

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích

Zdravotně sociální fakulta

Ženská sterilizace jako forma trvalé antikoncepce

Bakalářská práce

2011

Vedoucí práce:

MUDr. Miloš Velemínský Ph.D.

Datum odevzdání: 4. 5. 2011

Autor práce:

Lucie Lošková

Abstract

Female Sterilization as a Form of Permanent Contraception

Efforts to avoid an undesired conception have been known for, perhaps, as long as the history of the human kind. The development of new birth-control methods as such is not a new discovery. What is new, however, is the wide development of all methods conceivable and their use. One of such new methods is, among others, female sterilization. So far, this method has not been used widely in the Czech Republic. The rate of sterilized women here reaches a little less than 3%. Compared to other countries where sterilized women account for as many as one third of women, the Czech Republic falls behind. Still, this does not mean that Czech women are not interested in sterilization. The current situation in which sterilization is unpopular is, to a large measure, the consequence of obsolete regulations as well as poor knowledgeability of the subject among the lay public and insufficient promotion of the method.

The theoretical section of my thesis provides a summary of known facts about female sterilization. It elaborates on preoperative and post-operative care of women concerned, complications, as well as any potential dissatisfaction with the method and later applications for *in-vitro* fertilization.

The practical part of my thesis is divided into two subsections. First focuses on women's (public's) informedness about sterilization, the other elaborates on the knowledgeability and experience of nurses / midwives in selected hospitals providing female sterilization. To get insight into the issue and to achieve the below objectives, I performed my survey research in the form of quantitative analysis. Specifically, the research was carried out using two types of questionnaires when the first one was given to women hospitalized in gynecology departments and the other was handed out to nurses/midwives working there. My research was conducted at the České Budějovice Hospital and Tábor Hospital.

My work had 4 objectives and 4 therewith related hypothesis. The first objective was to find out the level of women's knowledge about sterilization as a form of permanent contraception. The hypothesis ensuing from the first objective is: Women are

informed about sterilization as a method of permanent contraception. Another objective was to ascertain whether women would consider having a sterilization done in the future. The second hypothesis is: Women older than 35 years prefer sterilization to other contraception methods. The third objective was to establish whether women know the relevant legal prerequisites to have sterilization done. The third hypothesis assumes that women are aware of the legal prerequisites to have sterilization done. The last objective was to find out in what form, if any, nurses / midwives inform patients on the possibilities of sterilization. The fourth hypothesis assumes that nurses / midwives do not inform gynecology department patients on the possibilities of sterilization.

All the above objectives were accomplished. Hypothesis 1 and hypothesis 4 were confirmed. Hypotheses 2 and 3 were not confirmed.

This bachelor's thesis may serve as a study material for other midwife class years as well as for nurses / midwives working in gynecology departments who might provide relevant information and support to women considering having the relevant surgery. Last but not least, my thesis could also be used as an educational material for the lay public in order to improve general awareness of the contraception methods available.

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce - a to v nezkrácené podobě - v úpravě vzniklé vypuštěním vyznačených částí archivovaných zdravotně sociální fakultou - elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

Datum: 4. 5. 2011

Lošková Lucie

Poděkování

Ráda bych tímto poděkovala svému vedoucímu práce MUDr. Miloši Velemínskému, Ph.D. za cenné rady, metodické vedení a odbornou pomoc při zpracování mé bakalářské práce. Zároveň děkuji zdravotním sestřám a porodním asistentkám na oddělení gynekologie v nemocnici České Budějovice, a.s. a nemocnici Tábor, a.s., za umožnění realizace výzkumné části.

Poslední poděkování patří mé rodině, za podporu a dodávání optimismu.

Obsah

Úvod	8
1. Současný stav	10
1.1 Sterilizace obecně	10
1.1.1 Sterilizace abdominální	13
1.1.1.1 Techniky laparotomické	13
1.1.1.2 Techniky laparoskopické	14
1.1.2 Sterilizace hysteroskopická	16
1.1.3 Sterilizace vaginální	18
1.1.4 Sterilizace po císařském řezu	19
1.2 Legislativa a zákonné podmínky	20
1.3 Indikace sterilizace	22
1.4 Ošetrovatelská péče o ženu před sterilizací	24
1.4.1 Ošetrovatelské diagnózy u ženy před sterilizací	26
1.5 Refertilizace	28
1.6 Ošetrovatelská péče o ženu po sterilizaci	29
1.6.1 Ošetrovatelské diagnózy u ženy po sterilizaci	30
1.7 Komplikace	32
1.8 Asistovaná reprodukce	33
1.9 Selhání výkonu	35
2. Cíl práce a hypotézy	37
2.1 Cíl práce	37
2.2 Hypotézy	37
3. Metodika	38
3.1 Metodika práce	38
3.2 Charakteristika zkoumaného souboru	38
4. Výsledky	40
4.1 Výsledky dotazování od zdravotních sester/porodních asistentek	40
4.2 Výsledky dotazování od žen v produktivním věku	50

5. Diskuze	57
6. Závěr	63
7. Seznam použitých zdrojů	65
8. Klíčová slova	68
9. Přílohy	69

Úvod

Ženská sterilizace je velmi účinná antikoncepční metoda, která poskytuje spolehlivou ochranu před otěhotněním. Je vhodná především pro ženy, které již neplánují další těhotenství. Na rozdíl od ostatních druhů antikoncepce má sterilizace díky svému trvalému účinku specifické postavení mezi kontracepčními metodami. Principem operačním metod je zneprůchodnění vejcovodů ženy. I přes to se po zákroku ve vaječnících stále tvoří pohlavní hormony a sexuální touha se nesnižuje. Chirurgické přerušení vejcovodů tedy nemá žádný vliv na činnost vaječníků, hormonální zásobení těla ani menstruační cyklus.

Je-li výkon prováděn lege artis (*tedy podle pravidel umění lékařského*) je velkou výhodou i minimální počet komplikací. Oproti ostatním metodám antikoncepce však sterilizace vyžaduje speciálně vyškolený tým a vhodné prostorové a materiálové vybavení.

Výkon lze provést transabdominálně (tzn. přes dutinu břišní), transvaginálně či transcervikálně (přes čípek děložní). V souvislosti s rozvojem operačním metod se ustupuje od sterilizace klasickým řezem přes dutinu břišní (laparotomicky) a výkon se začal provádět laparoskopicky (pomocí speciálního optického přístroje, laparoskopu).

V našich podmínkách nelze zákrok provést ženě pouze na její žádost, ale musí splňovat zákonem dané indikace k výkonu. V České republice podléhá sterilizace zákonu č.20/1966 Sb. o péči o zdraví lidu, ale vychází především ze směrnice č.1/1972 Ministerstva zdravotnictví o provádění sterilizace. Výkon se dnes provádí buď jako léčebný zákrok na nemocných pohlavních orgánech ženy nebo na zdravých orgánech a to ve vymezených případech (vztahujících se k věku ženy a počtu porozených dětí). Chirurgický zákrok musí vždy schválit sterilizační komise.

Stejně jako u ostatních chirurgických výkonů i zde je potřeba ženy před výkonem dostatečně poučit jak o výkonu samotném, tak i o možných komplikacích. Dále lékař musí zajistit informované souhlasy a samotný výkon naplánovat. Sterilizace se dnes provádí pouze plánovaně, někdy současně s jinou operací prováděnou v malé pánvi nebo po porodu (nejčastěji po třetím císařském řezu, viz zákonné indikace).

Ačkoliv sterilizace poskytuje účinnou ochranu před otěhotněním, není stoprocentní. Pokud žena po sterilizaci otěhotní, je zde zvýšené riziko mimoděložního těhotenství. Spolehlivost každé antikoncepční metody je dána tzv. těhotenským číslem neboli Pearlovým indexem. Je to číslo, které udává počet vzniklých těhotenství na 100 uživatelék za rok. To znamená, že čím je číslo menší, tím je metoda spolehlivější. Pearlův index u sterilizace je asi 0,02 až 0,5.

Stejně jako u ostatních chirurgických výkonů je i u sterilizace určité riziko komplikací. Můžeme je rozdělit na časně a pozdní. Časně komplikace mají souvislost s chirurgickým zákrokem a nejsou většinou vážného charakteru. Specifická rizika jsou při provádění výkonu laparoskopickou cestou (pomocí speciálního optického přístroje laparoskopu), kde může vzniknout např. krvácení při vstupu do dutiny břišní. Mezi pozdní komplikace můžeme zařadit dopad na psychiku žen spojenou s provedeným výkonem a možné pozdější žádosti o refertilizaci (opětovné zprůchodnění vejcovodů či žádosti o umělé oplodnění).

1. Současný stav

1.1 Sterilizace obecně

Ženská sterilizace je metoda, která brání otěhotnění, aniž by byly poškozeny pohlavní žlázy. Podstoupení zákroku je vhodné pro manželské páry, které si již nepřejí mít děti, pro páry, které již své populační poslání splnili. Již více jak 180 milionů párů na celém světě zvolilo tuto pohodlnou a efektivní metodu k vyřešení své plodnosti. Sterilizace je ireverzibilní antikoncepční metodou, kde hlavním cílem operace je přerušení vejcovodů. Při plánování této antikoncepční metody je třeba mít na mysli, že metoda ženu neochrání před sexuálně přenosnými chorobami (3, 12, 6, 28).

Sterilizace se může provádět u žen, u kterých jsou jiné antikoncepční hormonální prostředky a prostředky mechanické kontraindikovány. Výkon dále mohou podstoupit ženy, jejichž partner užívá takovou antikoncepční metodu, která je nespolehlivá a tudíž nemůže zajistit dostatečnou ochranu před početím. Ve většině případů jde o trvalý zákrok, kdy další eventuální těhotenství je možné jen po další chirurgické operaci nebo po zařazení ženy do programu umělého oplodnění (3, 11).

V České republice podléhá sterilizace zákonu č. 20/1966 Sb. o péči o zdraví lidu, ale především vychází ze směrnice Ministerstva zdravotnictví Československé republiky č. 01/1972 o provádění sterilizace. Podle naší legislativy nelze sterilizaci bezdůvodně (tedy bez indikace) provést. Žadatelka o zákrok musí splňovat zákonem dané zdravotní indikace nebo indikace vztažené k počtu dětí a věku ženy. Každou žádost o sterilizaci musí schválit sterilizační komise, které jsou zřízeny ve větších lůžkových zařízeních. V komisi zasedá vedoucí lékař nemocničního gynekologického oddělení, ošetřující lékař pacientky, ale také ředitel nemocnice (8).

U nás není tato metoda příliš rozšířená, sterilizovaných žen jsou necelá 3%. Oproti jiným státům, kde je sterilizována i 1/3 žen, jsme v tomto ohledu pozadu za světem. Například v USA nebo v Anglii je sterilizace antikoncepční metodou velmi oblíbenou. Podle literárních údajů podstupuje výkon asi 1 milion žen ročně. Přesto to neznamená, že by naše ženy neměly o sterilizaci zájem. Tento stav nepopularity je do značné míry

způsoben zastaralými předpisy, ale také můžeme příčinu hledat ve špatné informovanosti veřejnosti a v nedostatečné propagaci metody (31, 7).

Principem metody sterilizace je uzavření vejcovodů, čímž dojde k zabránění postupu spermií k vajíčku a naopak, k transportu vajíčka do dělohy. Tím dojde zcela k zamezení oplodnění (19).

Přístup k vejcovodům, lze dnes získat několika způsoby. Díky novým technologiím se nejčastěji používá přístup laparoskopický (pomocí speciálního optického přístroje, laparoskopu). Od laparotomické techniky, tzn. přímým řezem přes dutinu břišní, se ustupuje. Výjimkou může být například provádění výkonu současně při císařském řezu. Další možností je minilaparotomie, kdy se provádí malý řez nad stydkou sponou nebo přístup transcervikální (tzn. skrze hrdlo děložní). Dnes již zcela výjimečně lze výkon provést cestou vaginální.

K prerušení vejcovodů se velmi často používá elektrokoagulace a následný uzávěr vejcovodů mechnickými svorkami (Falope clip, Hulka-Clemens clip,...). Vejcovody mohou být podvázány a různým způsobem resekovány (Pomeroy, Madlener, Jerie, Irving,...) nebo jsou do vejcovodů aplikovány injekčně různé sklerotizující látky - viz Příloha č. 3 - Přehled operačních technik tubární sterilizace (30, 19).

Operace, která je vedena laparoskopickou cestou má nesporné přednosti a výhody. Jednou z nich může být krátká doba hospitalizace, malý řez v pupeční řase a poměrně krátká doba pracovní neschopnosti. V některých zemích, např. v Indii je laparoskopicky prováděná sterilizace pouze ambulantním výkonem, bez nutné hospitalizace ženy (11).

Prospěch sterilizace je podmíněn velkým snížením rizika nechtěného těhotenství, které může vést až k úmrtí ženy. Sterilizaci většinou neprovází vedlejší účinky jako u jiných druhů antikoncepce (30).

Stejně jako sterilizace u žen se mohou nechat sterilizovat i muži. Tento zákrok se nazývá vasektomie. Při zákroku dochází k přerušení nebo uzavření chámovodu svorkami. Vasektomie u muže je jednodušší, než sterilizace u ženy. Většinou se provádí pouze ambulantně a jeho celková délka (nenastanou-li žádné komplikace) je asi 20 minut.

Aby bylo možné chámovody přerušit, lékař (urolog) provede malý řez na šourku, kterým se chámovod odhalí. Potom se chámovod oddělí a část se odstříhne. Poté lze chámovod zašít, zatavit nebo podvázat. Množství spermatu se po zákroku téměř nemění. Vasektomií lékař pouze dosáhne přerušení přepravy spermií z varlat do močové trubice.

K pohlavnímu styku může dojít asi za týden po zákroku. Je však potřeba se ještě po několik týdnů chránit jiným antikoncepčním prostředkem, protože v prostatě a v semenném váčku se po zákroku mohou spermie hromadit, a tudíž nelze oplodnění vyloučit. Po šesti až osmi týdnech musí muž znovu na kontrolu k lékaři, který ze vzorku semene zjistí, zda se v tekutině ještě nacházejí spermie schopné oplodnění. Teprve potom co je vyloučena absence plodných spermií, je možné úplně vyloučit používaný druh ochranné antikoncepce (14).

Zákrok se provádí na žádost muže. Metoda je jednoduchá, většinou s minimálním množstvím komplikací. Odhaduje se, že této metody využívá cca 40 milionů mužů na světě (3, 12).

Ačkoliv je sterilizace jako antikoncepční metoda velmi účinná, není stoprocentní. Spolehlivost každé antikoncepční metody se udává tzv. Pearlovým indexem (těhotenským číslem). Číslo označuje počet vzniklých těhotenství na sto uživatelů za rok. Logicky tedy, čím je číslo menší, metoda je účinnější. Pearlov index u sterilizace je asi 0,02 až 0,5.

Pro srovnání spolehlivosti sterilizace jsou níže uvedena těhotenská čísla jiných antikoncepčních metod. Např. při zavedení nitroděložního tělíska je hodnota Pearlova indexu 0,1 – 1,0. U chráněného pohlavního styku s prezervativem je Pearlov index při správném používání asi 3 a u kombinované hormonální antikoncepce (hormonální tabletky) je při řádném užívání hodnota indexu 0,1 – 0,2 (1, 21).

1.1.1 Sterilizace abdominální

Jak již bylo zmíněno, abdominální sterilizace je výkon, kdy přístup k vejcovodům je získán pomocí řezu skrze dutinu břišní. Výkon můžeme provádět laparotomicky či laparoskopicky. *Laparotomické sterilizace* se dnes využívá především současně při jiných operacích v malé pánvi, kdy z jiného důvodu je dutina břišní již otevřena. V našich podmínkách jde nejčastěji o sterilizaci po ukončení těhotenství císařským řezem a samozřejmě po předchozím schválení výkonu. (viz. Kap. 1.1.4)

Kromě klasických laparotomických metod je nutné zmínit i tzv. minilaparotomii. Jedná se o malý řez (do 5 cm) pod pupkem. Výhodou kromě sníženého rizika vstupu infekce, je samozřejmě i menší jizva a tudíž výhoda kosmetická (12).

1.1.1.1 Techniky laparotomické

Jako první provedl a popsal klasický laparotomický přístup k vejcovodům v roce 1930 Ralph Pomeroye. Od té doby byla aplikována řada metod, které se používají dodnes (např. technika dle Madlenera, Irvinga, Uchidy a některé další). Všechny tyto metody jsou vesměs modifikacemi klasické metody dle Pomeroye (12).

Principem *Resekce vejcovodů podle Pomeroye* je nadzvednutí vejcovodů pomocí pinzety, na nichž udělá operátor kličku, dlouhou asi dva centimetry. Speciálním vstřebatelným materiálem se obě ramena kličky podvážou a zbytek se nůžkami odstříhne. Po vstřebání šicího materiálu se oba konce vejcovodu zatáhnou a leží asi jeden centimetr od sebe. Procentuální selhání metody je asi 0,4%.

Technika dle Madlenera je velmi podobná výše zmíněné metodě. Představuje jeden z nejjednodušších způsobů sterilizace. Principem metody je vytažení kličky vejcovou speciálními Peánovými kleštěmi. Následuje zhmoždění vejcovodu a jeho podvázání hedvábným stehem tak, že se vytvoří klička. Ta se podváže ještě jedním stehem z nevstřebatelného materiálu.

Technika dle Irvinga se snaží zamezit rekanalizaci vejcovodů dokonalým oddělením obou pahýlů. Vejcovod je v jeho určité části resekován (operativně přerušen) a vzniklé

konce se ošetřují stehem. Jedním stehem je zbytek vejcovodu přitažen k zadní děložní stěně.

Technika dle Uchidy se snaží dosáhnout stejného efektu jako technika podle Irvinga. Již oddělené konce pahýlů vejcovodů jsou fixovány v malé pánvi (12).

Poslední zmiňovaná *technika dle Jerieho* je často prováděná v souvislosti s císařským řezem. Vejcovod je resekován u rohů děložních a zbylé konce podvázány hedvábným stehem asi 1-1,5 cm od dělohy. Sterilizace dle Jerieho jedním stehem je bezpečnou a velmi důmyslnou operací.

