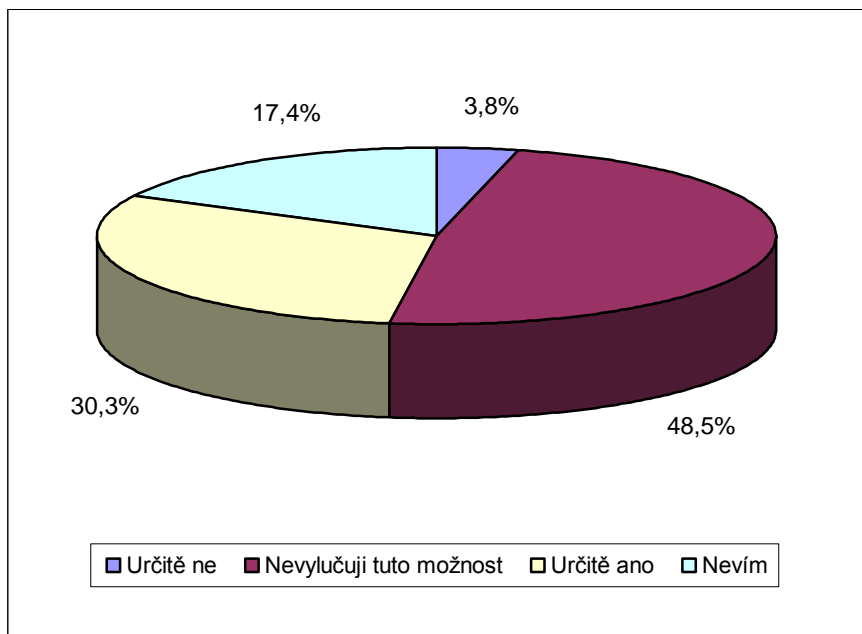
Na otázku odpovědělo 132 respondentek. Odpověď, že sestra na ambulanci je schopna poskytnout informace, označilo 87 žen (65,9 %), „většinou ano“ uvedlo 32 žen (24,2 %), Odpověď „ne“ uvedlo 2, což odpovídá 1,5 %, a „většinou ne“ nebylo označeno žádnou odpovídající účastnicí výzkumu, 11 žen (8,3 %) nedokázalo posoudit.

Otázka číslo 17: **Pokud by existovala poradna pro plánované rodičovství, případně antikoncepční poradna, kterou by vedla sestra s odpovídajícím vzděláním, využila byste tyto služby (konzultace o vhodné antikoncepční metodě, předpis pro lékárnu, zavádění antikoncepčních preparátů – nitroděložní tělísko, podkožní implantát)**

Tabulka č. 17 – Využití poradny pro plánované rodičovství

	Absolutní počet odpovědí	Četnost v %
Určitě Ne	5	3,8 %
Nevylučuji tuto možnost	64	48,5 %
Určitě Ano	40	30,3 %
Nevím	23	17,4 %
Celkem počet odpovědí	132	100,0%

Graf č. 17 – Využití poradny pro plánované rodičovství



KOMENTÁŘ:

Na poslední otázku týkající využití služeb poskytovaných sestrou odpovídalo 132 žen. Kladnou odpověď označilo 40 žen (30,3 %), „nevylučuji tuto možnost“ uvedlo 64 žen, což představuje 48,5 %, „nevím“ odpovědělo 23 žen (17,4 %), záporně odpovědělo 5 žen, podíl 3,8 % respondentek.

5.5 DISKUSE

5.5.1 Hodnocení odpovědí na otázky dotazníku

1. otázka: Váš věk

Tento výzkum byl orientován spíše na mladší věkovou skupinu, volbou záměrného výběru jsem vycházela z předpokladu, že potřeba ochrany před nechtěným těhotenstvím je v tomto věkovém období velmi vysoká. Od 90. let zvyšuje v České republice věk ženy v době prvního porodu směrem k evropskému průměru. V tomto faktu se odráží i zodpovědný přístup mladých žen k plánovanému rodičovství i zodpovědnost k vlastnímu zdraví.

2. otázka: Vaše vzdělání

Vzdělání respondentek v pásmu středoškolského a učňovského stupně (73 %) koresponduje věkovým rozložením oslovených žen, a zhruba o 10 % převyšuje údaje v této kategorii ve sčítání lidu z roku 2001, zpracovanými Českým statistickým úřadem (počet obyvatel starších 15 let bez rozdílu pohlaví činil 8 575 198, z toho kategorie vzdělání vyučen a úplné střední s maturitou 5 390 317, relativní počet činí 62,8 %).

3. otázka: Bydliště

Velikost sídla je dána místem výzkumu, obě střední školy i gynekologické ambulance jsou na území sídla do 10 000 obyvatel.

4. otázka: Počet porodů

V odpovědích na otázku počtu porodu je znát věkové rozvrstvení respondentek, vyšší podíl nullipar jsem předpokládala. Téměř 60 % účastnic výzkumu je ve věku do 25 let, tímto faktorem je ovlivněn téměř shodný procentuální podíl (60,6 %) žen, které nerodily.

5. otázka: Potřeba antikoncepce

Domnívám se, že podíl žen nemajících potřebu ochrany před těhotenstvím je nízký zejména proto, že část respondentek po předčtení této otázky usoudila, že není tento dotazník určen pro ně a dále jej nevyplňovaly – část dotazníku nebyla kompletně vyplněna, a část ani neodevzdala. Pro potřeby tohoto výzkumu jsem využila dotazníků, které měly vyplněny části I a III., protože jsem tím mohla posoudit názory na úlohu porodní asistentky i případně, že v současné době potřebu antikoncepce nemají.

6. otázka: Jakou metodu ochrany používáte (označte všechny Vámi používané metody)?

Srovnáním odpovědí na užívané metody vyplynulo, že 31,5 % používá více než 1 metodu. Nejčastěji uvedená je kombinace hormonální tableta – kondom, používá ji 30 respondentek (29,1 %). Tato skutečnost je pravděpodobně ovlivněna také větším podílem mladistvých účastnic výzkumu. Metoda „belt and braces“ poskytuje kromě naprostého antikoncepčního efektu poměrně dobrou ochranu před sexuálně přenosnými chorobami, a je považován za odpovědný přístup. Naproti tomu kombinace antikoncepční tableta–přerušovaný styk uvedená ve 12 případech nemá celkem logické opodstatnění, snad jen v případě, že by metody nepoužívaly souběžně, ale v různých časových obdobích anebo pokud během užívání COC nastala situace, kdy by mohla být snížena účinnost (opomenutí tablety, potíže zažívacího traktu, léky snižující účinnost COC).

7. otázka: Uvedenou metodu jste si vybrala

V případě otázky, kdo ovlivnil výběr metody, jsem záměrně použila terminologii sestra místo porodní asistentka, protože je u nás zvykem oslovovat porodní asistentku jako sestru a také proto, že ne ve všech gynekologických ambulancích pracují porodní asistentky. Například na okrese Vyškov pracuje z celkového počtu 9 jen 5 porodních asistentek. V četnosti poradenství sestrou je nízká hodnota 6,3 %, nízký podíl poradenství je ovlivněn postavením a skutečnými kompetencemi porodních asistentek v České republice. A také, jak vyplývá z výzkumu Mezinárodní federace pro plánované rodičovství z roku 1997, je celosvětově lékař stále považován za nejlepšího poradce v otázkách antikoncepce (Uzel, 1999). Na výzkumu se projevil fenomén moderních informačních zdrojů, zejména internet poskytuje značné množství potřebných dat z kterékoliv oblasti. Svůj význam mají i informační brožury, které ve zkratce zopakují informace slyšené a mohou je vhodně doplnit. Kombinace slyšených a přečtených informací je nejvhodnější formou k zapamatování.

8. otázka: Při výběru antikoncepce pro Vás bylo důležité (možno označit více odpovědí)

Kromě spolehlivosti antikoncepční metody je nejčastěji uváděn požadavek šetrnosti k organismu a zmírnění menstruačních potíží – bolest v podbříšku, zmírnění síly menstruace, zkrácení délky menstruace a nepravidelnost cyklu. Téměř polovina žen nechce, aby COC ovlivňovala jejich tělesnou hmotnost. Cena zohledňuje výběr téměř u čtvrtiny respondentek. Podíl celkového počtu odpovědí a počtu odpovídajících respondentek ukazuje, že každou pravděpodobně ovlivnily více jak 2 faktory z nabízených možností.

9. otázka: Z odpovědí v otázce č. 8 vyberte tu, která byla pro Vás rozhodující

Četnost preferencí jediného faktoru koresponduje s otázkou předcházející. Polovina účastnic výzkumu volí šetrnost k organismu a zmírnění potíží s menstruací. Zhruba stejnou četnost mají faktory odstranění nepravidelností cyklu, cena preparátu a minimální přírůstek na hmotnosti těla.

Jen malé procento preferuje příznivý vliv na pleť, pouze 1 % jako nejdůležitější faktor výběru volí možnost oddálení cyklu.

10. otázka: Byla jste před užíváním poučena (lze označit více odpovědí)

Doporučený rozsah poučení při předpisu s výjimkou způsobu užívání není dodržován. V rámci jednotlivých položek je poučeno jen 36 – 49 % respondentek, výjimku tvoří pouze poučení o způsobu užívání, které však 100% nedosahuje. Jen 36 % respondentek bylo upozorněno na nevhodnost kouření, což považují za poměrně závažnou chybu, vzhledem k tomu, že kombinace COC – kouření několikanásobně zvyšuje riziko tromboembolické nemoci. Je možné, že v případě negativní odpovědi na otázku, zda kouří, bylo poučení o nevhodnosti kouření považováno za nepotřebné.

Příčinu nevyhovujícího poučení vidím v nedostatečném časovém prostoru, který je této oblasti věnován. Vzhledem k finanční náročnosti práce lékaře i k rozsahu vědomostí v této oblasti u vysokoškolsky vzdělaných porodních asistentek se jeví jako výhodná možnost, aby edukace při předpisu COC byla v kompetenci porodní asistentky. Časový stresem může negativně ovlivňovat vstřebání a pochopení informací respondentkou.

11. otázka: Jak hodnotíte poučení

Respondentky hodnotily míru poučení velmi kladně, téměř 85 % je hodnotilo jako přiměřené, spolu poskytnutým poučením v písemné podobě tak bylo poučeno 92 %. Myslím si, že sto procentní spokojenosti nemůže být dosaženo z různých příčin, a jak ze strany zdravotníků, tak také z žen.

12. otázka: Jaká vyšetření jste před tím absolvovala (možno označit více odpovědí)

Doporučená vyšetření nebyla u respondentek provedena ve vyhovujícím rozsahu. Výjimku tvoří gynekologické preventivní prohlídky, která byla provedena u více než 93 % respondentek. Anamnestické údaje byly zjišťovány jen u necelé poloviny, a u stanovení hodnoty krevního tlaku je četnost vyšetření ještě nižší (37 %).

Opomenutím těchto dvou faktorů může mít za následek přehlédnutí kontraindikací pro předpis COC – možný výskyt trombofilních mutací, které zvyšují relativní riziko trombembolické nemoci a kardiovaskulárních chorob. Plošný skrínig těchto mutací není možný pro finanční náročnost, tak se jeví důsledné zjišťování anamnézy a poučení jako dostupná prevence.

Vyšetření hodnot krevního tlaku je důležité, protože hormonální antikoncepce je uváděna jako jeden z možných faktorů vzniku esenciální hypertenze.

13. otázka: Uved'te důvody, pro které jste/byste změnila/vysadila hormonální antikoncepci

V případě vysazení pro plánované těhotenství jsem očekávala téměř 100 % volbu, v četnosti důvodu vysazení či změny následuje nevolnost a přírůstek tělesné hmotnosti. Jako celkem zvláštní důvod se mi jevila informace, že preparát nevyhovoval z různých důvodů jiné ženě a pro 2 respondentky tato informace představovala důvod k vysazení

14. otázka: Potřebujete –li, jakékoliv informace v oblasti antikoncepce, hledáte je

V této otázce mě překvapila skutečnost, že žádná z respondentek by o informace nepožádala porodní asistentku, přičemž následující otázky potvrdily, že ženy mají zkušenost, že je sestra schopna poskytnout informace. Tento rozpor vychází z toho, jak je v České republice vnímán pojem „porodní asistentka“, že je totiž vnímána jako asistentka lékaře při porodu, jak bylo uvedeno v závěrech Evaluační mise z roku 2002. Sestra v gynekologické ambulanci není nazývána porodní asistentkou, za svoji téměř 20 praxí porodní asistentky jsem se setkala pouze s jednou lékařkou, která nás oslovovala a o nás mluvila jako o porodní asistence. Často i lékař na porodním sále oslovuje porodní asistentku jako sestru. Změnit tuto skutečnost nevyžaduje jen změnu kompetencí danou zákony, ale i změnu v nás, porodních asistentkách.