Další způsob, jak lze provést sterilizaci je vynětí určité části vejcovodu. Nevýhodou této operace je, provádění výkonu v terénu, který je bohatě cévně zásoben, a tudíž hrozí větší krevní ztráty (11).

1.1.1.2 Techniky laparoskopické

Dnes se více používá *Laparoskopické sterilizace*, která stejně jako sterilizace klasickým chirurgickým přístupem má několik metod. Při laparoskopické sterilizaci se zásah provádí pomocí speciální břišní optické aparatury. Provede se malý řez v oblasti pupku a do dutiny břišní se kanylou přivede oxid uhličitý, který břicho nafoukne. Operatér má tedy lepší možnost přístupu k vejcovodům (14).

Sterilizaci nejčastěji řešíme tak, že se přeruší průsvit vejcovodů elektrickým proudem (koagulací) nebo se vejcovody podvážou. Procento selhání chirurgických sterilizací se pohybuje od 0 do 2 % dle Pearlva indexu (11).

Sterilizace pomocí koagulace, se může provést koagulací s přerušením nebo bez přerušení vejcovodů. *Koagulaci* můžeme rozdělit na monopolární (technika dle Palmera), bipolární (pomocí Kleppingerových bipolárních kleští) a endotermální (technika dle Semma). Nejběžnější používanou metodou ve zdravotnických zařízeních je technika bipolární koagulace. Díky postupujícímu technickému rozvoji se elektrochirurgický přístup stal nejrozšířenější metodou při přerušování vejcovodů. Dříve byly vejcovody koagulovány monopolárním vysokofrekvenčním proudem v rozsahu 2 až 5 cm (viz. Palmer, Steptoe).

Díky zvýšenému počtu komplikací, především popálenin střev a ostatních orgánů se od monopolární koagulace ustupuje a více se začalo používat bipolárních nástrojů a tato situace přispěla výrobě nechirurgických prostředků (svorky, klipy). Americká asociace gynekologické laparoskopie (AAGL- American Association of Gynecologic Laparoscopists) udává, že bipolární koagulace se využije v 60% případů, ve 28% využití tubárních kroužků, v 9% svorek a pouze ve 3% využití koagulace monopolární (12, 33).

Od počátku 70. let byla také zkoušena metoda koagulace vnitřního ústí vejcovodu pomocí hysteroskopu (optický přístroj pro vyšetřování dutiny děložní). Nevýhodou metody bylo vysoké procento selhání. Mimo to se zvýšil i počet mimoděložních těhotenství a ani procento jiných komplikací nebylo zanedbatelné. V 90. letech řada operátorů zkoušela koagulovat vejcovody s použitím laseru, nicméně i tyto snahy byly neúspěšné (5).

Již výše zmíněný způsob, kterým lze zabránit početí je *mechanický způsob sterilizace*, tzn. pomocí speciálních prstenců (technika dle Yoona) nebo okluzních tubárních svorek (Hulka-Clemens, Filshi). Různé typy tělísek nebo svorek se na vejcovody nebo do vejcovodů nakládají za účelem případné reverzibility funkce vejcovodů. Antikoncepční účinnost a fertilita je však snížena, v důsledku fibrotické přestavby tkáně a jejího okolí (33).

Často používané Hulkovy svorky jsou vyrobeny z plastu a poprvé byly použity v roce 1973. Filshie klipy jsou svorky titanové a jejich povrch je potažen silikonem. Nejčastější komplikací u obou metod je poranění vejcovodu a také špatná aplikace. Někdy je využíván i speciální gumový kroužek, který se používá asi od 70. let, jenž je speciálním aplikátorem připevněn do zevní část vejcovodu. Vytvoří se tak kolénko a dochází k zneprůchodnění vejcovodu. Předpokladem pro zákrok je snaha o minimální traumatizaci vejcovodů. Po zákroku není poškození stěny vejcovodu tak velké jako při elektrokoagulaci. Velkou výhodou této metody je, že v případě žádosti o refertilizační operaci a následujícím sejmutí svorek zůstává vysoké procento intrauterinních (tzn. fyziologické těhotenství v děloze) gravidit (12).

1.1.2 Sterilizace hysteroskopická

Sterilizace, dříve výlučně prováděná laparotomicky se stala katalyzátorem rozvoje operační laparoskopie. Přestože laparoskopické provedení výkonu je jednodušší, i přes možnost ambulantního provedení je to výkon invazivní, jenž vyžaduje porušení integrity kůže a většinou také celkovou anestezii. Díky rozvoji v medicíně a také zvyšujícím se požadavkům pacientek vznikla snaha směřující k rozvoji hysteroskopické transcervikální sterilizace, kde dochází k přerušení průchodnosti vejcovodů skrze hrdlo děložní.

Nejčastějšími metodami transcervikální sterilizace jsou vpravení chemického roztoku do vejcovodů, zavedení reverzibilních zátek (Ovabloc, P-block) a „STOP-device“ metoda.

Nejvíce údajů v literatuře se věnuje speciálnímu tělísku *Ovabloc*. Výkon se provádí pouze v místní anestezii pomocí operačního hysteroskopu. Do vejcovodu se zavede kónus setu *Ovabloc*, zkontroluje se jeho těsnost a dále se na set napojí speciální injekční zařízení, díky kterému se do vejcovodu pod tlakem vstříkne hustá dvousložková směs silikonu s katalyzátorem. Směs ve vejcovodu ztvdne a poté silikon vytvoří pružnou odlitkovou výplň celého vejcovodu. Velká výhoda této metody je její reverzibilita, neboť silikonovou zátku lze zrušit jejím vytažením. Pearlův index po rentgenové kontrole správného umístění zátky je 0,3%, avšak doporučuje se pravidelná rentgenová kontrola umístění zátky. Podobné vlastnosti má i metoda sterilizace s hydrogelovým materiálem *P-block*, který však není rentgenově kontrastní (5).

Díky novým vývojovým technologiím, které mimo jiné umožňují i bezpečnější postup při provádění výkonu, dochází k obnovení a vývoji „STOP-device“. Podstatou je zavedení speciální transcervikální spirály *Essure*, která je vyrobena ze slitiny oceli a platiny. Poprvé byla představena v Austrálii a to v dubnu, roku 2000. Po zavedení do vejcovodu se spirála rozvine a zakotví, takže nemůže dojít ke spontánnímu vypuzení vajíčka do vejcovodu. Vnitřek spirály je vyplněn speciální látkou zvanou *dacan*, které se používá také například na uzavření vrozených srdečních defektů. Částečnou nevýhodou může být to, že plný antikoncepční účinek metody nastupuje až po 3 měsících od

zavedení. Pokud se oboustranné zavedení spirály podaří, následuje další krok, kdy se stanoví antikoncepční spolehlivost potvrzením uzavření vejcovodů. Toto potvrzení se provádí až po 3 měsících, kdy žena užívá jinou spolehlivou formu antikoncepce. Přestože je možné umístění spirály Essure zkontrolovat pomocí rentgenového nebo ultrazvukového vyšetření, doporučuje se speciální vyšetření s použitím kontrastní látky. U většiny pacientek (asi 97%) byla snášenlivost procedury zcela bezproblémová. Pouze malé množství žen si stěžovalo na přechodné krvácení a bolesti v podbřišku. Všeobecným problémem hysteroskopické sterilizace je nemožnost zavést tělísko do ústí vejcovodu správně. Tento fakt značně znevýhodňuje tuto metodu při volbě pacientek, přestože laparoskopická tubární sterilizace je prováděna s úspěšností nad 99%. Nicméně zájem o tuto proceduru je velký, už z důvodu možnosti ambulantního provedení, bez nutnosti řezu a s ním spojené anestezie, při použití malého hysteroskopu.

Metody transcervikální sterilizace jsou stále ve fázi výzkumu. Lze předpokládat, že tyto techniky budou nadále zkoumány a rozvíjeny, a tudíž mají před sebou velmi slibnou budoucnost. Ženy o tento způsob sterilizace stojí zejména z důvodu možnosti ambulantního provedení, velmi krátké doby hospitalizace a provádění výkonu bez nutnosti celkové anestezie. Široké využití je i z důvodů, nejvyšší spolehlivosti formy ženské antikoncepce (5, 2).

Indikace pro hysteroskopicky prováděnou sterilizaci vejcovodů se nijak výrazně neliší od ostatních indikací pro jakoukoliv jinou sterilizaci. Opět musí být pacientka smířena s tím, že jde o reverzibilní způsob kontracepce, proto by měla být důsledně poučena. Údaje ze studie CREST ukázaly, že 13% žen, které podstoupily sterilizaci, později tohoto rozhodnutí lituje. Právě proto je ve většině případů určitý časový rozestup od naplánování a samotného provedení výkonu.

Největší výhodou této relativně nové metody je nepotřebnost incizí (řezů), což by teoreticky mělo znamenat nižší riziko případných komplikací a jiných problémů, zejména anesteziologických. Dalšími problémy může být krvácení, infekce či poranění zažívacího nebo močového traktu.

I když se může zdát, že hysteroskopická sterilizace má hned několik výhod, existují samozřejmě i okolnosti, kdy by výkon neměl být proveden. Ženy, které mají

jakékoliv pochybnosti o permanentní sterilizaci nebo při podezření na rané těhotenství by neměly výkon podstupovat. Mezi další kontraindikace patří nedávno proběhlý pánevní zánět, předchozí mimoděložní těhotenství (ve vejcovodu) i plastiky vejcovodů (13).

1.1.3 Sterilizace vaginální

Sterilizace cestou vaginální se dnes používá velmi vzácně. Zadní kolpotomie či kuldoskopie byly vytlačeny moderními laparoskopickými metodami. Přístup k vejcovodům je v tomto případě získán za pomoci malého řezu v pochvě, a tudíž nezanechává žádnou viditelnou jizvu (12).

Ačkoliv sterilizace cestou laparoskopickou je nejčastější, existují i důvody, proč může být sterilizace cestou vaginální prospěšná. Typickým příkladem mohou být extrémně obézní ženy, kde je často obtížná manipulace s nástroji používanými pro laparoskopii. Vzhledem k této obtížnosti nesmíme opomenout také zvýšené riziko poranění nitrobřišních orgánů nebo krevních cév. Další indikací může být, má-li žena pupeční kýlu či jiný defekt v oblasti pupku, kdy při laparoskopickém přístupu hrozí poškození tenkého střeva. Kontraindikací pro provedení zákroku jsou ženy s endometriózou (výskyt děložní sliznice mimo dutinu děložní), s pánevní infekcí či ženy, které již v minulosti podstoupily více chirurgických zákroků v malé pánvi, kde hrozí nemožnost vejcovody najít.

Výkon se provádí v celkové anestezii, kdy lékař řez provede těsně pod čípkem děložním. Nejčastěji se vejcovody podvazují nebo se určitá jejich část odstraní. Přibližná doba operace (nenastanou-li žádné komplikace) je asi 30 až 45 minut (26). Velkou nevýhodou a tudíž i faktorem, směřujícím k minimalizaci této metody je zvýšené riziko výskytu infekce a pánevních abscesů (destruktivní ohraničené hromadění hnisu, které vyplývá z infekce). Dalším faktorem je i vysoké procento selhání metody, které se uvádí asi 0,14%. Navíc, pokud by k těhotenství došlo, je zde zvýšené riziko těhotenství mimoděložního (nejčastěji ve vejcovodu). Vzhledem k omezenému prostoru

pro růst těhotenství, může dojít k nevratnému poškození vejcovodu, či jeho prasknutí s následujícím krvácením do dutiny břišní (27).

V lékařské literatuře je také kromě negativ popsána i řada potencionálních výhod při podvazu vejcovodů vaginální cestou. Mezi ně patří snížení rizika karcinomu vaječníků nebo pokles pánevního zánětlivého onemocnění (26).

1.1.4 Sterilizace po císařském řezu

Sterilizaci je možné provést také po ukončení těhotenství císařským řezem. Hlavní indikací je iterativní, tedy opakovaný císařský řez. V našich podmínkách jde o přerušení vejcovodů po třetím opakujícím se císařském řezu. S každou iterací se výrazně zvyšuje u ženy riziko komplikací. Jde zejména o případné riziko ruptury dělohy, která může mít velmi vážné následky (4).

Opakované řezy se staly velmi častými, tvoří cca 12-19% všech řezů. Při indikacích vždy zvažujeme, zda trvá hlavní příčina, pro kterou bylo předchozí těhotenství také ukončeno pomocí této metody. Mezi hlavní indikace patří nepoměr pánve ženy a hlavičky plodu, neurologické indikace, u polohy plodu koncem pánevním, u vícečetného těhotenství, u nadměrně velkého plodu, předcházely-li již dva císařské řezy a jiné. K plánované sterilizaci je ze zákona sterilizační komisí požadován informovaný souhlas, na základě kterého je žádost schválena. Ženy jsou o této možnosti informované již po druhém císařském řezu, kdy by v případě dalšího těhotenství následovala sterilizace. Pokud žena výkon odmítne, musí být lékařem poučena o případných následcích a její odmítnutí dáme rovněž písemně svědecky potvrdit. Nejčastěji se využívá sterilizace pomocí jednoduché techniky dle Jeriho nebo Madlenera (4, 22).

V případě, že by došlo k situaci, kdy žena lékaři podepíše souhlas před třetím císařským řezem pouze do chorobopisu a lékař sterilizaci provede, porušil tak právní normy (žádost musí být schválena sterilizační komisí) a při případné žádosti nebo dokonce žalobě bude ve velmi obtížné situaci. Informovaný souhlas musí poskytnout

sama žena, nelze ho nahradit např. pouze souhlasem manžela. Pokud by žena byla ve stavu, kdy by nemohla informovaný souhlas poskytnout (např. bezvědomí při velké krevní ztrátě), rozhoduje lékař podle svého přesvědčení a to v nejlepším zájmu ženy. V souvislosti s informovaným souhlasem může dojít i k situaci, při které je nutné provést rozsáhlejší výkon, než s jakým pacientka souhlasila. Může jít například o odstranění dělohy při její hrozící ruptuře. Nastane-li taková situace je po operaci nutné pacientku neprodleně informovat jaký výkon a především z jakého důvodu byl proveden (22).

1.2 Legislativa a zákonné podmínky

Právním základem pro provádění sterilizace krom již zmiňovaného zákona č. 20/1966 Sb., a směrnice Ministerstva zdravotnictví o provádění sterilizace jsou dále Listina základních práv a svobod (článek 7 a 8), Úmluva o ochraně lidských práv a základních svobod, Mezinárodní pakt o občanských a občanských právech a Mezinárodní pakt o hospodářských, sociálních a kulturních právech.

Podmínky k provedení sterilizace tedy určuje Ministerstvo zdravotnictví a to směrnici č. 1/1972 o provádění sterilizace, jež je uvedena ve Věstníku Ministerstva zdravotnictví (10).

Výše zmiňovaná směrnice vyžaduje od osoby, u níž má být sterilizace provedena řádný informovaný souhlas (podle článku 5 Úmluvy o lidských právech a biomedicíně), ale také řádné poučení (podle § 23 zákona č. 20/1966 Sb. o péči o zdraví lidu). Kromě již zmíněného informovaného souhlasu (tzv. pozitivní revers), směrnice vyžaduje také prohlášení, že pacientce bylo poskytnuto dostatečné poučení, včetně informace o tom, do jaké míry je zákrok reverzibilní, či spíše že je ireverzibilní (15).

Z ustanovení vyplývá, že jde-li o takovýto zákrok, tak poučení dává pacientce vždy lékař, nikoli například zdravotní sestra či klinický psycholog. Lékař musí pacientku poučit takovým způsobem a přístupem, který ženu nevede do stavu deprese a beznaděje. V této fázi, už bychom měli pacientku znát a mít určitou představu o jakého

člověka se jedná. Lékař musí zajistit, aby způsoby a jazyk byly přiměřené s informací byly sděleny tak, aby je pacientka pochopila. Velmi častá chyba je vysvětlování pomocí medicínského žargonu, kterému pacientka nerozumí. Teprve po řádném poučení podepisuje pacientka informovaný souhlas (viz. Příloha č. 4). Tento dokument je velmi důležitý a je základním kamenem pro to, aby mohl být lékařský výkon proveden. V případě, že by z nějakého důvodu došlo k porušení tohoto ustanovení, mohlo by to být později podle okolností být posouzeno jako trestný čin omezování osobní svobody, popřípadě jako zásah do práva na ochranu osobnosti (16, 29).

Na informovaný souhlas je kladen velký nárok. Bohužel, může nastat i situace, kdy informovaný souhlas je nedostatečným. I když žena přes poučení a podepsání reversu výkon schválila, tak někdy i pro svoji nízkou mentální úroveň nepochopila, že zákrok je ireverzibilní. Proto musí být jasně prokazatelné, že lékař s pacientkou komunikoval, poskytl jí možnost klást otázky a ty případně zodpověděl, způsobem pro pacientku zcela srozumitelným, přiměřeným jejímu věku a stupni rozumové vyspělosti (15).

Sterilizaci tedy můžeme provádět buď na vlastní žádost ženy, a to pouze v případě, že splňuje zákonem dané podmínky nebo lze sterilizaci provést z důvodu vážného zdravotního stavu ženy. Díky zastaralé vyhlášce je Česká republika zemí, kde procedura schvalování žádostí je velmi složitá a podmínky pro její provedení omezující.

Podle vyhlášky o provádění sterilizace na žádost je možné výkon povolit pouze ze závažných zdravotních důvodů. Tedy má-li žena takové zdravotní problémy, kdy by případné těhotenství vážně ohrozilo zdravotní stav ženy nebo plodu. Výjimkou je dobrovolná sterilizace u ženy, která má více jak čtyři žijící děti. Je-li ženě více jak 35 let, stačí tři žijící děti. Další možností je provedení výkonu po opakujícím se císařském řezu, je-li indikován z příčin, kdy s největší pravděpodobností se i další těhotenství bude ukončovat touto operativní metodou. V našich podmínkách jde nejčastěji o sterilizaci po třetím po sobě provedeném císařském řezu. Dále lze výkon provést i při opakovaných komplikacích týkajících se těhotenství, porodu i šestinedělí (např. placenta praevia – vcestné lůžko) (30).