15. otázka: Poučení potřebné pro uživatelky antikoncepce Vám bylo v ordinaci poskytnuto

V odpovědích na tuto otázku se odráží situace, jaké kompetence má česká porodní asistentka. Edukace poskytnutá v této oblasti nelékařem, je často vnímána jako neplnohodnotná.

16. otázka: Myslíte si, že sestra ve Vaší gynekologické ambulanci v této oblasti schopna poskytnout dostačující informace?

I když se výzkum týkal pouze nepatrného vzorku porodních asistentek/ sester a výsledky tedy nelze zobecňovat, je nepochybné, že porodní asistentka má znalosti v oblasti antikoncepce. Dokáže tyto informace poskytnout, o čemž svědčí zkušenosti respondentek. Domnívám se, že svou roli hraje osobní snaha o sebevzdělávání u porodní asistentky a její schopnost dobré a vhodné komunikace. Také postoj lékaře–gynekologa má velký vliv, je rozdíl, považuje-li svou sestru za člena, byť malého týmu nebo jen jako pomocnici lékaře.

17. otázka: Pokud by existovala poradna pro plánované rodičovství, případně antikoncepční poradna, kterou by vedla sestra s odpovídajícím vzděláním, využila byste tyto služby?

I když byl prováděný výzkum velmi malého rozsahu, ukázal, že poradny pro plánované rodičovství v kompetenci porodní asistentky by mohly být žádanou formou služeb. Avšak v současné situaci se tyto plány jeví jako nereálné, zejména situace v současné době ve zdravotnictví toto potvrzuje. Při schůzce s revizním lékařem VZP mně bylo potvrzeno, že pojišťovna ve svých plánech zřízení podobného zařízení nikdy neuvažovala a odmítá je. Příklad anglických porodních asistentek je výjimka, kterou by nebylo vhodné následovat. Myslím, že pocit zodpovědnosti i zodpovědnost samotnou jsme připraveny lidsky i odborně zvládnout, a to lze pouze za podmínky, kdy ministerstvo zdravotnictví, legislativa, pojišťovna i lékaři přiznají porodní asistentce kompetence, jež jsou dány Strategickými dokumenty.

5.5.2 Srovnání názorů žen rozdílného věku na úlohu porodní asistentky v oblasti plánovaného rodičovství

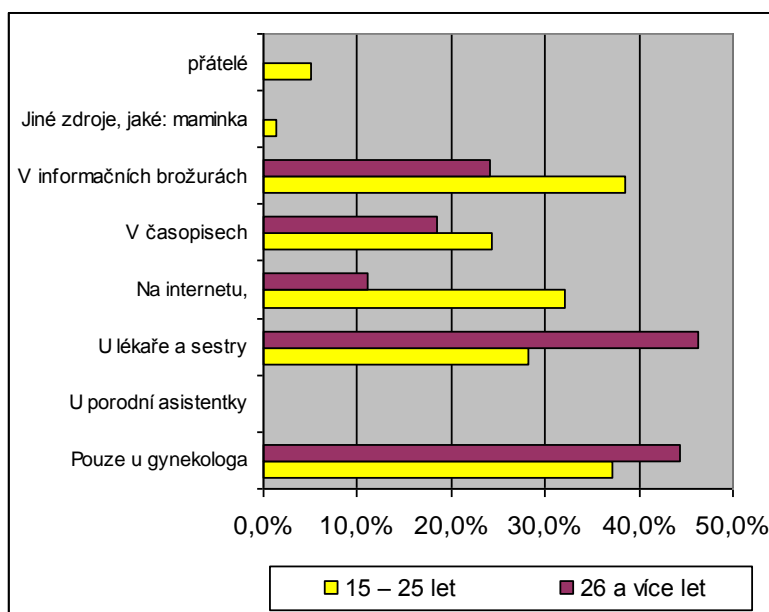
Při hodnocení dotazníku jsem chtěla zjistit, je-li rozdíl v názorech na úlohu porodní asistentky u žen jiných věkových kategorií. Porovnávala jsem odpovědi na otázku číslo 1 (věk respondentky) s odpověďmi na otázky v části III (otázky číslo 14, 15, 16, 17). V otázce č.1 bylo uvedeno 6 věkových kategorií, a vzhledem k tomu, že v některých věkových skupinách odpovídal malý počet žen, rozhodla jsem se pro sloučení na 2 skupiny. Do I. skupiny jsem zařadila respondentky ve věku 15 – 25 let věku, tato skupina zahrnovala počet 78 respondentek. Ve skupině II byly zařazeny respondentky ve věku nad 26 let věku, počet respondentek je 54 žen.

Porovnáním těchto dat jsem stanovila tyto výsledky, které pro přehlednost zařazeny do tabulek a do sloupcových horizontálních grafů.

Tabulka č. 18 – Vliv věku na zdroj informací

Počet odpovídajících respondentek	78		54	
	Věková skupina I 15 – 25 let		Věková skupina II 26 let a více	
	Absolutní počet odpovědí	Četnost v % vztažena k počtu respondentek	Absolutní počet odpovědí	Četnost v % vztažena k počtu respondentek
Pouze u gynekologa	29	37,2 %	24	44,4 %
U porodní asistentky	0	0,0 %	0	0,0 %
U lékaře a sestry	22	28,2 %	25	46,3 %
Na internetu,	25	32,1 %	6	11,1 %
V časopisech	19	24,4 %	10	18,5 %
V informačních brožurách	30	38,5 %	13	24,1 %
Jiné zdroje, jaké: maminka přátelé	1	1,3 %	0	0,0 %
Celkem počet odpovědí	130		78	

Graf č. 18 – Vliv věku na zdroj informací

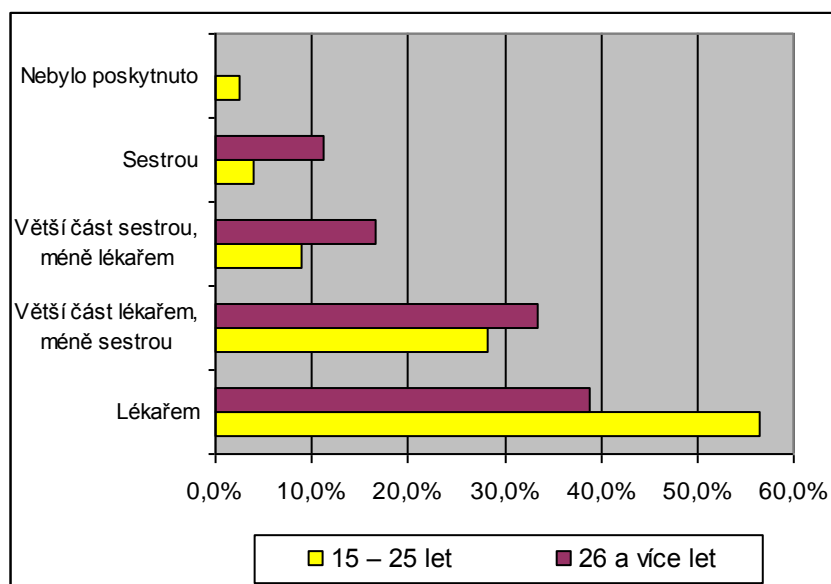


KOMENTÁŘ: Na otázku „**Potřebujete-li jakékoliv informace v oblasti antikoncepce, hledáte je**“ odpovídaly ženy takto: pouze u gynekologa ve skupině 15-25 let **37,2%** (29 ze 78), ve skupině 26-více **44,4%** (24 z 54), u porodní asistentky obě skupiny 0 % (0), u lékaře a sestry skupiny I **28,2%** (22), skupina II **46,3%** (25), „na internetu“ skupina I **32,1%** (25), skupina II **11,1%** (6), „v časopisech“ skupina I **24,4%** (19), skupina II **18,5%** (10), „v informačních brožurách“ **38,5%** (30) skupina I, skupina II **24,1%** (13), jiné zdroje uvádí skupina I **6,4%** (6), ve skupině II **0%**.

Tabulka č. 19 – Podíl poučení lékař / sestra II

Počet odpovídajících respondentek	78		54	
	Věková skupina I 15 – 25 let		Věková skupina II 26 let a více	
	Absolutní počet odpovědí	Četnost v % vztahena k počtu respondentek	Absolutní počet odpovědí	Četnost v % vztahena k počtu respondentek
Lékařem	44	56,4 %	21	38,9 %
Větší část lékařem, méně sestrou	22	28,2 %	18	33,3 %
Větší část sestrou, méně lékařem	7	9,0 %	9	16,7 %
Sestrou	3	3,8 %	6	11,1 %
Nebylo poskytnuto	2	2,6 %	0	0,0 %
Celkem počet odpovědí	78		54	

Graf č. 19 – Podíl poučení lékař / sestra II

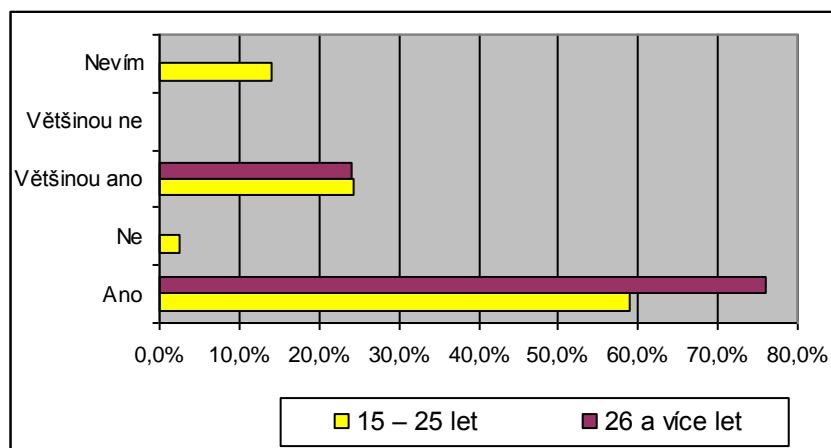


KOMENTÁŘ: Na otázku „**Poučení potřebné pro uživatelky antikoncepce Vám bylo poskytnuto v ordinaci**“ byly zjištěny tyto odpovědi: „lékařem“ ve skupině I **56,4%** (44), ve skupině II **38,9%** (21), „větší část lékařem, méně sestrou“ skupina I **28,2%** (22), ve skupině II **33,3%** (18), „větší část sestrou, méně lékařem“ ve skupině I **9%** (7), ve skupině II **16,7%** (9). „sestrou“ ve skupině I **3,8%** (3), ve skupině II **11,1%** (6), „nebylo poskytnuto“ ve skupině I **2,6%** (2), ve skupině II **0%**.

Tabulka č. 20 – Vliv věku respondentek na hodnocení znalostí sestry

Počet odpovídajících respondentek	78		54	
	Věková skupina I 15 – 25 let		Věková skupina II 26 let a více	
	Absolutní počet odpovědí	Četnost v % vztahena k počtu respondentek	Absolutní počet odpovědí	Četnost v % vztahena k počtu respondentek
Ano	46	59,0 %	41	75,9 %
Ne	2	2,6 %	0	0,0 %
Většinou ano	19	24,4 %	13	24,1 %
Většinou ne	0	0,0 %	0	0,0 %
Nevím	11	14,1 %	0	0,0 %
Celkem počet odpovědí	78		54	

Graf č. 20 – Vliv věku respondentek na hodnocení znalostí sestry

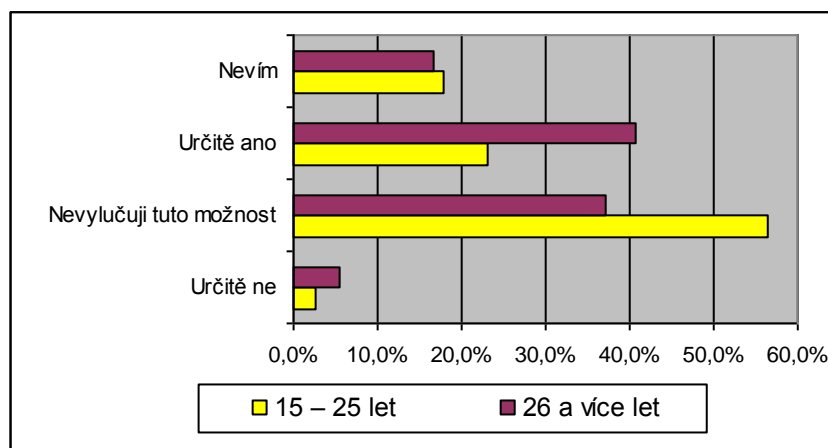


KOMENTÁŘ: Na otázku „Myslíte si, že je sestra ve Vaší gynekologické ambulanci v této oblasti schopna poskytnout dostačující informace“ odpověděly respondentky takto: „ano“ ve skupině I **59,9%** (46), skupina II **75,9%** (41), „ne“ ve skupině I **2,6%** (2), ve skupině II **0%**, „většinou ano“ ve skupině I **24,4%** (19), ve skupině II **24,1%** (13), „většinou ne“ v obou skupinách **0%**, „nevím“ ve skupině I **14,1%** (11), ve skupině II **0%**.