Svá specifika má také sterilizace prováděna z důvodu duševní nemoci nebo u nezletilých osob. Jde li o osobu zbavenou právní způsobilosti nebo omezené ve

způsobilosti k právním úkonům, či osobu nezletilou podává za ni žádost její opatrovník (většinou zákonný zástupce), který také podepisuje informovaný souhlas (16).

Ve zlepšení stavu sterilizace můžeme doufat v budoucnu, kdy v nově připravovaném zákonu o zdravotní péči se předpokládá, že tato závažná problematika již nebude řešena jen pouhým podzákonným předpisem, ale přímo zákonem, který by měl být podrobnější a přesnější, než je tomu doposud (15).

V rámci budoucí právní úpravy bude krom jiného poskytnuta zvýšená ochrana osobám nezletilým a zbaveným způsobilosti k právním úkonům, kdy vedle dalších podmínek pro provedení bude potřeba také souhlas soudu. Prováděcím předpisem by měla být posouzena kritéria pro posouzení zdravotních důvodů ke sterilizaci a náležitosti jako je žádost o sterilizaci z jiných než zdravotních důvodů (10).

1.3 Indikace sterilizace

Pro zjednodušení si můžeme indikace pro provádění výkonu rozdělit do několika skupin. První skupinou jsou indikace *všeobecné zdravotní* a to takové indikace, které jsou obsažené ve vyhlášce z roku 1972. Další indikace *porodnické*, kdy jde většinou o sterilizaci po opakovaném porodu císařským řezem (viz. Legislativa a zákonné podmínky). U *genetických* indikací hrozí vysoké riziko poškození plodu závažným dědičným onemocněním. A na závěr nesmíme opomenout indikace *klasické kontracepční*, jež jsou také dané vyhláškou z roku 1972 (12).

Indikace všeobecně zdravotní můžeme rozdělit na operace, které se provádí na zdravých a na nemocných pohlavních orgánech ženy. Na nemocných orgánech, lze podle zákona č. 20/1966 Sb. provést pouze za léčebným cílem podle pravidel vědy. Sterilizace na zdravých orgánech ženy se provádí v případech, kdy z vážných zdravotních důvodů není ženě těhotenství doporučováno. Podle § 4 vyhlášky o provádění sterilizace „nelze sterilizaci povolit, jsou-li proti jejímu provedení zdravotní důvody (kontraindikace). Kontraindikacemi jsou všechny chorobné stavy, které nepřipouštějí chirurgický zákrok“. Z tohoto důvodu se před každou operací dělá interní

vyšetření specialistou. Indikace k provedení zákroku stanovuje vyhláška o provádění sterilizace. Patří sem nemoci srdce a cévního systému, nemoci plic (tuberkulózní stavy, stavy po částečném odstranění plic či plastiky hrudního koše), nemoci ledvin a močových cest (vleklé záněty ledvin, nedostatečnost ledvin, anomálie na vylučovacím systému). Další indikací mohou být nemoci trávicího ústrojí u žen, kam patří například ulcerózní kolitida, vracející se vředová choroba nebo tuberkulóza střev či pobřišnice. Sterilizace může podstoupit také žena trpící vážnou formou diabetu mellitus („cukrovky“), nemocemi krve (leukemie, hemofilie), těžkými poruchami žláz s vnitřní sekrecí (např. sníženou funkcí štítné žlázy, které nelze kompenzovat pomocí léků), nemocemi nervové soustavy a duševními (epilepsie s častými záchvaty, závažné sexuální deviace či roztroušená mozkomíšni skleróza); nemocemi kůže, kostí, kloubů a svalstva (zhoubné kožní nádory, těžké celkové dermatózy s vážnou prognózou, brániční kýly či těžké vrozené špatné kloubní postavení kyčlí). Jako poslední nesmíme opomenout závažné nemoci oční a sluchové (slepota, zelený zákal, hluchota) (36).

Při všech těchto výše zmíněných indikacích musí výkon schválit sterilizační komise. Směrnice v ustanovení § 10 stanoví, že po každém projednání, zda výkon naplánovat či nikoliv, pořídí předseda komise protokol, který obsahuje posudek členů komise a záznam o průběhu jednání podepsaný všemi členy komise. V tom případě, že je rozhodnuto kladně, je žadatelka dále odeslána na příslušné ženské popřípadě chirurgické oddělení. Předsedou komise se stává vedoucí lékař tohoto oddělení. Na oddělení žadatelka přichází s opisem protokolu (originál zůstává u předsedy komise), který se stane součástí pozdějšího chorobopisu (10).

Sterilizace z důvodů genetických upravuje § 2 vyhlášky z roku 1973. Sterilizaci může lékař ženě nabídnout v případě, že by možné těhotenství vážně ohrozilo zdravotní stav ženy nebo tělesné či duševní zdraví čekajícího dítěte (dětí). Další možností je trpí-li manžel ženy takovou chorobou, která by u něj mohla být důvodem pro provedení sterilizace, ale muž výkon odmítá a dále na zdravých pohlavních orgánech ženy, jestliže žena splňuje trvalé podmínky pro umělé přerušování těhotenství ze zdravotních důvodů. V těchto výše uvedených indikacích pro provedení výkonu není nutné schválení sterilizační komise, ale stačí pouze vedoucí lékař oddělení, kde se žena léčí (37).

1.4 Ošetrovatelská péče o ženu před sterilizací

Sterilizaci můžeme provádět buď postpartálně (tzn. po porodu) nebo intervalově. Velmi výhodné je, provádět sterilizaci ve folikulární fázi menstruačního cyklu. Sterilizace prováděná postpartálně se provádí buď současně při císařském řezu, nebo až po šestinedělí. Intervalová sterilizace, tzn. prováděná v jiném než poporodním období, se provádí především za pomoci laparoskopie, minilaparotomie nebo transcervikálně (2, 12).

Ošetrovatelská péče před výkonem souvisí především s přípravou pacientky k operaci. Důležité je rozhodnutí, zda operace bude provedena pomocí klasického laparotomického přístupu, či zda se výkon povede laparoskopicky. Výkon, který se bude provádět laparoskopicky má svá určitá specifika. Jednoznačná kritéria pro indikaci k laparoskopické operaci, nelze stanovit. Rozhodnutí závisí na stavu pacienta, na komplikujících onemocněních, jejich stupni a kompenzaci léčbou. Důležitým kritériím je i předpokládaná délka a složitost operace (20, 8).

Předoperační příprava a vyšetření jsou zaměřeny na rizikové faktory. Tyto faktory je důležité ještě před operací odhalit, protože mohou zabránit zbytečným pooperačním komplikacím. Předoperační vyšetření by mělo zahrnovat podrobnou anamnézu a fyzikální vyšetření. Při rozhodování, zda pacientku poslat na specifická předoperační vyšetření je třeba vzít v úvahu tyto faktory: věk, kondice ženy, přítomné choroby, obezita nebo užívané léky (35).

Předoperační přípravu lze obecně rozdělit na psychickou a somatickou. *Psychická příprava*, tedy příprava pacientčiny „duše“ by se neměla podceňovat. Lékař musí pacientce vysvětlit možný průběh operace, pooperační období, případné komplikace, i možnost jak jim předcházet. Pacientce by měla mít dostatečný prostor na případné dotazy. Tato část je důležitou součástí informovaného souhlasu s operačním výkonem, který stvrdí svým podpisem lékař, pacientka a v případě nezletilé osoby zákonný zástupce. *Somatická přípravu* lze ještě rozdělit na obecnou a speciální. Obecná příprava spočívá v kontrole laboratorních výsledků „obligatorních vyšetření“.

Obvykle se pacientka přijímá na oddělení gynekologie den před operačním výkonem. Sestra odebere pacientce krev a moč následně odešle do laboratoře, kde zkontrolují výsledky vyšetření: krevního obrazu, krevní skupiny a Rh-faktoru, ionty, krevní srážlivosti a výsledky vyšetření moči. Sestra natočí u pacientky (nebo pacientka přichází s výsledky vyšetření již do nemocnice) EKG, u pacientek s kardiovaskulárními chorobami zátěžové EKG. Rentgen srdce a plic vyžaduje anesteziolog pouze v indikovaných případech. Zhodnocení celkového stavu pacientky tedy provádí internista a anesteziolog, který naordinuje i speciální předoperační medikaci. Před operací u rizikové či starší ženy, se doporučuje vyšetřit mimo jiné také dechové funkce. V takových případech se žena přijímá dříve a termín operace se stanoví poté, co jsou všechna vyšetření kompletní. Speciální příprava spočívá v úpravě stravy před operací, ve vyprázdnění střev a přípravě operačního pole. V předoperační den dostane pacientka v poledne lehký oběd, večer již jen tekutiny. Někdy lékař naordinuje očistné klyzma. V podvečer je pacientka sestrou oholena. Na noc anesteziolog naordinuje hypnotika, která vyvolají spánek či usnadní usínání. Od půlnoci pacientka nic nejí ani nepije. Na oddělení je velmi často zavedena permanentní cévka, která se většinou ponechává po 24 hodin po operaci. V den operace asi 30 minut před úvodem do anestezie sestra zkontroluje identifikační údaje pacientky (tedy jméno, příjmení, rodné číslo a identifikační náramek) a až poté dostane pacientka na oddělení premedikaci. Nejčastěji jde o léky se sedativně hypnotickou složkou, které způsobí uklidnění pacientky, uvolnění, zmenšení strachu a spavost. Pokud se jedná o krátkodobé, tzv. malé operační výkony, je možné ženy přijímat na oddělení v den operace, nalačno, kdy si přichází již se základním interním vyšetřením (21, 8).

1.4.1 Ošetrovatelské diagnózy u ženy před sterilizací

Ošetrovatelská Dg.: 00146

Strach v souvislosti s předcházející operací, projevující se průjemem, únavou a zvýšeným krevním tlakem.

Cíl: Pacientka má snížený pocit strachu do 24 hodin.

Kritéria: Pacientka nemá průjem do 12 hodin.

Pacientka není unavená do 24 hodin.

Pacientka nemá zvýšený krevní tlak do 24 hodin.

Intervence: Podej pacientce dostatek informací o nastávající operaci do 1 hod.

Doporuč pacientce vhodnou stravu do 2 hodin.

Zaměstnej pacientku vhodnou aktivitou do 3 hodin.

Komunikuj s pacientkou o jejích starostech po celou dobu hospitalizace.

Zajisti pacientce přítomnost rodiny po celou dobu hospitalizace.

Podej medikaci dle ordinace lékaře po celou dobu hospitalizace.

Zhodnocení: Po aplikaci intervencí má pacientka snížený pocit strachu do 24 hod. (18).

Ošetrovatelská Dg.: 00126

Nedostatečné znalosti v souvislosti s předcházející operací projevující se častými dotazy, neklidem a nespolupráci.

Cíl: Pacientka má dostatečné znalosti do 12 hodin.

Kritéria: Pacientka nemá časté dotazy do 12 hodin.

Pacientka není neklidná do 6 hodin.

Pacientka spolupracuje do 3 hodin.

Intervence: Podej pacientce dostatečné informace o průběhu operace do 2 hodin.

Podej pacientce dostatečné informace o pooperačním režimu do 3 hodin.

Zaměstnej pacientku vhodnou aktivitou do 3 hodin.

Poskytni pacientce prostor na případné dotazy po celou dobu hospitalizace.

Komunikuj s pacientkou o jejích starostech po celou dobu hospitalizace.

Podej medikaci dle ordinace lékaře po celou dobu hospitalizace.

Zhodnocení: Po aplikaci intervencí má pacientka dostatečné znalosti do 12 hodin (18).

Ošetrovatelská Dg.: 00198

Narušený vzorec spánku v souvislosti s předcházející operací, projevující se nervozitou, podrážděností a úzkostí.

Cíl: Pacientka nemá nerušený vzorec spánku do 24 hodin.

Kritéria: Pacientka má snížený pocit nervozity do 24 hodin.

Pacientka není podrážděná do 12 hodin.

Pacientka není úzkostná do 12 hodin.

Intervence: Podej pacientce informace o nastávající operaci do 1 hod.

Informuj pacientku o nutnosti odpočinku do 2 hodin.

Podej pacientce dostatečné informace o pooperačním režimu do 3 hodin.

Podej pacientce medikaci dle ordinace lékaře po celou dobu hospitalizace.

Poskytni pacientce prostor na případné dotazy po celou dobu hospitalizace.

Poskytni pacientce kontakt s rodinou po celou dobu hospitalizace.

Zhodnocení: Po aplikaci intervencí nemá pacientka narušený vzorec spánku do 24 hodin (18).

1.5. Refertilizace

Přestože je každá žena, která chce podstoupit výkon sterilizace před výkonem řádně poučena a informována, že výkon je ireverzibilní, je i určité procento žen, které můžou výkonu později litovat. Podle údajů ze studie CREST vychází, že těchto žen je téměř 13%. Procento žen se liší v závislosti na věku pacientek. Může se stát, zvláště u mladších žen, že se ocitnou v jiné životní situaci a budou si ještě další děti přát. Proto by takovéto rozhodnutí neměly činit pod tlakem nebo pod vlivem okamžité situace. Doporučuje se, že by s výkonem měl souhlasit jak partner, tak partnerka. Není vhodné provádět zákrok pouze na přání jednoho z nich. Důležité je také zvážit, jak bude vypadat život po výkonu. Případná změna životních okolností může přání mít znovu děti oživit, což je po zákroku možné pouze složitou a nejistou operací nebo umělým oplodněním ze zkumavky (viz. kap. 1.8). Nejlepším řešením je komunikovat před výkonem s pacientkou, jejím partnerem, případně i s psychologem a důkladně zvážit všechna pro a proti. I po tom co je případné rozhodnutí pro provedení výkonu konečné se doporučuje mezi naplánováním a samotným provedením zákroku vyčkat ještě nějaký čas a neprovádět žádná unáhlená rozhodnutí (14, 24).

Nespokojenost žen se sterilizací je dána i jinými faktory krom věku ženy. Mohou to být partnerské konflikty, nedostatek informací o postupu a jeho důsledcích, vnější tlak na ženu nebo také nízká soudržnost rodiny. Velkým problémem může být i případná změna manžela a přání mít společné dítě, či tragická událost jako je smrt jednoho či více dětí. Bohužel takovéto situace a změny nelze předvídat a jediným východiskem je poté refertilizační operace (20).

Refertilizační operace představují řadu postupů, které umožňují následné obnovení plodnosti. Nejčastěji prováděná je operace typu „end-to-end“ tubární anastomózy, což znamená opětovné napojení přerušovaných vejcovodů nebo další možností je umělé přerušování ze zkumavky. Výkony typu „end-to-end“ anastomózy se provádějí laparoskopicky se 70-80% úspěšností. Dřívější předpoklady obnovení plodnosti u okluzivních kroužků a svorek se nepotvrdily, z důvodu traumatizace a následného poškození tkáně (12, 14).

1.6 Ošetrovatelská péče o ženu po sterilizaci

Ošetrovatelská pooperační péče začíná již na operačním sále a pokračuje přivezením pacientky na zotavovací pokoj standardního oddělení. Správná pooperační péče má úzkou souvislost s případnými pooperačními komplikacemi.

Po přivezení pacientky z operačního sálu sestra vždy monitoruje životní funkce pacientky. Rutinně a povinně je monitorována křivka EKG, saturace krve kyslíkem (SpO₂), tepová a dechová frekvence, neinvazivní krevní tlak, ventilační parametry (inspirační tlak, dechová frekvence), někdy nitrobřišní tlak. Důležité je krytí operační rány (většinou se provádí již na operačním sále), žilních vstupů a kontrola krevních ztrát. U pacientek s určitými specifickými indikacemi přichází v úvahu i monitorace tělesné teploty, krevních plynů nebo hladiny cukru v krvi.

Při operacích s laparoskopickým přístupem, vzhledem k dlouhotrvajícím účinkům naplnění peritoneální dutiny oxidem uhličitým je velmi důležitá v časném pooperačním období monitorace pacientky na zotavovacím pokoji. Sestra vede ženu k aktivním dechovým pohybům a k pohybům dolních končetin. Dodržuje se prevence tromboembolické nemoci, která spočívá v časně mobilizaci pacientky a v péči podáváním nízkomolekulárních derivátů Heparinu (Fraxiparin, Clexane). Kožní laparotomické stehy se odstraňují 5. - 9. den. Pacientku po laparoskopické operaci je možné propustit dříve, většinou za 24 hodin, pokud je přítomna peristaltika, normální močení a nejsou znatelné žádné známky komplikací. Stehy z obvyklých tří vpichů se odstraňují do týdne ambulantně (8, 14, 21).

Velmi důležitá je také péče o vyprazdňování pacientky, protože i zde hrozí poruchy střevní pasáže, které mohou vyústit až ve střevní neprůchodnost (ileus). Neomylným diagnostickým příznakem hrozícího ileu je auskultační ticho v dutině břišní nebo zvýšená a bolestivá peristaltika (12).

1.6.1 Ošetrovateľské diagnózy u ženy po sterilizácii

Ošetrovateľská Dg.: 00004

Riziko infekcie v súvislosti s porušenou kožnou integritou.

Cíl: U pacientky nevznikne infekcia po celú dobu hospitalizácie.

Intervence: Podoj pacientke informácie o hygienickom režime do 12 hodín.

Podoj pacientke informácie v péči o operačnú ranu do 12 hodín.

Podoj pacientke dostatok informácií o pooperačnom režime do 24 hodín.

Pri prevaze operačnej rany postupuj aseptivne po celú dobu hospitalizácie.

Zhodnocení: Po aplikácii intervencií nevznikne u pacientky infekcia po celú dobu hospitalizácie (18).

Ošetrovateľská Dg.: 00089

Zhoršená telesná pohyblivosť v súvislosti s prodelaným operačným výkonom, prejavujúci sa nespokojnosťou, ztuhlosťou kĺbov a ztuhlosťou svalov.

Cíl: Pacientka nemá zhoršenú telesnú pohyblivosť do 24 hodín.

Kritéria: Pacientka nemá ztuhlé kĺby do 24 hodín.

Pacientka nemá ztuhlé svaly do 24 hodín.

Pacientka není nespokojená do 12 hodín.