Tabulka č. 21 – Vliv věku respondentek na možnost využití poradny

Počet odpovídajících respondentek	78		54	
	Věková skupina I 15 – 25 let		Věková skupina II 26 let a více	
	Absolutní počet odpovědí	Četnost v % vztahena k počtu respondentek	Absolutní počet odpovědí	Četnost v % vztahena k počtu respondentek
Určitě ne	2	2,6 %	3	5,6 %
Nevylučuji tuto možnost	44	56,4 %	20	37,0 %
Určitě ano	18	23,1 %	22	40,7 %
Nevím	14	17,9 %	9	16,7 %
Celkem počet odpovědí	78		54	

Graf č. 21 – Vliv věku respondentek na možnost využití poradny



KOMENTÁŘ: Na otázku „**Pokud by existovala poradna pro plánované rodičovství, případně antikoncepční poradna, kterou by vedla sestra s odpovídajícím vzděláním, využila byste její služby**“ jsem zjistila následující: ve skupině I „určitě ne“ **2,6%** (2), ve skupině II **5,6%** (3), „tuto možnost nevylučuji“ ve skupině I **56,4%**, ve skupině II **37,0%** (20), „určitě ano“ ve skupině I **23,1%** (18), ve skupině II **40,7%** (22), „nevím“ odpovědělo ve skupině I **17,9%** (14), ve skupině II **16,7%** (9).

Srovnání názorů žen rozdílného věku na úlohu porodní asistentky v oblasti plánovaného rodičovství – diskuse

Při hodnocení otázky vyhledávání zdroje poučení, kde mohly respondentky uvádět více odpovědí, jsem zjistila, že mladší generace dává přednost „samostudiu“. Tento rozdíl je patrný především u zdroje „internet“ – 37,1% : 11,1%, menší rozdíl je u zdroje „informační brožury“ – 38,5% : 24,1%. U lidských zdrojů informací v případě gynekologa není rozdíl velký, ve věkové skupině I (15 – 25 let) jej uvedlo 37,2% oproti 44,4% ve skupině II, ženy ve věku 26 a více častěji vyhledávají informace u gynekologa. Významnější rozdíl je u zdroje lékař-sestra. Skupina I vyhledá tento zdroj ve 28,2%, naproti tomu ženy starší 26 let až ve 46,3%. Srovnáním poměru lidského zdroje k písemným informacím je ve skupině I 65,4% : 94%, ve skupině starších 26 let poměr opačný a s menším rozdílem 90,7% : 73,7% (**tabulka č. 18, graf č. 18**).

Poskytnutí potřebného poučení k věku pacientky je v mladší věkové kategorii více podáno lékařem (56,4% oproti 38,9% ve skupině II). Pokud se na poučení podílí sestra, je ve skupině II starších 26 let větší relativní počet odpovědí. Tyto ženy byly poučeny kategorií „více sestra, méně lékař“ a kategorií „sestra“ poučeny v 28,7% případů, mladší skupina ve 12,8% případů (**tabulka č. 19, graf č. 19**).

Srovnáním názorů žen na znalosti sestry v oblasti antikoncepce jsou starší věkovou skupinou II sestry ve 100% hodnoceny kladně. Za kladnou jsem považovala odpověď ano a většinou ano. Ve skupině I sestru kladně hodnotí 83,4% mladších žen, 14,1% tuto hodnotu nedokázalo posoudit, a 2,6% se domnívá, že sestra nemá potřebné znalosti. Výsledky ukazují spíše na důvěru ve znalosti sestry v oblasti antikoncepce u žen starších 26 let (**tabulka č. 20, graf č. 20**).

Na otázku, využití poradny pro plánované rodičovství vedené „sestrou“ jednoznačně kladně odpověděly ženy ve skupině II relativně častěji (40,7%), než ženy mladší (23,1%). Volba „nevyklučuji tuto možnost“ není jednoznačně kladná, ale ani záporná, volila ji skupina I relativně častěji, a to v 56,4%, oproti skupině II (37%). Odpověď „nevím“ je téměř shodná v obou skupinách (17,1% : 16,9%). Cílem tohoto výzkumu nebylo zjistit, které faktory by tuto volbu ovlivnily, domnívám se, že by k ovlivnění bylo třeba více faktorů - společenské klima, změna postavení porodních asistentek, posun v postojích lékařů, změna legislativy, ochota a úsilí porodních asistentek tuto situaci změnit. Předpokládala jsem že, mladší věková skupina bude pozitivně reagovat na poradnu vedenou sestrou, tento předpoklad nebyl splněn (**tabulka č 21, graf č 21**).

5.5.3 Hodnocení pravdivosti hypotéz

1. Užívání hormonálních antikoncepčních tablet je upřednostňováno vůči ostatním antikoncepčním metodám. Výzkum potvrdil pravdivost hypotézy: zjistila jsem, že 81,8% respondentek používá hormonální antikoncepční tablety.
2. Při výběru hormonální antikoncepce požadují ženy kromě spolehlivosti minimálně další 2 příznivé účinky antikoncepce, přičemž finanční dostupnost nepatří k významným faktorům volby. Výzkum potvrdil pravdivost této hypotézy: zjistila jsem, že 124 žen uvedlo celkem 302 odpovědi, ženy v průměru volily 2,4 odpovědi.
3. Při předpisu hormonální antikoncepce je rozsah a míra poučení jako dostatečné hodnoceno u vysokého procenta respondentek. Výzkum vyvrátil pravdivost: zjistila jsem, rozsah předepsaných doporučení není dodržen, u jednotlivých položek poučení nedosáhla četnost 50%, pouze u „poučení o způsobu užívání“ byl dosažen relativní počet 75,8%.
4. Rozsah provedených vyšetření při předpisu hormonální antikoncepce nezahrnuje úplný rozsah doporučovaných vyšetření. Výzkum potvrdil pravdivost hypotézy: zjistila jsem, že pouze gynekologické vyšetření bylo provedeno více než v 90%, vyšetření anamnestické a měření krevního tlaku nedosahuje 50%.
5. Respondentky považují porodní asistentku za dostatečně kompetentní, aby hypoteticky využily služeb její poradny pro plánované rodičovství. Výzkum vyvrátil pravdivost hypotézy: zjistila jsem, že kladně odpovědělo pouze 30,3 % respondentek, i když téměř polovina žen tuto možnost nevyloučila.
6. Ženy ve věku do 25 let využití poradny pro plánované rodičovství vedené sestrou volí častěji než ženy nad 26 let věku. Výzkum vyvrátil pravdivost hypotézy: zjistila jsem, že ženy do 25 let věku kladně odpověděly ve 23,1%, zatímco ženy nad 26 let věku v 40,7% odpovědí. Opačný poměr (56,4% : 37,0%) byl zaznamenán u volby „nevyloučuji tuto možnost“, kterou však nelze jednoznačně považovat za kladnou, ale ani zápornou.