Intervence: Podoj pacientke informáciu o možných úlevových polohách do 1 hodiny.

Informuj pacientku o možných rehabilitačných technikách na lôžku do 3 hodín.

Podoj pacientke informáciu o klidovom pooperačnom režime do 3 hodín.

Zajisti pacientke konzultáciu s fyzioterapeutom do 24 hodín.

Podoj pacientke medikáciu dle ordinácie lekára po celú dobu hospitalizácie.

Zhodnocení: Po aplikácii intervencií nemá pacientka zhoršenú pohyblivosť do 24 hodín (18).

Ošetrovatelská Dg.: 00015

Riziko zácpy v souvislosti s nedostatečnou fyzickou aktivitou.

Cíl: U pacientky nevznikne zácpa po celou dobu hospitalizace.

Intervence: Podej pacientce informaci o pooperačním režimu do 2 hodin.

Zaměstnej pacientku vhodnou aktivitou do 2 hodin.

Informuj pacientku o pitném režimu do 3 hodin.

Zajisti u pacientky konzultaci s fyzioterapeutem do 24 hodin.

Zajisti pacientce vhodnou stravu po celou dobu hospitalizace.

Zhodnocení: Po aplikaci intervencí nevznikla u pacientky riziko zácpy po celou dobu hospitalizace (18).

1.7 Komplikace

Protože se jedná o operativní zákrok v dutině břišní, může někdy u ženy dojít ke komplikacím. Komplikace jsou v úzkém spojení s dodržováním pravidel pooperační péče (viz. kap.1.6) (8).

Operace prováděné laparoskopicky přináší spolu s prospěchem pro pacientku také možnost různých klinických problémů a komplikací. Mezi komplikace při laparoskopii patří poranění nitrobřišních orgánů. Nejzávažnějším komplikací je cévní poranění, které velmi často nastává v souvislosti se způsobem vstupu do dutiny břišní. Další, gastrointestinální komplikace se mohou objevit jako následek použití insuflační jehly, kterou se do dutiny břišní přivádí oxid uhličitý a rovněž ve spojení s minilaparotomickým řezem v oblasti pupku. Velkým problémem je i poranění okolních orgánů, nejčastěji močového měchýře nebo střev (3).

Pooperačním komplikacím lze předcházet celým komplexem opatření. Důležitá je příprava pacientky k operaci, zvolení vhodné premedikace, šetrné narkózy a dodržení zásad fyziologického operování. Další komplikací může být hemoragický šokový stav, při větších krevních ztrátách. Krevní ztráty se začínají hradit při ztrátě objemu přesahujících 15 - 20 %, tj. cca 750 ml a více. Vnitřní pooperační krvácení se může projevit do 48 hodin po operaci a to zrychlenou srdeční frekvencí, nízkým pulsem a přítomností krve v peritoneální dutině. Menší krvácení, např. z malé cévy, bude pacientku postupně anemizovat (nedostatek červených krvinek nebo hemoglobinu v krvi), většinou se objeví později.

Nejzávažnějšími komplikacemi jsou komplikace tromboembolické. Nejzávažnější je embolie. Pokud jde o masivní embolii, dochází velmi rychle ke smrti se zástavou srdce a dechové funkce. Méně závažná je trombóza povrchových žil. I zde jsou důležitá důkladná preventivní opatření (Fraxiparin, bandáže dolních končetin, včasné vstávání z lůžka).

Další komplikace, které mohou vzniknout, jsou komplikace hysteroskopické. Přestože je hysteroskopie považována za velmi bezpečnou operační metodu, komplikace se přesto mohou vyskytnout. Z klinického hlediska lze komplikace pro

zjednodušení rozdělit na potencionálně fatální a ostatní. Mezi komplikace potencionálně fatální patří Fluid overload syndrom (FOS), septický či anafylaktický šok, vzduchová embolie a další.

FOS, tedy přetížení oběhu tekutinou (český termín se nepoužívá) lze definovat jako stav, kdy v organismu dojde k náhlému zvětšení objemu roztokem elektrolytů. Následek je intoxikace organismu vodou a tudíž náhlé zvětšení práce srdce. Tento stav může vést až k otoku plic a mozku. Hlavní prevencí FOS je nezvyšovat zbytečně tlak, pod kterým se distenzní médium aplikuje do dutiny břišní. *Septický šok* dnes vzniká poměrně vzácně, ale může skončit až smrtí pacientky. Hlavní prevencí je nasazení antibiotik před operací u rizikových pacientek a respektování základní kontraindikace, kterou je zánět v genitálním traktu. *Anafylaktický šok* je život ohrožující forma alergické reakce, která je odpovědí organismu na podání alergenu. Preventivní metodou je pečlivě odebraná anamnéza u pacientky.

Mezi komplikace ostatní patří možná perforace dělohy, pooperační krvácení a riziko pooperačního zánětu (8).

Dalšími komplikacemi může být zánět v místě vstupu, nebo v malé pánvi (záněty močových cest). Počet těchto komplikací lze snížit preventivním podáním antibiotik a také zkrácením doby katetrizace močového měchýře (je-li nutná). (21)

Mortalita při sterilizaci je velmi nízká. Podle amerických údajů je registrováno cca 13 úmrtí na 900 tisíc výkonů. Příčinou jsou především komplikace infekční, anesteziologické a chirurgické (12).

1.8 Asistovaná reprodukce

Bohužel se může stát, že nastane situace, kdy žena po sterilizaci svého rozhodnutí lituje a přeje si mít děti. Jediným řešením je v tomto případě buď asistovaná reprodukce nebo žádost o složitou refertilizační operaci (opětovné zprůchodnění vejcovodů (13).

Asistovaná reprodukce je pojem, kterým se označují všechny léčebné postupy a techniky, při nichž lékaři manipulují s pohlavními buňkami – oocyty a spermii.

Výkony asistované reprodukce se provádějí na speciálních pracovištích, které se nazývají centry asistované reprodukce. Úspěšnost metody se udává kolem 30%. Metoda kromě náročného zázemí a technického vybavení vyžaduje úzkou spolupráci gynekologa s embryologem. Při umělém oplození lze použít spermie od partnera (AI – artifiční inseminace semenem partnera), či spermie od dárce (AID - artifiční inseminace semenem dárce). Sperma dárce musí být vyšetřeno v časovém odstupu 6 měsíců od odběru na HIV infekci a žloutenku typu B. U nás v České republice je dárcovství spermatu anonymní. Oplození spermatem dárce se provádí pouze u manželských párů a to po podepsání informovaného souhlasu oběma partnery (25, 32).

Nejčastěji používanou technikou je In Vitro Fertilizace. Překlad pojmu In Vitro Fertilizace je „oplození ve skle“, tedy mimo tělo, ve zkumavce.

Prvním hlavním krokem pro podstoupení zákroku je získání pohlavních buněk. Oocyty se u ženy odebírají laparoskopicky pod kontrolou ultrazvuku speciální kanylou. Odběru předchází celkové vyšetření ženy a hormonální stimulace vaječnicků. Za normálních podmínek se u ženy ve vaječnicích vyvíjí více oocytů, ale většinou dozrává jen jeden z nich. Pro zvýšení efektivity metody je vhodné získat více oocytů, proto se provádí stimulace vaječnicků. Zatím zůstává předmětem diskuze, zda stimulovat vaječnický pouze FSH (folikulostimulačním hormonem) nebo v kombinaci s LH (luteinizačním hormonem). FSH se podává injekčně (Fostimon, Menopur, Puregon a další) nebo se podává klomifen, který u ženy zvyšuje tvorbu FSH v podvěsku mozkovém. Při výběru typu hormonální stimulace je třeba postupovat u každé ženy individuálně a především zabránit vzniku hyperstimulačního syndromu (32, 34, 23).

Pokud jsou oocyty připraveny k odběru, jsou dále přeneseny do speciální kultivační kůry, kde následuje přidání spermatu. Pod mikroskopem se do oocytu zavede intracytoplazmatická injekce spermie (ICSI), čímž dojde k narušení ochranné zóny oocytu (zóna pellucida) (25).

Pokud dojde k fertilizaci a k následnému rýhování zygoty, tak další fází je výběr správně oplozených vajíček a přenos embryí do dělohy. Zvýšení naděje na těhotenství dosáhneme tak, že do dělohy implantujeme více než embryí než jedno. Většinou jsou to embrya dvě a naděje na oplození je poté přibližně dvakrát vyšší. Přenos embryí do

dělohy (embryotransfer) se provádí skrz děložní hrdlo pomocí speciálního katétru. Embryotransfer se provádí za kontroly ultrazvuku. Po výkonu by ženy neměly mít žádnou fyzicky ani psychicky náročnou aktivitu. Ženě se doporučuje na pár dní pracovní neschopnost. Všechna kvalitní nadbytečná embrya je možné zamrazit a skladovat až po dobu pěti let. Podle potřeby se může embryo rozmrazit a přenést ho do dělohy.

V období po embryotransferu se ženě aplikují léky, které podpoří implantaci embryí v děloze a následuje diagnostické vyšetření k prokázání gravidity (hodnota těhotenského hormonu-hCG a ultrazvuková kontrola) (34, 25).

Jako každý invazivní výkon, tak i IVF má určité komplikace. Mezi nejčastější patří krvácení z vpichu jehly do vaječníku, hyperstimulační ovariální syndrom, riziko rozvoje pánevního zánětu a vícečetné těhotenství (34).

1.9 Selhání výkonu

Přestože je sterilizace jako antikoncepční metoda velmi účinná, není stoprocentní. Těhotenství může nastat i přes provedenou sterilizaci, většinou se jedná o těhotenství mimoděložní. Některé literární údaje uvádějí, že po výkonu otěhotní cca jedna z 1500 žen. Mimoděložní těhotenství, nejčastěji ve vejcovodech, je častější u mladších žen.

Úspěšnost sterilizace není dána pouze samotným průběhem operace, ale i pooperačním průběhem. Žena je před výkonem informována, že riziko rozvoje zánětu po operaci na vejcovodech existuje a tak by měla také vědět, že o spolehlivosti sterilizace nerozhoduje jen operace samotná, ale i pooperační životospráva. O nechtěném zprůchodnění vejcovodu po sterilizaci totiž většinou rozhodují jiné aspekty, než „špatně“ provedená operace (9, 17).

Ve výskytu selhání sterilizace byly pozorovány znatelné rozdíly, v souvislosti s použitou sterilizační metodou, s věkem pacientky a na roku, kdy byla sterilizace provedena. Selhání sterilizace je často způsobené vytvořením píštělí na vejcovodech, kdy může k následnému oplození dojít. Příčinou je většinou špatně provedený postup

při bipolární koagulaci vejcovodů. Koagulace by se měla provádět minimálně 2centimetry od rohů děložních. Podle literárních údajů, pokud žena po sterilizaci otěhotní, je riziko mimoděložního těhotenství mezi 16 a 76 %. U sterilizace provedené pomocí elastických svorek (Hulka), docházelo k nejvyšší incidenci selhání. Selhání metody při koagulaci bylo sníženo, když se vejcovody začaly koagulovat na více jak třech místech. Z uvedených těhotenství po koagulaci jich bylo 65 % mimoděložních. Zvláštní skupinu tvoří metoda Essure. Zavést spirálu na první pokus se podaří asi v 85 – 88 % případů. Mezi potencionální příčiny selhání patří nesprávné zavedení spirály, perforace děložního rohu nebo vejcovodu, či svalová křeč vejcovodu během vyšetření. Problémem může být i tříměsíční užívání jiné antikoncepční metody. Protože je tato metoda nová, nejsou k dispozici dlouhodobé údaje o selhání, avšak uvádí se, že v průběhu dvou let otěhotněla po zavedení minimálně jedna žena (2, 12).

Nejnižší incidenci selhání byly pozorovány u poporodního částečného odstranění vejcovodů (postpartální parciální salpingektomie) a u unipolární koagulace. Druhá metoda se dnes používá jen velmi zřídka, z důvodu velkého rizika poškození okolních tkání a orgánů (2).

2. Cíl práce a hypotézy

2.1 Cíl práce

Cíl 1: Zjistit informovanost žen o sterilizaci jako formě trvalé antikoncepce.

Cíl 2: Zjistit, zda ženy o sterilizaci jako o formě trvalé antikoncepce v budoucnu uvažují.

Cíl 3: Zjistit, zda ženy znají zákonné podmínky pro provedení sterilizace.

Cíl 4: Zjistit, jakou formou a zda vůbec porodní asistentky a zdravotní sestry na oddělení gynekologie informují pacientky o možnostech sterilizace.

2.2 Hypotézy

Hypotéza 1: Ženy jsou informované o sterilizaci jako o metodě trvalé antikoncepce.

Hypotéza 2: Ženy starší 35 let preferují sterilizaci před ostatními antikoncepčními metodami.

Hypotéza 3: Ženy znají zákonné podmínky pro provádění sterilizace.

Hypotéza 4: Porodní asistentky a zdravotní sestry na oddělení gynekologie neinformují pacientky o možnostech sterilizace.

3. Metodika

3.1 Metodika práce

V práci byl použit kvantitativní výzkum. Byla použita metoda dotazování, technikou sběru dat byl dotazník. Výzkum byl proveden pomocí dvou typů dotazníků, z toho jeden určen ženám ve fertilním věku, tj. 18-50 let (pacientkám na gynekologickém oddělení) a druhý porodním asistentkám a zdravotním sestram pracujícím na gynekologickém oddělení.

Dotazník pro porodní asistentky/zdravotní sestry (viz. Příloha 2) byl anonymní a byl sestaven ze 14 otázek. První otázky byly zaměřeny na délku praxe a vzdělání porodních asistentek/zdravotních sester. Další otázky byly zaměřeny na informovanost žen o sterilizaci, na čas a případné dotazy pacientek před operací nebo na frekvenci výskytu sterilizace. Dotazník je ukončen otázkami, které se zabývají celkovou informovaností veřejnosti o antikoncepčních metodách.

Druhý dotazník byl určen ženám ve fertilním věku (viz. Příloha 1), pacientkám na gynekologickém oddělení. Dotazník byl anonymní a byl sestaven z 20 otázek. První otázky byly zaměřeny na věk pacientek, na jejich antikoncepční metody a na spokojenost se „svou“ antikoncepcí. Další otázky již byly zaměřeny na sterilizaci jako antikoncepční metodu, na informovanost, zdroje informací, zákonné podmínky, spolehlivost metody, či zda v budoucnu ženy o sterilizaci uvažují.

3.2 Charakteristika zkoumaného souboru

Výzkumné šetření probíhalo na gynekologickém oddělení Nemocnice České Budějovice a.s. a na gynekologickém oddělení v Nemocnici Tábor a.s. Výzkumným souborem byly ženy ve fertilním věku, tj. 18 až 50 let, u kterých nebyla sterilizace dosud provedena a porodní asistentky a zdravotní sestry pracující na oddělení gynekologie. Výzkumné šetření probíhalo od 1.3 2011 do 14. 4. 2011.

Pro porodní asistentky/zdravotní sestry bylo rozdáno celkem 30 dotazníků a 28 jich bylo vráceno s vyplněním. Celkový počet respondentek činil 28 (100 %).

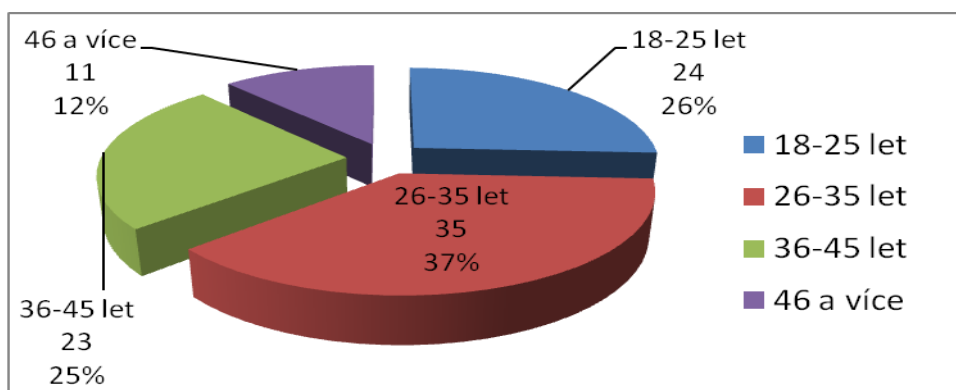
Pro ženy ve fertilním věku bylo rozdáno celkem 100 dotazníků a bylo vráceno 95 dotazníků (95 %). Pro neúplnost údajů byly dva dotazníky vyřazeny. Konečný počet dotazníků je 93 (100 %).

Získané informace z dotazníků byly zpracovány v programu Excel do tabulek. Pro získání jednotlivých odpovědí bylo provedeno vyhodnocení jednotlivých oblastí.

4. Výsledky

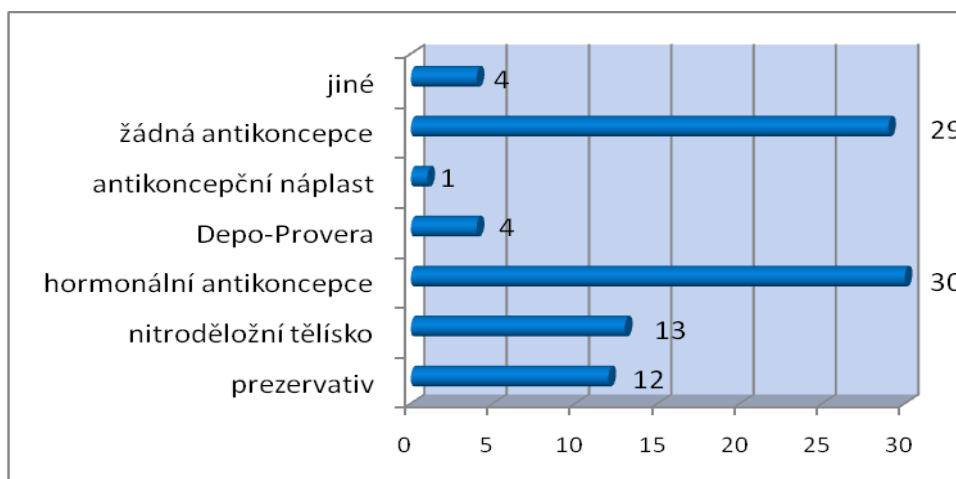
4.1 Výsledky dotazování od žen ve fertlím věku

Graf 1 Věk respondentek



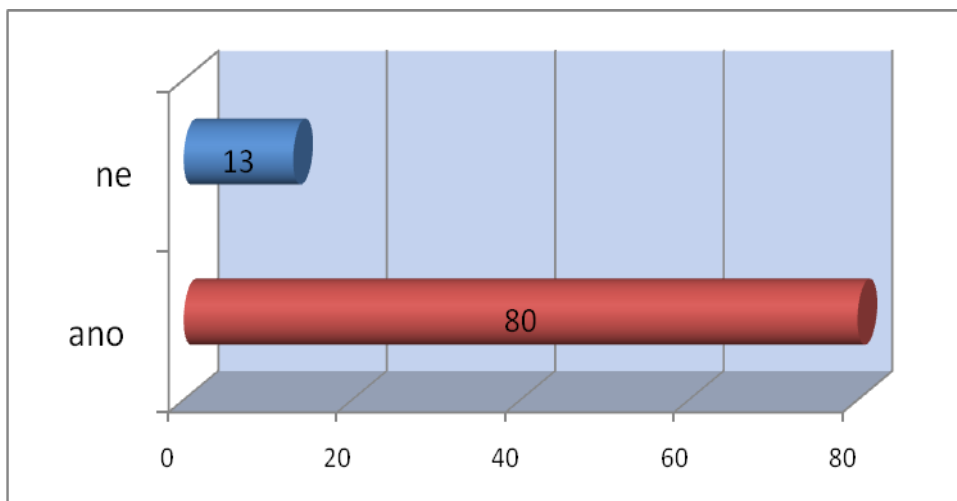
Celkový počet respondentek byl 93 (100 %). Největší zastoupení bylo ve věkové kategorii 26-35 let v počtu 35 (37 %) respondentek, ve věkové skupině 18-25 let bylo 24 (26 %) respondentek, ve věkové skupině 36-45 let bylo 23 (25 %) respondentek a ve věkové skupině 46 let a více bylo 11 (12 %) respondentek.

Graf 2 Používané antikoncepční metody



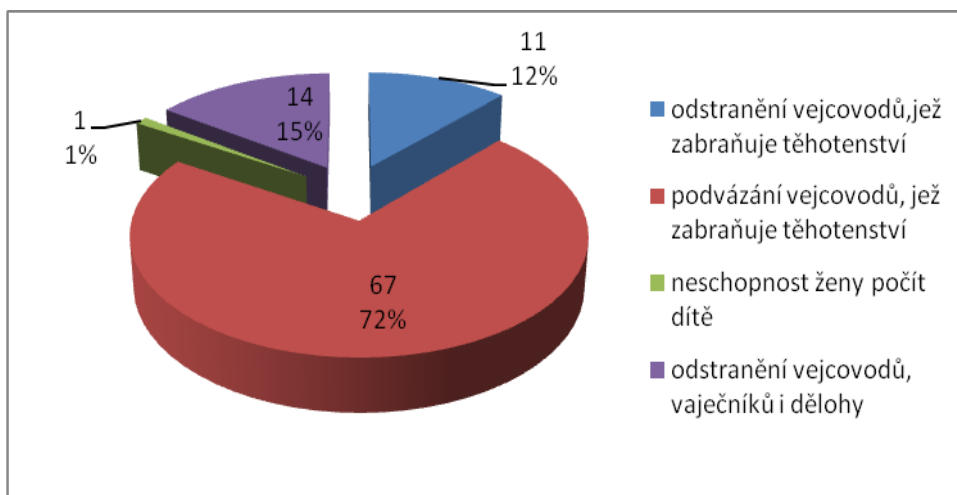
Celkový počet respondentek byl 93. Z celkového počtu 93 dotazovaných zvolilo 30 respondentek odpověď hormonální antikoncepce (tabletky), 29 respondentek nepoužívá žádnou antikoncepční metodu, 13 respondentek nitroděložní tělísko, 12 prezervativ, 4 Depo-Proveru (injekce), 1 antikoncepční náplast a 4 zvolily odpověď jiné (bez bližší specifikace).

Graf 3 Spokojenost respondentek s antikoncepcí



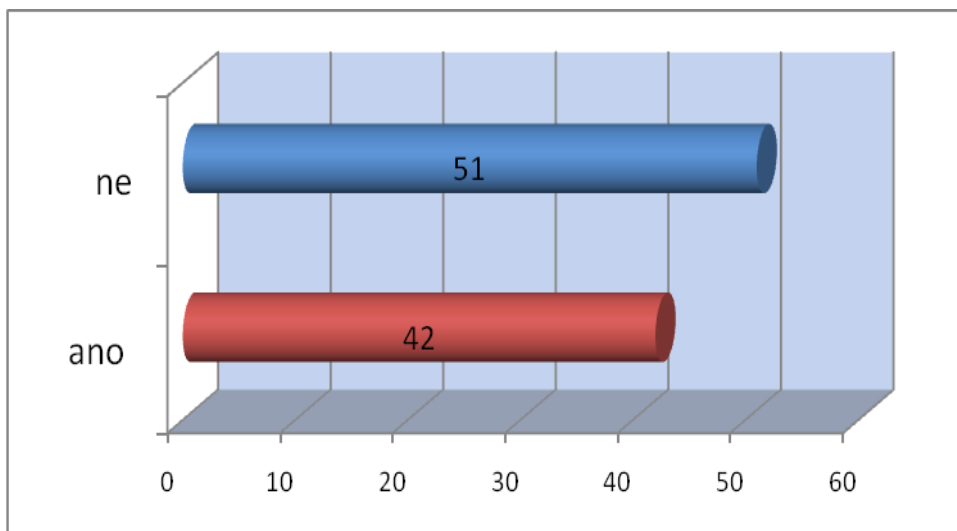
Celkový počet respondentek byl 93. Spokojenost s antikoncepcí potvrdilo 80 žen z dotazovaných a 13 respondentek není se svou antikoncepční metodou spokojených.

Graf 4 Informovanost respondentek o sterilizaci



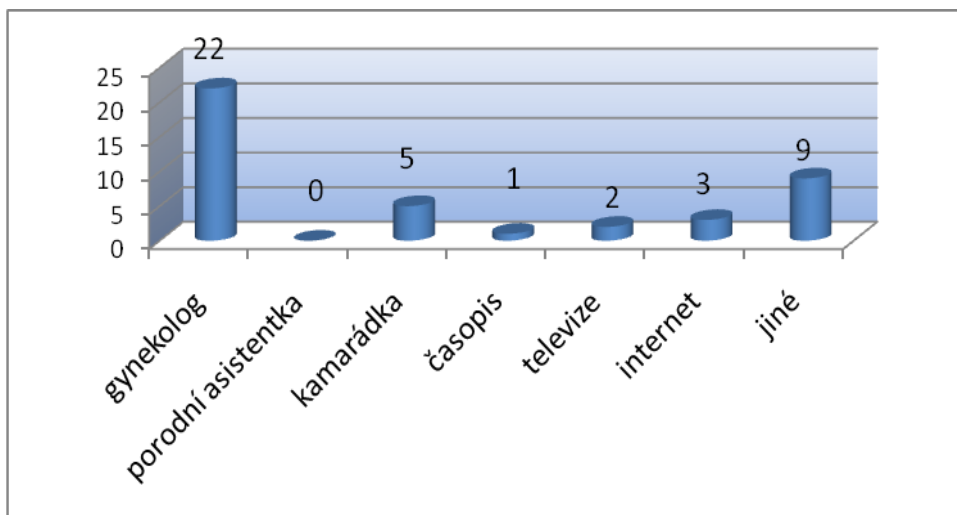
Graf 4 znázorňuje odpovědi respondentek na otázku: co je ženská sterilizace. Z celkového počtu 93 (100 %) dotazovaných odpovědělo 67 (72%) respondentek, že jde o podvázání vejcovodů, jež zabraňuje těhotenství. Odpověď odstranění vejcovodů vaječnicků i dělohy zvolilo 14 (15 %) dotazovaných, 11 respondentek odpovědělo, že jde o odstranění vejcovodů, jež zabraňuje početí a pouze 1 (1%) respondentka se domnívá, že sterilizace je neschopnost ženy počít dítě.

Graf 5 Poskytnutí informací o sterilizaci



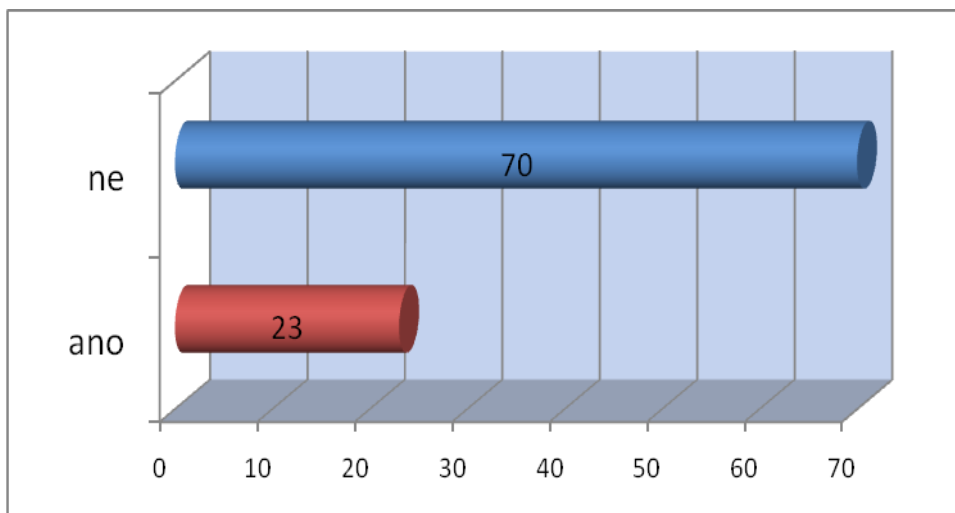
Graf 5 znázorňuje odpovědi respondentek na otázku: zda jim někdo poskytl informaci (informace) o ženské sterilizaci. Z celkového počtu 93 dotazovaných odpovědělo 42 respondentek kladně (ano) a 51 respondentek záporně (ne).

Graf 6 Zdroj informací o sterilizaci



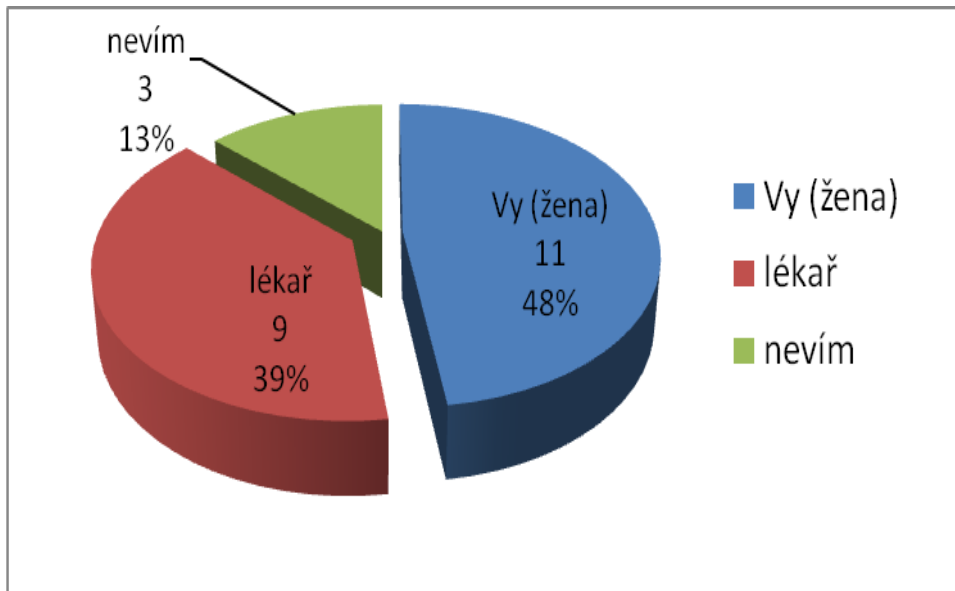
Celkový počet respondentek byl 42. Z celkového počtu 42 dotazovaných odpovědělo 22 respondentek na otázku: kdo (co) je zdrojem informací o sterilizaci - gynekolog, 5 respondentek zvolilo odpověď kamarádka, 2 televize, 3 internet a 9 respondentek zvolilo odpověď jiné (bez bližší specifikace). Odpověď porodní asistentka nevolil nikdo z dotazovaných.

Graf 7 Informovanost o sterilizaci od obvodních gynekologů



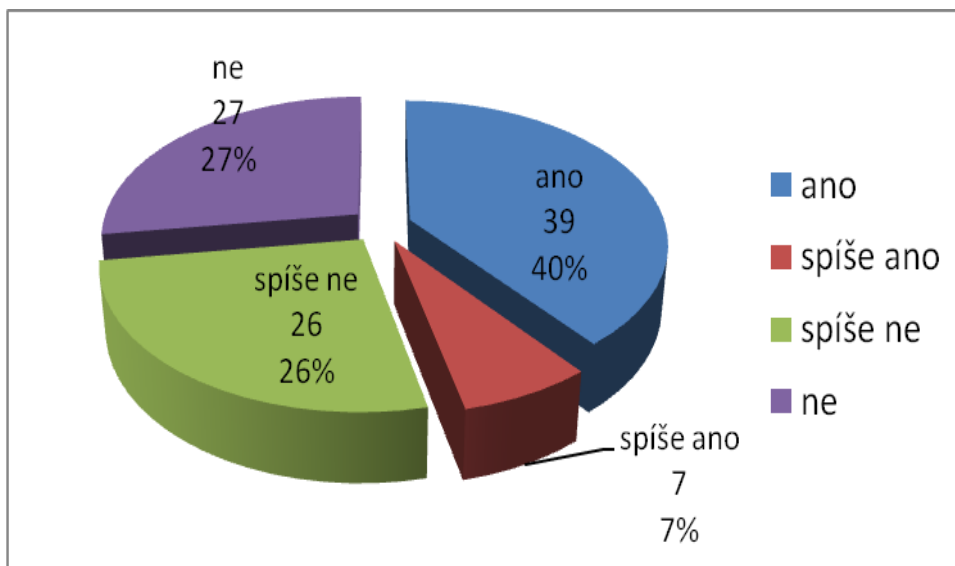
Graf 7 znázorňuje odpovědi respondentek na otázku: zda s nimi někdy lékař na téma sterilizace hovořil. Z celkového počtu 93 dotazovaných odpovědělo 70 respondentek záporně (ne) a 23 respondentek odpovědělo kladně (ano).

Graf 8 Kdo rozhovor na téma sterilizace začal



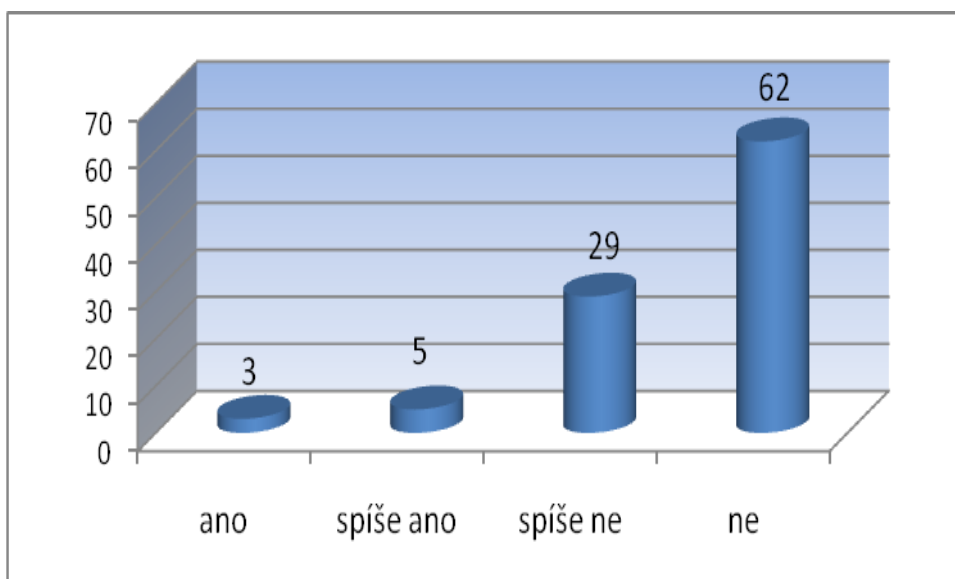
Celkový počet respondentek byl 23 (100 %). Z celkového počtu 23 respondentek zvolilo 11 (48 %) dotazovaných odpověď první a to že rozhovor začala sama žena, 9 (39%) respondentek odpovědělo, že rozhovor začal lékař a 3 (13 %) respondentky zvolily odpověď nevím.

Graf 9 Přání respondentek mít v budoucnu potomky



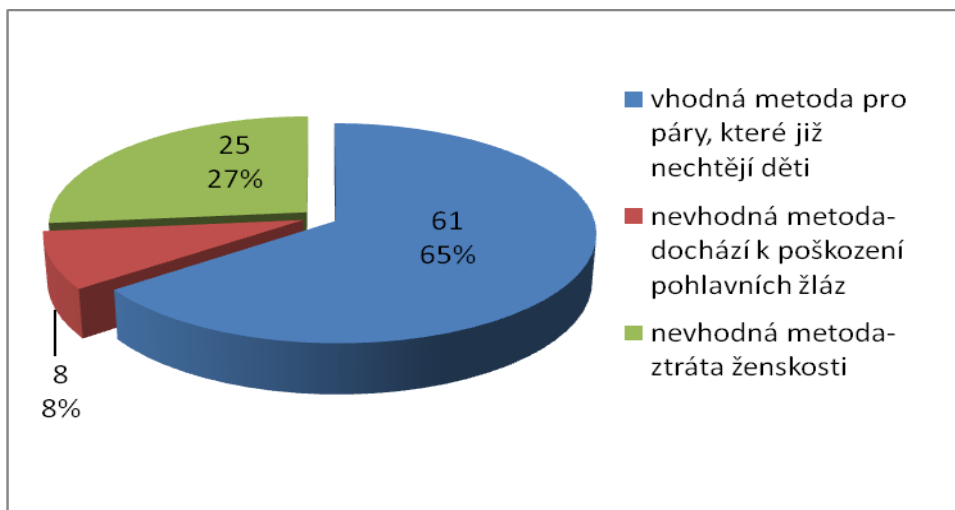
Celkový počet respondentek byl 93 (100 %). Z celkového počtu zvolilo 39 respondentek (40 %) odpověď ano (přejí si mít děti), 27 (27 %) respondentek odpovědělo ne, 26 (26 %) spíše ne a 7 (7 %) spíše ano.