ZÁVĚR

Ve své bakalářské práci jsem se pokusila vysvětlit potřebu antikoncepce jako metody regulace porodnosti, která je nezbytná, chceme-li řešit celosvětový problém přelidnění planety, i když z hlediska českých demografických údajů bychom měly řešit problém opačný. Z globálního pohledu však lidské rozmnožovací schopnosti nabývají při dvouprocentním přírůstku děsivých rozměrů, které nerespektují ekologickou rovnováhu. Rozvojem vědy a medicíny byly objeveny téměř dokonalé antikoncepční prostředky, díky kterým můžeme dostat problém pod kontrolu. Je zapotřebí, aby každá žena měla tyto dostupné možnosti, aby mohla svobodně využít svého základního lidského práva - práva na plánované rodičovství.

Poskytnout ženám služby, které by umožňovaly plánované rodičovství, je i v zájmu českého státu. Nechtěná těhotenství přinášejí sociální problémy, jejich řešení vyžaduje nemalé finanční prostředky. Ze zkušeností zemí EU vyplývá, že vzdělaná porodní asistentka je schopna tyto služby poskytovat za menších finančních nákladů.

SHRNUTÍ

V teoretické části práce je vysvětlena nutnost regulace rozmnožování lidského rodu, neboť populační exploze, kterou odstartovala agrární revoluce, jež byla v minulosti zpomalena množstvím nemocí a infekcí, by vedla k přelidnění planety. Antikoncepční snahy mající kořeny ve starověku vedly k vývoji řady metod různé spolehlivosti. V kompetenci porodní asistentky je poskytovat kvalitní zdravotní výchovu na podporu zdravějšího rodinného života, plánování těhotenství a pozitivního rodičovství. Tyto kompetence vyplývající ze strategických dokumentů však česká porodní asistentka nemá.

Cílem empirické části bylo zjistit míru informovanosti českých žen užívajících hormonální antikoncepci a jejich pohled na roli porodní asistentky v oblasti plánovaného rodičovství.

SUMMARY

The theoretical part of the thesis explains the necessity of regulation the human reproduction since the population explosion launched by the agrarian revolution that was reduced by the number of illnesses and infections would lead to overpopulation. The contraceptive efforts having their roots in the ancient times led to the development of methods which vary as far as reliability is concerned . A midwife is in charge of providing high-quality health education to promote healthier family life, family planning and positive parenthood. Unfortunately, the Czech midwives have none of these authorities arising from the strategic documents.

The aim of the empirical part is to find out to what extent the Czech women using hormonal contraception are informed as well as their view on the role of a midwife in the sphere of family planning.

LITERATURA

1. ARCHALOUSOVÁ, A. *Evaluační mise EU v České republice: Stanovisko k oboru porodní asistentka*. Periodikum Ošetrovatelství, 2002 / č. 3 - 4, str. 69 - 74
2. BOLDIŠ, Petr. *Bibliografické citace dokumentu podle CSN ISO 690 a CSN ISO 690-2: Část 2 - Modely a příklady citací u jednotlivých typu dokumentu*. Verze 3.0 (2004). c 1999-2004, poslední aktualizace 11.11.2004. <<http://www.boldis.cz/citace/citace2.ps>>, <<http://www.boldis.cz/citace/citace2.ps>>
3. DOLEŽAL, A. *Od babictví k porodnictví*. Praha: Karolinum, 2001. ISBN 80-246-0277-6
4. GABRIEL, J. *Zaniknou terénní porodní asistentky?*. Periodikum Zdravotnické noviny, 2003/č. 9, str.12
5. GAVORA, P. *Úvod do pedagogického výzkumu*. Brno: Paido, 2000. ISBN 80-85931-79-6
6. HODAČOVÁ, L. *Úloha porodní asistentky v programu Zdraví 21*. Periodikum Porodní asistentka, 2003/ č. 21, str. 18 - 19
7. JOBÁNKOVÁ, M. *Kapitoly z psychologie pro zdravotnické pracovníky*. 2. přepracované vydání. Brno: IDVPZ, 2002. ISBN 80-7013-365-1
8. KUŽELOVÁ, M. *Co by měla sestra vědět o antikoncepci*. Praha: Levret, 2005. ISBN 80-903183-7-1
9. LEIFER, G. *Úvod do porodnického a pediatrického ošetrovatelství*. 1. vydání. Praha: Grada, 2004. ISBN 80-247-0668-7
10. LIVOTIOVÁ, C, TOPPOVÁ, E. *Vagina manuál pro majitelky*. 1. vydání. Praha: Smart Press, 2005. ISBN 80-239-4113-5
11. MARTIUS, G. *Gynekolgia a porodnictví*. 2. vydání Martin: Osveta, 1997. ISBN 80-88824-55-9
12. MASTILIAKOVÁ, D. *Úvod do ošetrovatelství I. Díl*. Praha: Karolinum, 2002. ISBN 80-246-0429-9
13. NĚMEC, M. *U porodních asistentek musíme splnit Mnichovskou deklaraci*. Periodikum Zdravotnické noviny, 2002/ č. 23, str. 18 - 19
14. PECK SCOTT, M. *Nevyšlapanou cestou*. Praha: Odeon, 1993. ISBN 80-7203-036-1
15. SEMRÁDOVÁ, I. *Úvod do etiky*. Hradec Králové: Gaudeamus, 2002. ISBN 80-7041-341-7
16. *Strategické dokumenty (1) Směrnice EU*: <<http://www.mzcr.cz/print.php?clanek=305>> [cit. 2005-10-10]
17. *Strategické dokumenty (2)*. Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2002. ISBN 80-85047-21-7
18. *Strategické dokumenty (3) - Praktické příručky pro porodní asistentky*. Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2002. ISBN 80-85047-22-5
19. TRACHTOVÁ, E. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. Brno: IDVPZ, 2001. ISBN 80-7013-324-4
20. UNZEITIG, V. *Současné trendy v COC, nové progestiny*. Satelitní sympóziium společnosti Schering, 30. května 2003, Brno
21. UZEL, R. *Antikoncepční kuchařka*, <<http://www.planovanirodiny.cz/search.php?rsvelikost=nv&rstext=all-phpRS-all&rstema=39>> [cit. 2005-10-12]
22. ŽALOUĐÍK, J. KUBEŠOVÁ, H. *Chceme vysokoškolsky vzdělané sestry? Jak moc?*. Periodikum Medical Tribune, 2005/č. 14, str. 34