Graf 10 Přání respondentek podstoupit sterilizaci



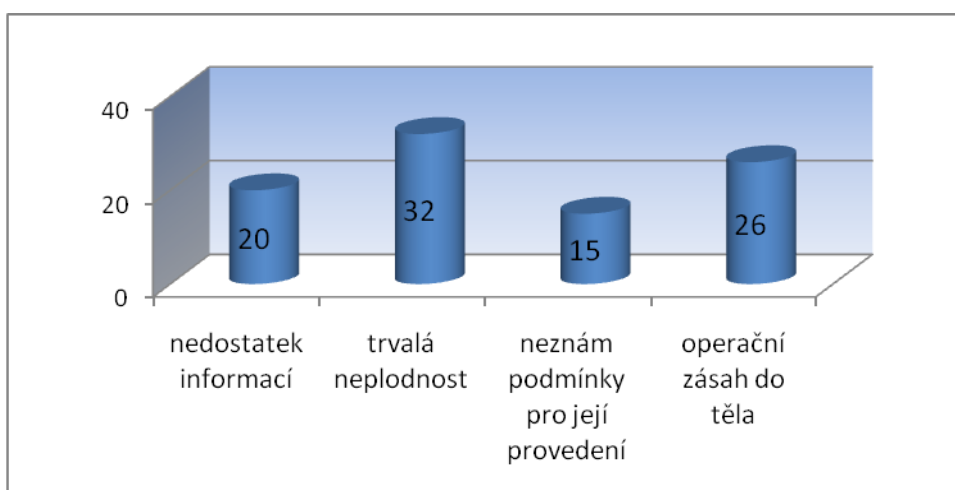
Celkový počet respondentek byl 93. Z celkového počtu 93 dotazovaných zvolilo 62 respondentek odpověď ne (nechtějí podstoupit sterilizaci), 29 dotazovaných odpovědělo spíše ne, 5 spíše ano a 3 respondentky odpověděly ano.

Graf 11 Osobní názor respondentek na sterilizaci



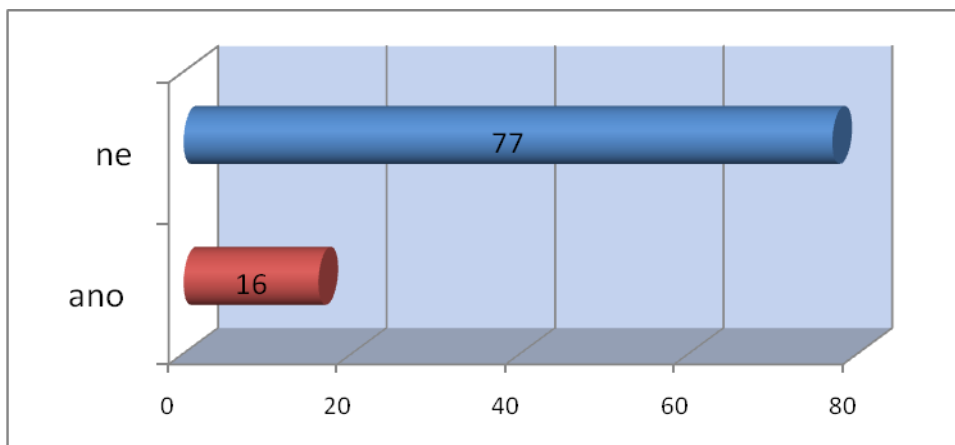
Graf 11 znázorňuje odpovědi respondentek na otázku: jaký je jejich osobní názor na sterilizaci. Z celkového počtu 93 dotazovaných odpovědělo 61 (65 %) respondentek, že jde o vhodnou metodu pro páry, které již nechtějí děti, 8 (8 %) respondentek odpovědělo, že je to nevhodná metoda, při ní dochází k poškození pohlavních žláz a 25 (27 %) dotazovaných odpovědělo, že je to nevhodná metoda, při které dochází ke ztrátě ženskosti.

Graf 12 Důvod směřující k nepodstoupení sterilizace



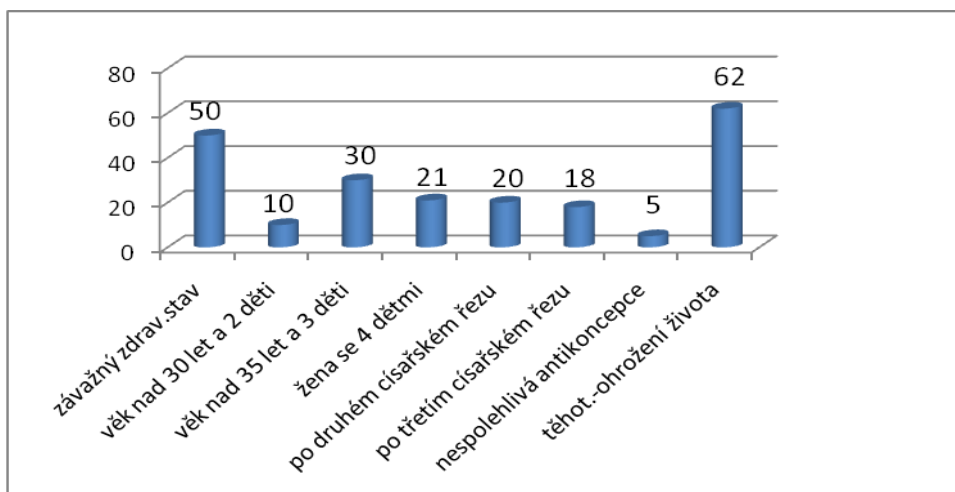
Celkový počet respondentek byl 93. Z celkového počtu 93 dotazovaných, zvolilo 32 respondentek odpověď - trvalá neplodnost, 26 odpovědělo operační zásah do těla, 20 nedostatek informací a 15 respondentek nezná podmínky pro provedení výkonu.

Graf 13 Znalost zákonných podmínek sterilizace



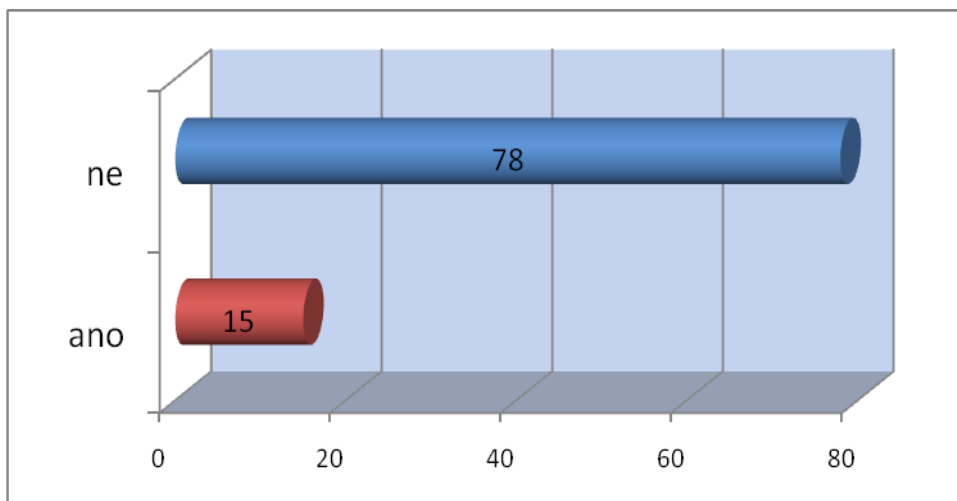
Celkový počet respondentek byl 93. Z celkového počtu 93 dotazovaných zvolilo 77 respondentek odpověď ne (neznají zákonné podmínky) a 16 dotazovaných odpovědělo ano.

Graf 14 Zákonné podmínky sterilizace



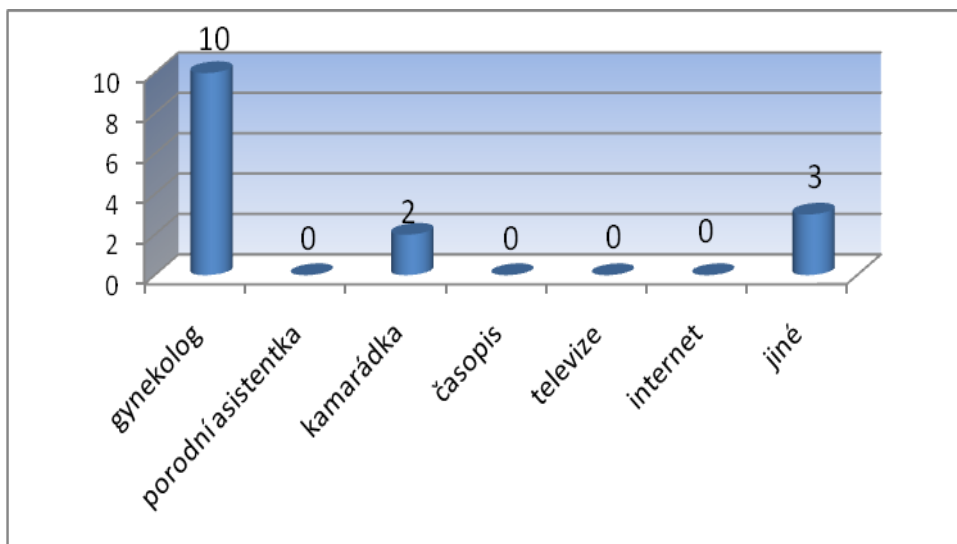
Celkem 93 respondentek si mohlo vybrat z více odpovědí. Největší zastoupení, tedy 62 měla odpověď, že případné těhotenství může ohrozit ženu na životě, 50 respondentek odpovědělo závažný zdravotní stav ženy, 10 odpovědělo věk nad 30 let a 2 děti, 30 odpovědělo věk nad 35 let a 3 děti, 21 zvolilo odpověď žena se 4 dětmi bez závislosti na věku. Další odpovědi v sestupném pořadí odpovědí, 20 po druhém císařském řezu, 18 po třetím císařském řezu a 5 respondentek zvolilo odpověď, pokud žena používá takovou antikoncepci, která je nespolehlivá.

Graf 15 Poskytnutí informací o zákonných podmínkách pro sterilizaci



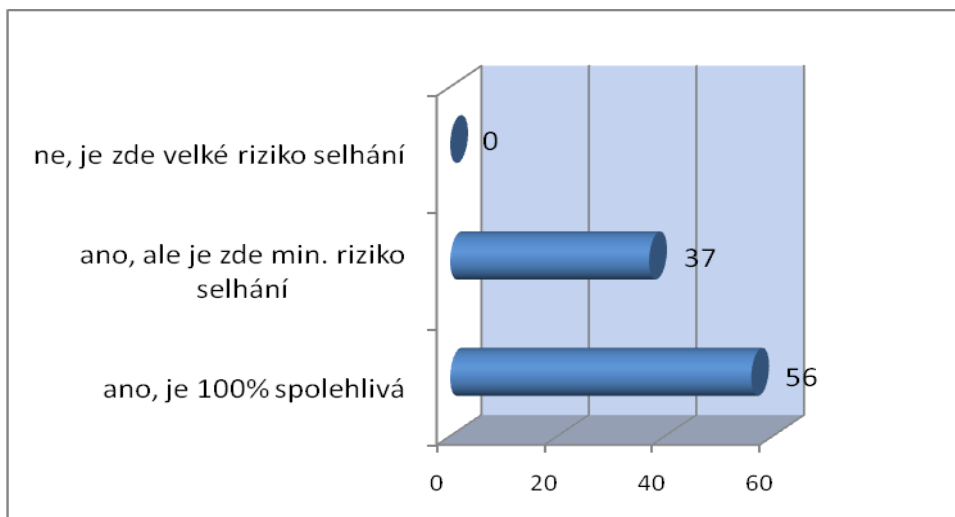
Graf 15 znázorňuje odpovědi respondentek na otázku: zda jim někdo poskytl informace o zákonných podmínkách sterilizace. Z celkového počtu 93 dotazovaných odpovědělo 78 respondentek ne (neposkytl) a 15 dotazovaných odpovědělo ano.

Graf 16 Zdroj informací o zákonných podmínkách pro sterilizaci



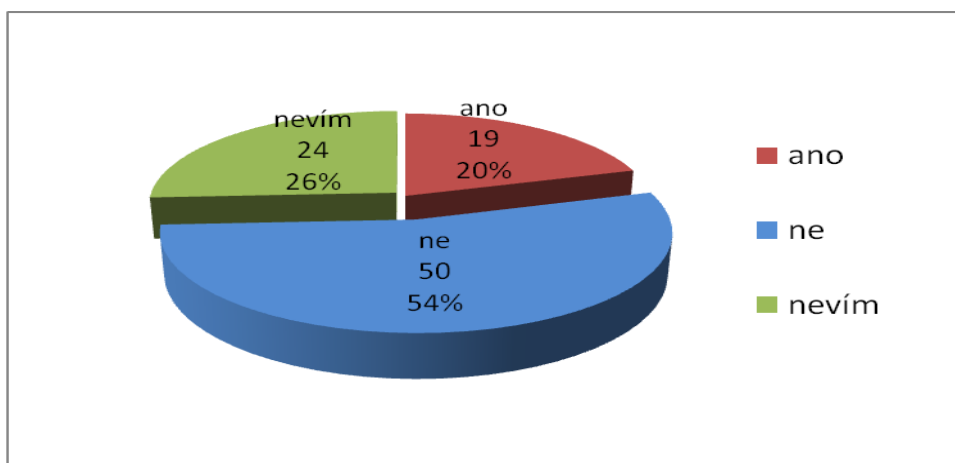
Graf 16 znázorňuje odpovědi respondentek na otázku: kdo jim informaci o zákonných podmínkách sterilizace poskytl. Z celkového počtu 15 dotazovaných zvolilo 10 respondentek odpověď gynekolog, 3 respondentky odpověděly jiné (bez bližší specifikace) a 2 zvolily odpověď kamarádka. Odpovědi porodní asistentka, časopis, televize, a internet ne zvolil nikdo z dotazovaných.

Graf 17 Spolehlivost sterilizace



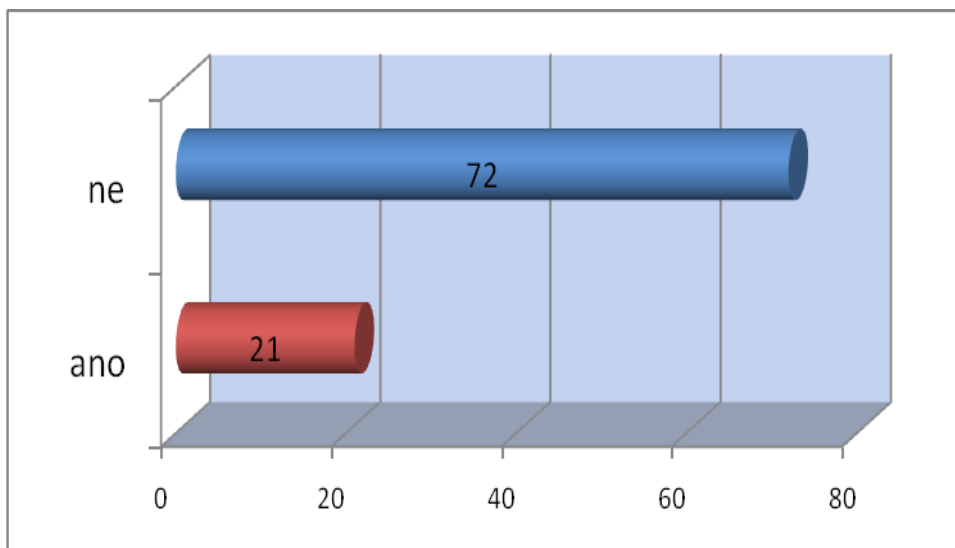
Graf 17 znázorňuje odpovědi respondentek na otázku: jak si myslí, že je sterilizace spolehlivá. Z celkového počtu 93 dotazovaných zvolilo 56 respondentek odpověď - ano, je 100% spolehlivá, 37 respondentek odpovědělo - ano, ale je zde minimální riziko selhání a odpověď ne, je zde velké riziko selhání nevolil nikdo z dotazovaných.

Graf 18 Následná možnost otěhotnění po sterilizaci



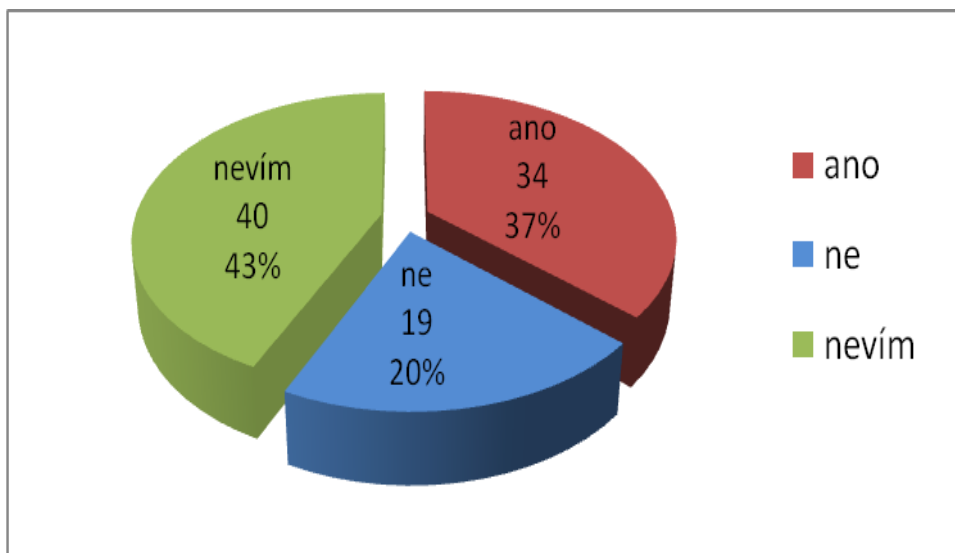
Graf 18 značí odpovědi respondentek na otázku: zda je možné mít po sterilizaci děti. Z celkového počtu 93 dotazovaných zvolilo 50 respondentek (54 %) odpověď ne, 24 (26 %) respondentek odpovědělo nevím a 19 (20 %) respondentek odpovědělo kladně (ano).

Graf 19 Informační materiály o sterilizaci u obvodních gynekologů



Graf 19 znázorňuje odpovědi respondentek na otázku: zda zhlédly u svého gynekologa nějaké informace o ženské sterilizaci. Z celkového počtu 93 dotazovaných zvolilo 72 respondentek odpověď ne a 21 respondentek odpovědělo kladně (ano).

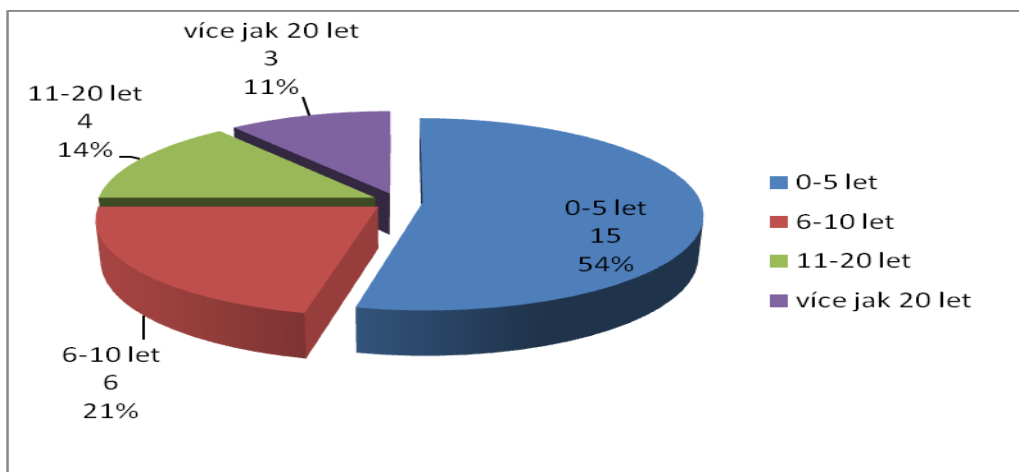
Graf 20 Ocenění informačních materiálů u obvodních gynekologů



Graf 20 znázorňuje odpovědi respondentek na otázku: zda by u svého gynekologa ocenily nějaké informace o ženské sterilizaci. Z celkového počtu 93 (100%) dotazovaných zvolilo 40 (43 %) respondentek odpověď nevím, 34 (37 %) respondentek odpovědělo ano a 19 (20 %) zvolilo odpověď ne.

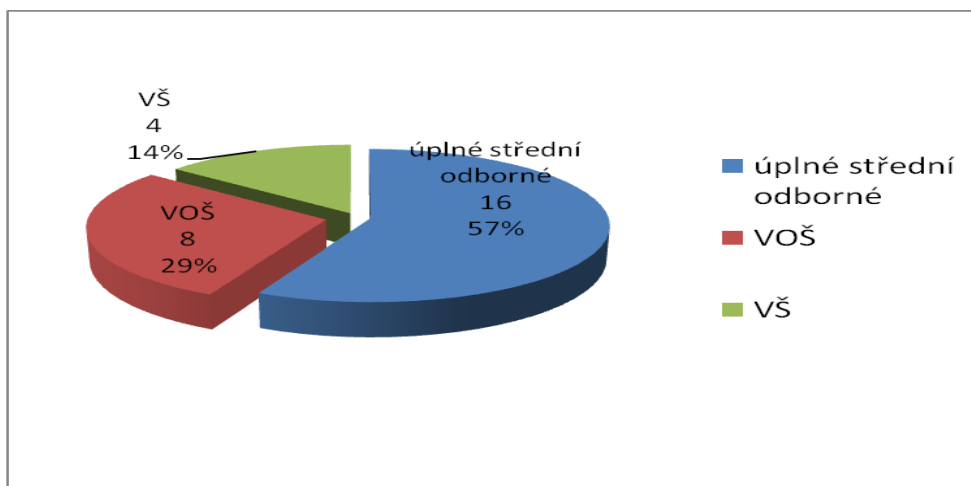
4.2 Výsledky dotazování od porodních asistentek/zdravotních sester

Graf 21 Délka praxe na gynekologickém oddělení



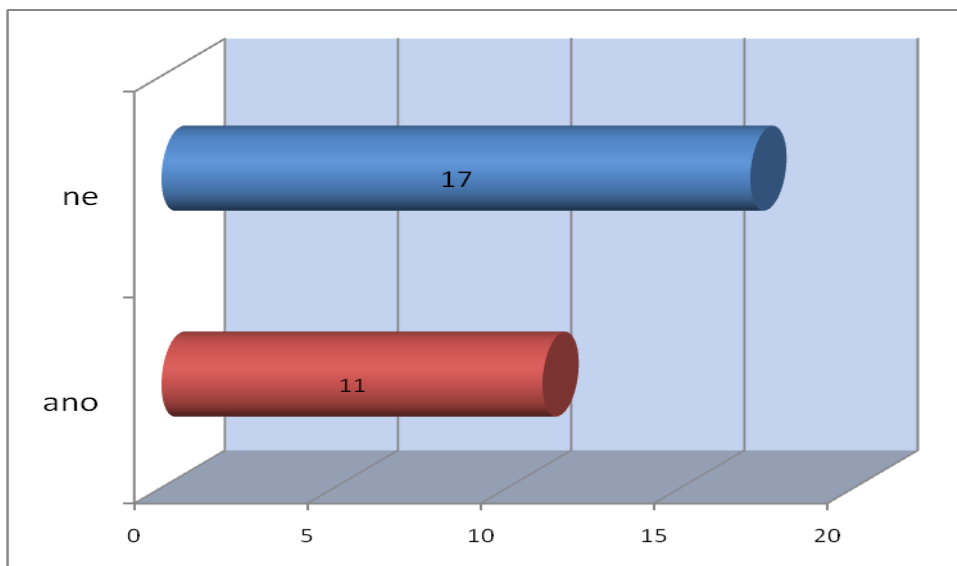
Celkový počet respondentek činil 28 zdravotních sester/porodních asistentek (100 %). V kategorii sester pracujících 0-5 let bylo 15 (54 %) respondentek, 6 sester (21 %) pracovalo 6-10 let, praxi dlouhou 11-20 let měly 4 respondentky (14 %) a více jak 20 let pracovaly 3 (11 %) z dotazovaných.

Graf 22 Vzdělání sester na gynekologickém oddělení



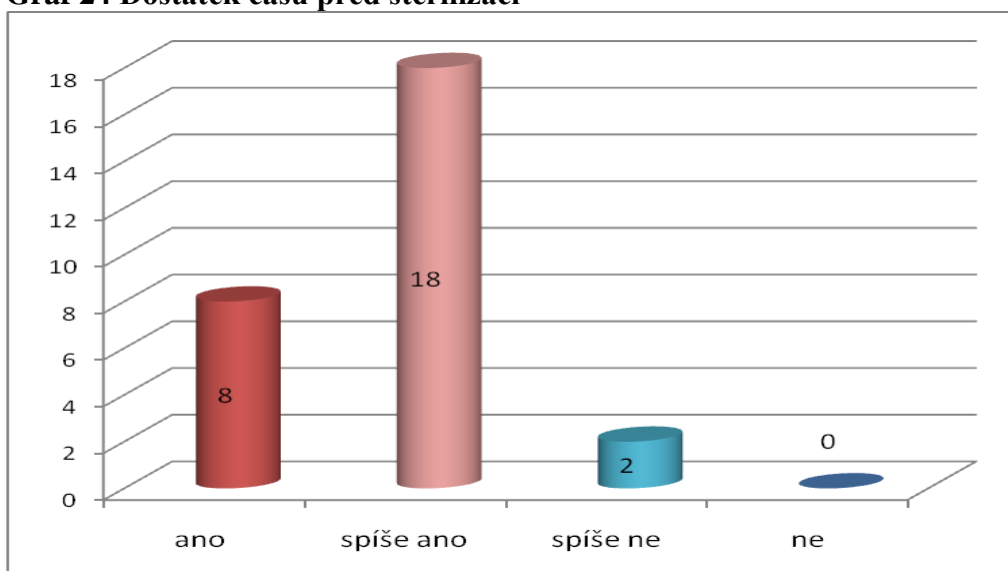
Celkový počet respondentek byl 28 (100 %). Z celkového počtu 28 bylo 16 (57%) respondentek se vzděláním úplné střední odborné, vzdělání vyšší odborné má 8 (29 %) respondentek a 4 (14%) respondentky mají vzdělání vysokoškolské.

Graf 23 Dotazy žen na sterilizaci



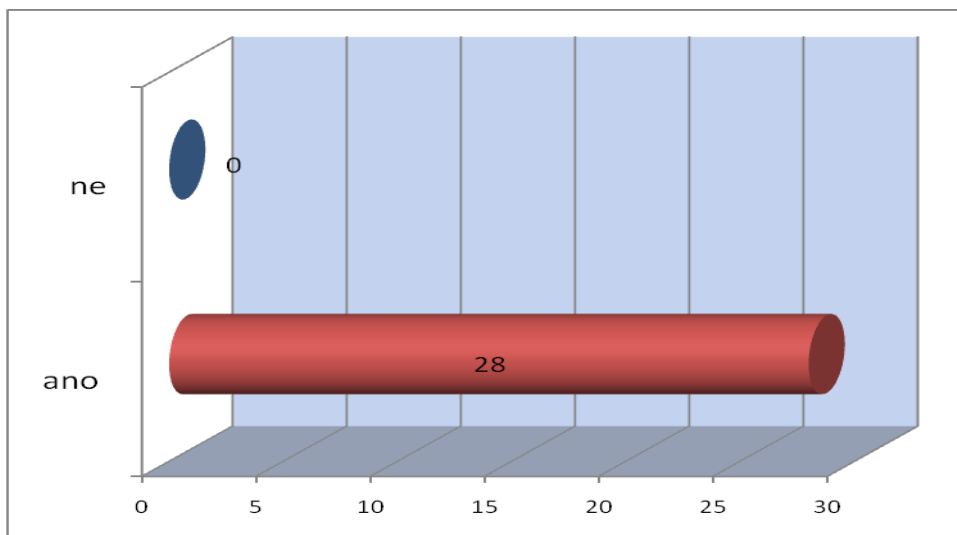
Graf 23 znázorňuje odpovědi respondentek na otázku: zda se ženy dotazují na možnost ženské sterilizace. Z celkového počtu 28 dotazovaných odpovědělo 17 respondentek záporně (ženy se neptají na sterilizaci) a 11 respondentek odpovědělo kladně (ženy se ptají na sterilizaci).

Graf 24 Dostatek času před sterilizací



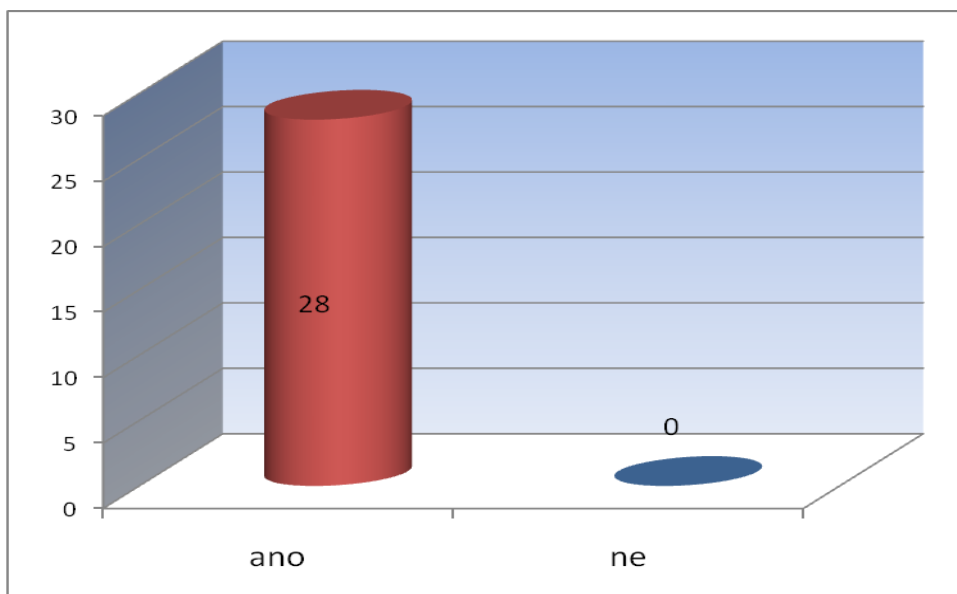
Graf 24 znázorňuje názory sester na otázku: zda věnují lékaři pacientce před sterilizací dostatek času. Z celkového počtu 28 respondentek zvolilo 18 z nich odpověď spíše ano, 8 odpovědělo ano, 2 spíše ne a ne neodpověděl nikdo z dotázaných.

Graf 25 Prostor žen na dotazy před operací



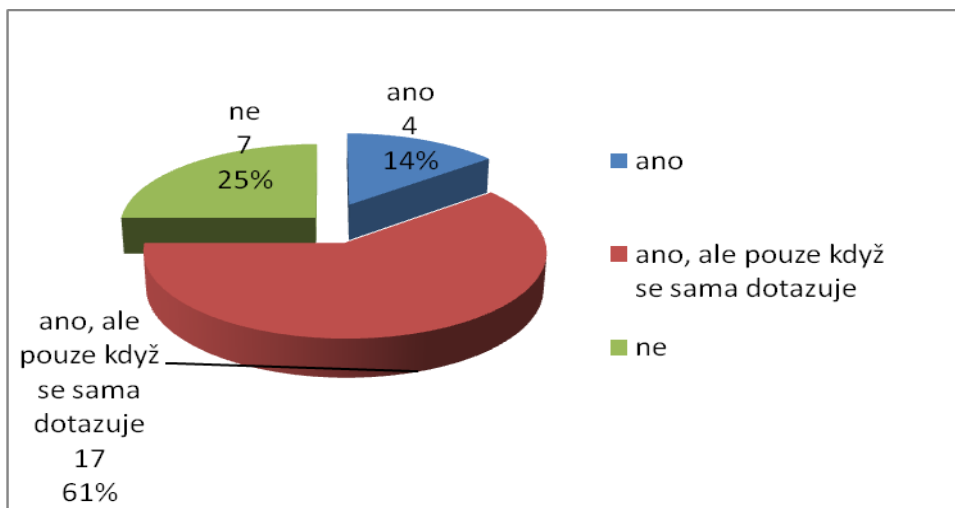
Graf 25 znázorňuje názory sester na otázku: zda mají ženy před operací prostor na případné dotazy. Z celkového počtu 28 dotazovaných odpovědělo všech 28 respondentek kladně (ženy mají na případné dotazy prostor).

Graf 26 Odpovědi na dotazy žen před operací



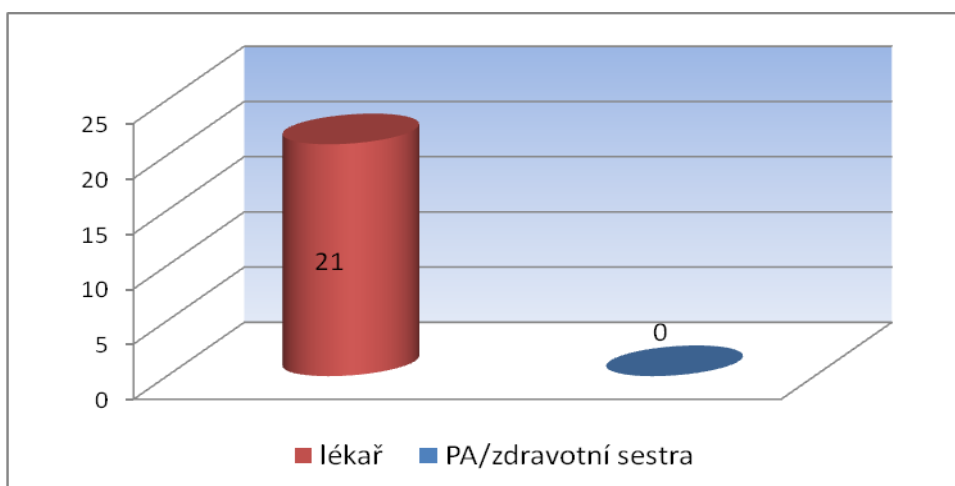
Graf 26 znázorňuje odpovědi sester na otázku: zda žena dostane na případné dotazy dostačujících odpovědí. Z celkového počtu 28 dotazovaných odpovědělo všech 28 respondentek kladně (ženy dostanou na případné dotazy dostačujících odpovědí).

Graf 27 Informovanost žen o sterilizaci



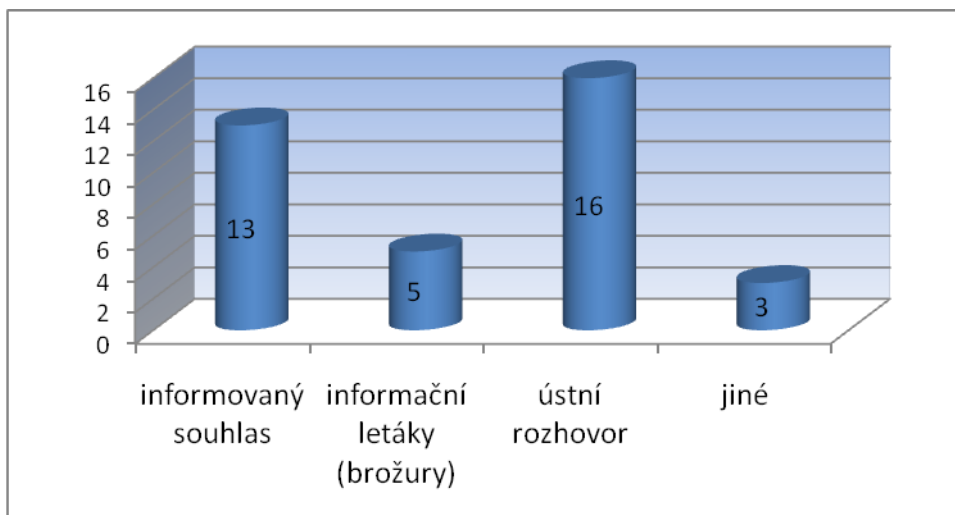
Graf 27 znázorňuje, jak jsou ženy informovány o sterilizaci, mají-li na tuto metodu právo. Z celkového počtu 28 (100 %) dotazovaných zvolilo 17 (61 %) respondentek odpověď ano (žena je informována), ale pouze když se sama dotazuje, 7 (25 %) respondentek odpovědělo ne (není informována) a 4 (14%) zvolily odpověď ano.