SEZNAM TABULEK

	str.
Tabulka č. 1 Věk respondentek	42
Tabulka č. 2 Vzdělání respondentek	43
Tabulka č. 3 Bydliště respondentek	44
Tabulka č. 4 Počet porodů u respondentek	45
Tabulka č. 5 Potřeba kontracepce	46
Tabulka č. 6 Metoda kontracepce	47
Tabulka č. 7 Zdroj informací při výběru antikoncepční metody	49
Tabulka č. 8 Faktory rozhodující o výběru antikoncepční metody	50
Tabulka č. 9 Nejdůležitější faktor rozhodující o výběru antikoncepční metody	52
Tabulka č. 10 Druhy edukace	53
Tabulka č. 11 Přiměřenost edukace	55
Tabulka č. 12 Absolvovaná vyšetření	56
Tabulka č. 13 Důvody vysazení antikoncepce	58
Tabulka č. 14 Zdroj informací v průběhu užívání antikoncepce	60
Tabulka č. 15 Podíl poučení lékař / sestra	61
Tabulka č. 16 Znalosti sestry o antikoncepci	62
Tabulka č. 17 Využití poradny pro plánované rodičovství	63
Tabulka č. 18 Vliv věku na zdroj informací	69
Tabulka č. 19 Podíl poučení lékař / sestra II	70
Tabulka č. 20 Vliv věku respondentek na hodnocení znalostí sestry	71
Tabulka č. 21 Vliv věku respondentek na možnost využití poradny	72

SEZNAM GRAFŮ

	str.
Graf č. 1	Věk respondentek 42
Graf č. 2	Vzdělání respondentek 43
Graf č. 3	Bydliště respondentek 44
Graf č. 4	Počet porodů u respondentek 45
Graf č. 5	Potřeba kontracepce 46
Graf č. 6	Metoda kontracepce 47
Graf č. 7	Zdroj informací při výběru antikoncepční metody 49
Graf č. 8	Faktory rozhodující o výběru antikoncepční metody 50
Graf č. 9	Nejdůležitější faktor rozhodující o výběru antikoncepční metody. 52
Graf č. 10	Druhy edukace 53
Graf č. 11	Přiměřenost edukace 55
Graf č. 12	Absolvovaná vyšetření 56
Graf č. 13	Důvody vysazení antikoncepce 58
Graf č. 14	Zdroj informací v průběhu užívání antikoncepce 60
Graf č. 15	Podíl poučení lékař / sestra 61
Graf č. 16	Znalosti sestry o antikoncepci 62
Graf č. 17	Využití poradny pro plánované rodičovství 63
Graf č. 18	Vliv věku na zdroj informací 69
Graf č. 19	Podíl poučení lékař / sestra II 70
Graf č. 20	Vliv věku respondentek na hodnocení znalostí sestry 71
Graf č. 21	Vliv věku respondentek na možnost využití poradny 72

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1	Mnichovská deklarace	82
Příloha č. 2	Dotazník – vzor	84

Mnichovská deklarace

VŠEOBECNÉ SESTRY A PORODNÍ ASISTENTKY PRO ZDRAVÍ

17. ČERVNA 2000

Druhá konference ministrů o ošetřovatelství a porodní asistenci v Evropě pořádaná WHO se zabývá unikátní rolí a příspěvkem šesti milionů evropských sester a porodních asistentek k rozvoji zdraví a poskytování zdravotnických služeb. Od první konference ministrů pořádané WHO ve Vídni před více než deseti lety byly v Evropě učiněny některé kroky k posílení statutu a k plnému využívání potenciálu sester a porodních asistentek.

Jakožto ministři zdravotnictví členských států WHO v evropském regionu, zúčastnění na mnichovské konferenci:

VĚŘÍME, že sestry a porodní asistentky mají **klíčové a stále významnější role** v úsilí společnosti chopit se současných úkolů a výzev ve veřejném zdravotnictví, stejně jako v zajišťování vysoce kvalitních, dostupných, spravedlivých, efektivních a citlivých zdravotnických služeb, které zajišťují kontinuitu péče a reflektují práva a měnící se potřeby lidí.

NALÉHÁME na všechny příslušné úřady v evropském regionu WHO, aby zvýšily své úsilí **k posílení ošetřovatelství a porodní asistence**:

- zajištěním podílu ošetřovatelství a porodní asistence při rozhodování na všech úrovních vytváření a implementace **politik**
- zaměřením se na **překážky** zejména v oblastech personální politiky, otázkách pohlaví a stavu a lékařské dominance
- vytvářením finanční motivace a příležitostí k **profesnímu postupu**
- zlepšováním vstupního a kontinuálního **vzdělávání** a přístupu k vysokoškolskému vzdělávání v ošetřovatelství a porodní asistenci
- vytvářením **příležitostí pro společnou výuku sester, porodních asistentek a lékařů** na pregraduální a postgraduální úrovni, směřující ke kooperativnější a více interdisciplinární práci v zájmu lepší péče o pacienty
- podporou výzkumu a šíření informací pro rozvoj **báze znalostí a evidencí** pro praxi v ošetřovatelství a porodní asistenci
- hledáním příležitostí pro vytváření a podporu programů a služeb **komunitního ošetřovatelství a porodní asistence zaměřené na rodinu**, zahrnujících, kde je to vhodné, i rodinné sestry
- posilováním rolí sester a porodních asistentek ve **veřejném zdravotnictví**, v **podpoře zdraví** a v **komunitním rozvoji**.

UZNÁVÁME, že závazek a vážné úsilí směřující k posílení ošetrovatelství a porodní asistence v našich zemích by měl být podporován:

- vytvářením komplexních **strategií plánování pracovních sil** k zajištění odpovídajících počtů vzdělaných sester a porodních asistentek
- zajištěním funkce **potřebných legislativních a regulačních mechanismů** na všech úrovních systému péče o zdraví
- umožněním účinné a účelné práce sester a porodních asistentek s plným využitím jejich odborného potenciálu, jako **nezávislých** profesionálů i **ve vzájemné závislosti** s ostatními profesemi

Zaručujeme, že budeme na realizaci cílů této deklarace pracovat v partnerství se všemi příslušnými ministerstvy a orgány, statutárními i nevládními, na národní, subnárodní i mezinárodní úrovni.

VYZÝVÁME Regionální úřadovnu WHO pro Evropu, aby poskytla strategické vedení a pomohla členským státům vyvinout koordinační mechanismy pro společnou práci s národními a mezinárodními organizacemi k posílení ošetrovatelství a porodní asistence a

ŽÁDÁME regionálního ředitele WHO, aby Regionální komisi WHO pro Evropu pravidelně předkládal zprávy a aby v roce 2002 zorganizoval první setkání k monitorování a hodnocení implementace této deklarace.

Andrea Fischer,
Ministryně zdravotnictví
Spolková republika Německo

Dr. Marc Danzon,
Regionální ředitel pro Evropu
Světová zdravotnická
organizace

Dotazník - vzor

Vážená paní, vážená slečno

Vaše odpovědi na otázky tohoto Vám předloženého dotazníku budou použity ve výzkumu, který zjišťuje míru informovanosti žen o vedlejších účincích hormonální antikoncepce, o jiných nehormonálních metodách antikoncepce a o úloze porodní asistentky v oblasti plánovaného rodičovství

Dotazník je anonymní, všechny zjištěné informace jsou důvěrné a budou použity pro vypracování mé bakalářské práce na Lékařské fakultě Univerzity Karlovy v Hradci Králové.

Označte prosím 1 Vámi zvolenou odpověď. Otázky, u kterých je možné více odpovědí, budou označené.

Děkuji Vám za ochotu účastnit se na výzkumu a za vyplnění dotazníku.

Květoslava Dofková
4. ročník bakalářského studia ošetrovatelství
Lékařská fakulta Hradec Králové
Univerzita Karlova Praha

V Hradci Králové 11. listopadu 2005

I. část – identifikační údaje

1) Váš věk

- 15 – 18 let
- 19 - 25 let
- 26 – 30 let
- 31 – 35 let
- 36 - 40 let
- 41 a více

2) Vaše vzdělání (ukončené, pokud studujete, označte studovaný stupeň vzdělání)

- Základní
- Učební obor
- Středoškolské (ukončeno maturitou)
- Vysokoškolské

3) Bydliště

- Sídlo do 2000 obyvatel
- Sídlo od 2001 do 10000 obyvatel
- Sídlo od 10001 do 50000 obyvatel
- Sídlo nad 50001 obyvatel

4) Počet porodů

- Žádný
- 1
- 2
- 3 a více

5) Potřebujete ochranu před nežádoucím těhotenstvím?

- Ano
- Ne

6) Jakou metodu ochrany používáte? (označte všechny Vámi používané metody)

- Metoda plodných / neplodných dní
- Přerušovaná soulož
- Kondom
- Spermicidní prostředky
- Hormonální antikoncepční tableta
- Hormonální antikoncepční injekce
- Tyčinka pod kůži
- Nitroděložní tělísko
- Nitroděložní systém s hormonem
- Hormonální antikoncepční preparát po styku

7) Uvedenou metodu jste si vybrala

- Sama (informace jsem získala z časopisů, internetu)
- Poradila mi přítelkyně, příbuzná
- Na doporučení lékaře
- Seznámila mě s ní sestra v ordinaci
- Jiný zdroj, uveďte jaký:.....

II. část – zkušenosti uživatelék hormonální antikoncepčních tablet

8) Při výběru antikoncepce bylo pro Vás důležité (možno označit více odpovědí)

- Aby byla šetrná k organismu
- Minimální, eventuálně žádný přírůstek na tělesné váze
- Příznivý vliv na pleť
- Odstranění nepravidelnosti cyklu
- Zmírnění potíží při menstruaci – bolest v podbříšku, zmírnění síly krvácení, délka menstruace
- Možnost oddálení cyklu
- Cena preparátu

9) Z odpovědí v otázce č. 8, vyberte tu, která byla pro Vás rozhodující

.....

10) Byla jste před užíváním poučena (lze označit více odpovědí)

- O příznivých zdravotních „neantikoncepčních“ účincích
- O zdravotních rizicích užívání a kontraindikacích (kdy nelze antikoncepci užívat)
- O nevhodnosti kouření při užívání
- O způsobu užívání
- O možnosti krvácení v prvních cyklech a o jeho dočasnosti a neškodnosti
- O ostatních moderních metodách antikoncepce
- Jaká opatření jsou třeba při chybě v užívání
- Nebyla jste poučena
- Odmítla jsem poučení, všechny uváděné informace mám z jiných zdrojů

11) Jak hodnotíte poučení

- Bylo přiměřené
- Informací bylo nepřiměřeně mnoho
- Byla jsem poučena, ale nedostatečně
- Nebyla jsem poučena, ale byly mi poskytnuty informační brožury, letáky
- Nedostalo se mi žádných informací

12) Jaká vyšetření jste před započatím užívání absolvovala? (lze označit více odpovědí)

- Vyšetření gynekologické
- Anamnéza (dotazy na nemoci v pokrevním příbuzenstvu a na Vaše prodělaná onemocnění, rizikové faktory především srdečně cévních onemocnění, nemoci jater)
- Odběr jaterních testů (případně dotaz na výsledky odběru provedených dříve)
- Měření krevního tlaku
- Měření tělesné hmotnosti
- Jiná vyšetření, uveďte jaká:.....

13) Uveďte důvody, pro které jste/byste změnila/ vysadila hormonální antikoncepci

(lze označit více odpovědí)

- Plánované těhotenství
- V současnosti bez partnera
- Přírůstek váhy
- Nepravidelné krvácení delší než 3 cykly
- Napětí, bolestivost prsou

- Nevolnost
- Změny nálady
- Změny libida (sexuální touhy)
- Chybění krvácení
- Zhoršení pleti
- Neurčité obavy ze škodlivosti
- Jiné, uveďte:.....

III. část – úloha porodní asistentky v této oblasti plánovaného rodičovství

14) Potřebujete-li jakékoliv informace v oblasti antikoncepce, hledáte je:

- Pouze u gynekologa
- U porodní asistentky
- U lékaře a sestry
- Na internetu,
- V časopisech
- V informačních brožurách
- Jiné zdroje, jaké:.....

15) Poučení potřebné pro uživatelky antikoncepce Vám bylo v ordinaci poskytnuto

- Lékařem
- Větší část lékařem, méně sestrou
- Větší část sestrou, méně lékařem
- Sestrou

16) Myslíte si, že je sestra ve Vaší gynekologické ambulanci v této oblasti schopna poskytnout dostačující informace

- Ano
- Ne
- Většinou ano
- Většinou ne
- Nevím

17) Pokud by existovala poradna pro plánované rodičovství, případně antikoncepční poradna, kterou by vedla sestra s odpovídajícím vzděláním, využila byste tyto služby?

(konzultace o vhodné antikoncepční metodě, předpis pro lékárnu, zavádění antikoncepčních preparátů – nitroděložní tělísko, podkožní implantát)

- Určitě ne
- Nevylučuji tuto možnost
- Určitě ano
- Nevím