Graf 28 Primární informace o sterilizaci



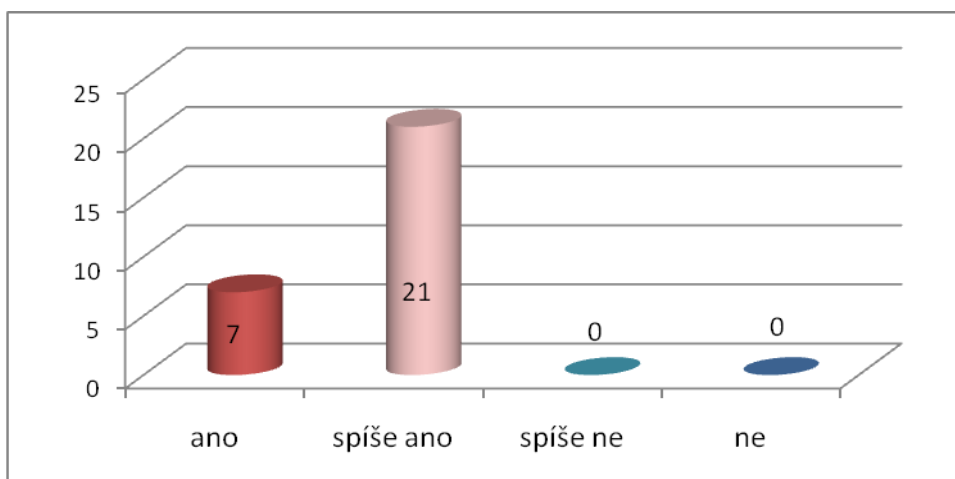
Graf 28 znázorňuje odpovědi respondentek na otázku: kdo ženě primární informaci o sterilizaci poskytuje. Z celkového počtu 21 dotazovaných odpovědělo všech 21, že primární informaci poskytuje lékař. Žádná z dotazovaných nezvolila odpověď porodní asistentka/zdravotní sestra.

Graf 29 Způsob poskytnutí informací o sterilizaci



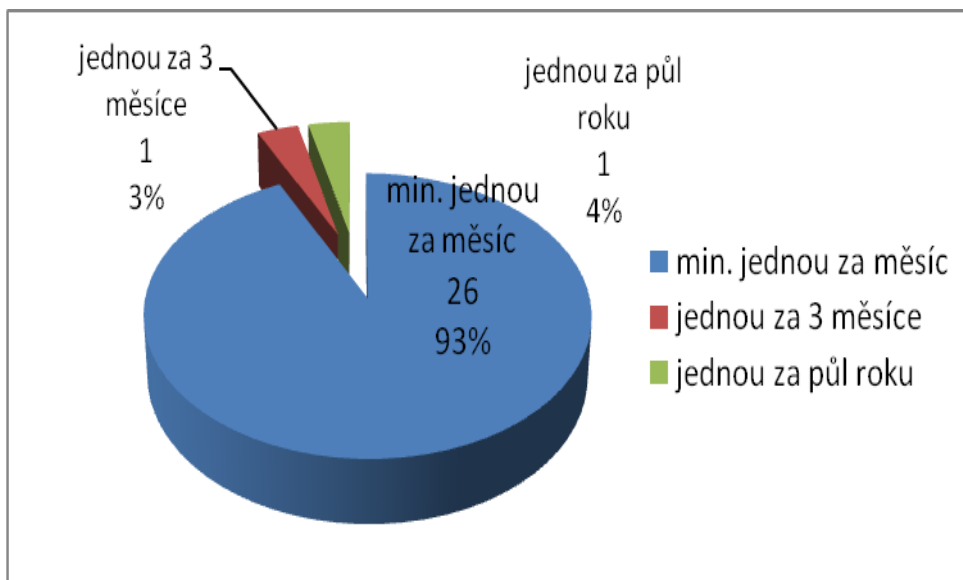
Graf 29 znázorňuje, jakým způsobem jsou ženy o sterilizaci informovány. Z celkového počtu 28 dotazovaných zvolilo 16 respondentek odpověď ústní rozhovor, 13 respondentek odpovědělo prostřednictvím informovaného souhlasu, 5 respondentek prostřednictvím informačního letáku a 3 respondentky odpověděly jiné (bez bližší specifikace).

Graf 30 Znalost sester na téma sterilizace



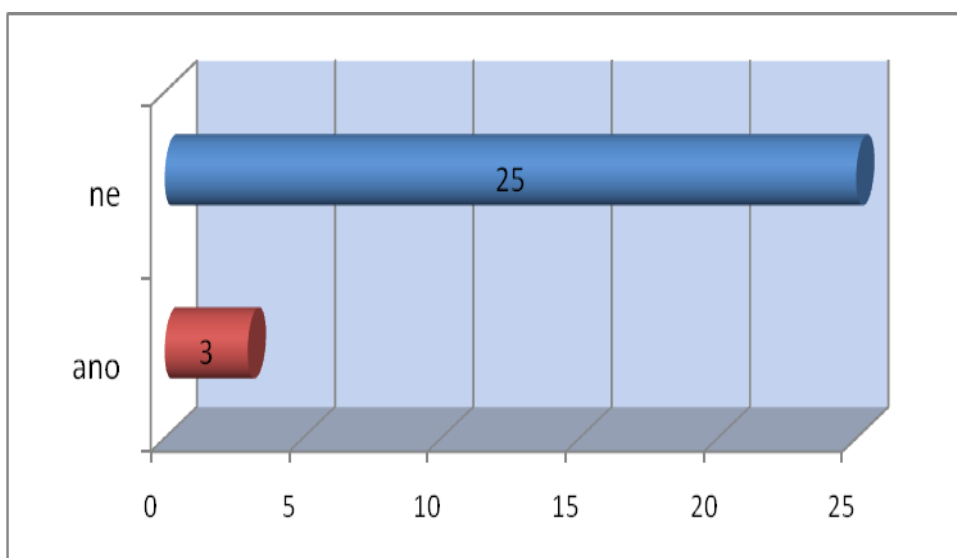
Graf 30 znázorňuje odpovědi respondentek na otázku: zda mají dostatečné znalosti na téma ženská sterilizace. Z celkového počtu 28 dotazovaných zvolilo 21 respondentek odpověď spíše ano a 7 respondentek odpovědělo ano. Žádná z dotazovaných neodpověděla spíše ne nebo ne.

Graf 31 Frekvence výskytu sterilizace



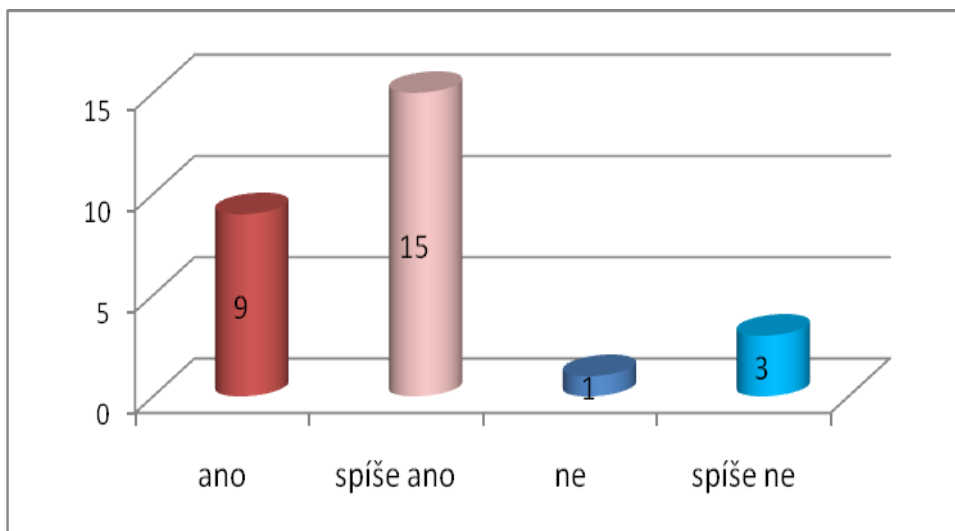
Graf 31 znázorňuje výskyt sterilizace v nemocnici. Z celkového počtu 28 (100%) dotazovaných odpovědělo 26 (93 %) respondentek minimálně jednou za měsíc, jedna (4 %) respondentka odpověděla jednou za 3 měsíce a 1 (3 %) jednou za půl roku.

Graf 32 Výskyt refertilizační operace



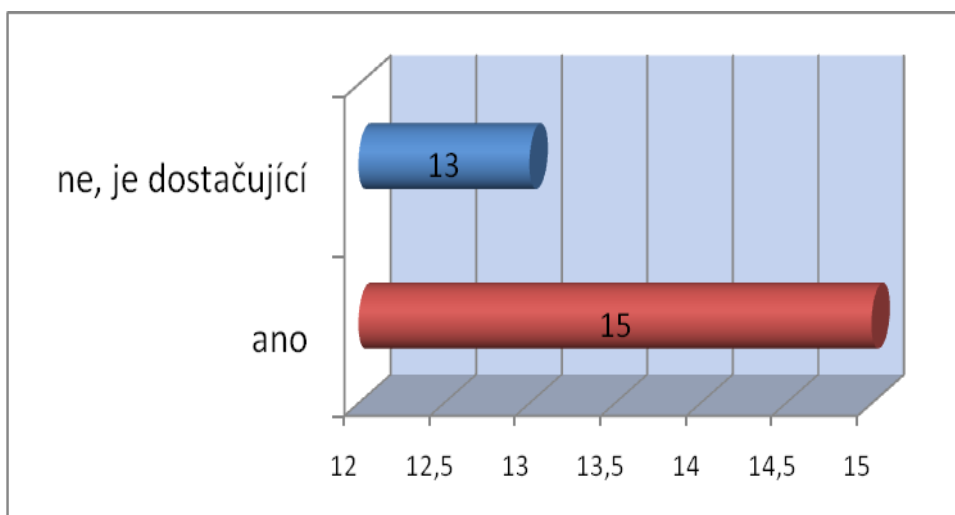
Graf 32 znázorňuje odpovědi 28 respondentek na otázku, zda se v průběhu své praxe setkaly s refertilizační operací. Odpověď ano zvolily 3 respondentky (s operací se setkaly), zbylých 25 respondentek odpovědělo ne.

Graf 33 Informovanost žen v ČR o antikoncepčních metodách



Graf 33 znázorňuje odpovědi respondentek na otázku: zda jsou ženy (laická veřejnost) dostatečně informovány o antikoncepčních metodách. Z celkového počtu 28 dotazovaných odpovědělo 9 respondentek ano, 15 respondentek spíše ano, jedna respondentka odpověděla ne a 3 spíše ne.

Graf 34 Zvýšení informovanosti o antikoncepčních metodách



Graf 34 znázorňuje odpovědi 28 respondentek na otázku: zda by se měla zvýšit informovanost žen o antikoncepčních metodách. Z celkového počtu 28 dotazovaných odpovědělo 15 respondentek ano a 13 respondentek se domnívá, že je informovanost dostačující.

5. Diskuze

Informace byly získány v nemocnici České Budějovice a.s. a v nemocnici Tábor a.s. Výzkum byl proveden pomocí dvou typů dotazníků. Na první dotazník, pro hospitalizované ženy ve fertilním věku, týkající se informovanosti o ženské sterilizaci odpovědělo 93 respondentek. Na druhý dotazník, určený zdravotním sestřám a porodním asistentkám na oddělení gynekologie odpovědělo 28 respondentek.

Výzkumný soubor tvořen ženami ve fertilním věku, tj. 18-50 let tvořily ženy všech věkových kategorií, z nichž největší zastoupení měly respondenty ve věku 26 až 35 let. Respondentky užívaly různé druhy antikoncepce. Jako nejčastěji používaná se ukázala antikoncepce hormonální (tabletky). Většina respondentek, tedy 80 žen (z celkového počtu 93) označilo, že jsou se svou antikoncepcí spokojeny. Zbýlých 13 respondentek projevilo nespokojenost (viz Grafy 1, 2, 3). U otázky druhé mě velmi překvapil počet žen, které zvolily odpověď: nepoužívám žádnou antikoncepční metodu. Žen, které tuto odpověď zvolily, bylo 29. Ovšem i přes tuto situaci označila větší část respondentek, že jsou s tímto stavem a tudíž se svou antikoncepční metodou spokojeny. Mohu pouze předpokládat, že u respondentek, které antikoncepci neužívají, může být příčinou důvod plánovaného rodičovství, nestálý nebo žádný sexuální partner, či důvody náboženské.

Další otázky v dotazníku již souvisely s tématem sterilizace. V pořadí čtvrtá otázka se týkala zjištění, zda ženy vědí co to ženská sterilizace vůbec je. Z celkového počtu 93 respondentek odpovědělo 67 dotazovaných správně. Tedy, že jde o podvázání vejcovodů, čímž dochází k zabránění těhotenství. Z pohledu provedeného výzkumu formou dotazníků je tento výsledek výborný, avšak je třeba zdůraznit, že na následující pátou otázku, zda jim někdo informace o sterilizaci poskytl, odpovědělo kladně pouze 42 z dotazovaných a zbylých 51 žen odpovědělo záporně.

Pro respondenty jež odpověděly kladně, byla určena i otázka šestá, kde jsem zjišťovala, kdo jim tuto informaci poskytl. Největší zastoupení tvořila odpověď gynekolog, což bylo 22 (z celkového počtu 42) odpovědí. Jako další v pořadí následovala odpověď jiné

(většinou odborná literatura), 5 dotazovaných se informace dozvěděly od kamarádky a zbytek z médií (viz. Grafy 4, 5, 6).

Další, tedy sedmá otázka v pořadí byla určena opět pro všechny respondentky a zajímala jsem se, zda s nimi jejich gynekolog o sterilizaci jako o antikoncepční metodě hovořil. Kladně odpovědělo pouze 23 respondentek, zbylých 70 žen odpovědělo záporně. Je však potřeba si uvědomit, že největší zastoupení mezi dotazovanými měly ženy ve věku od 26 do 35 let, což může značně přispět k tak malému počtu kladných odpovědí.

Osmá otázka byla opět jen pro ženy, které odpověděly na předchozí otázku kladně. Zjišťovala jsem, kdo rozhovor na toto téma začal. Z celkového počtu 23 respondentek odpovědělo 11 žen, že rozhovor začaly samy a poté jim lékař nějaké informace poskytl. Devět žen odpovědělo, že rozhovor začal lékař a 3 respondentky zvolily odpověď nevím (viz. Graf 7,8). Vzhledem k počtu odpovědí, kdy první iniciativu musela mít sama respondentka, se mi tato situace nezdá příliš příznivá. Je potřeba se zamyslet, zda by tuto iniciativu neměl přebrat spíše lékař. Touto situací by se teoreticky mohl zvýšit výskyt sterilizovaných žen, a tudíž by se Česká republika mohla pomalu vyrovnávat rozvojovým zemím, kde podle literárních údajů je sterilizace jako antikoncepční metoda více rozšířená (viz. UZEL, R. *Sterilizace: trvalá neboli chirurgická antikoncepce*).

Další otázky v pořadí byly opět určeny pro všechny respondentky. Cílem deváté otázky bylo zjistit, zda respondentky chtějí mít v budoucnu ještě potomky. Největší počet odpovědí, tedy 39, tvořila odpověď ano, 27 respondentek odpovědělo záporně (ne), 26 zvolilo odpověď spíše ne a 7 respondentek spíše ano. U grafu 10, jehož cílem bylo zjistit, zda respondentky v budoucnu uvažují o podstoupení sterilizace tvořila největší skupinu odpověď ne a to v počtu 62. Další v pořadí byla odpověď spíše ne a to v počtu 29, pět respondentek odpovědělo spíše ano a pouze 3 ano. Tento výsledek mě celkem překvapil, protože z celkového počtu 93 dotazovaných bylo 34 respondentek starších 36 let a tudíž by řada z nich měla teoreticky na sterilizaci ze zákona právo.

Otázky číslo 11 a 12 byly určeny opět pro všechny respondentky.

Otázka číslo 11 vyjadřuje osobní názor žen na sterilizaci. Z celkového počtu 93 dotazovaných odpovědělo 61, že jde o vhodnou metodu pro páry, které již nechtějí děti.

Odpověď za b) nevhodná metoda – dochází k poškození pohlavních žláz ženy, zvolilo 8 respondentek a zbylých 25 si myslí, že sterilizace je nevhodná metoda, při které dochází ke ztrátě “ženskosti”. Graf 12 se týká důvodů, proč by ženy *nepodstoupily* sterilizaci. Největší zastoupení, tedy 32 odpovědí měl důvod trvalé neplodnosti, 20 žen zvolilo jako důvod nedostatek informací, 15 žen odpovědělo neznámé zákonné podmínky pro provedení výkonu a 26 ženám vadilo, že jde o operační zásah do těla. Sečteme-li počet respondentek, které odpověděly, buď že neznají zákonné podmínky nebo z důvodu nedostatku informací, zjistíme, že takto odpovědělo 35 žen, což je přes 1/3 dotazovaných. Tento výsledek je poměrně velké číslo, které by mělo alarmovat, že by se informovanost především ze stran gynekologů měla zvýšit.

Graf 13 znázorňuje odpovědi všech 93 respondentek na otázku, zda jim někdo poskytl informace týkající se zákonných podmínek sterilizace. Kladně odpovědělo pouze 16 z dotazovaných. I zde je potřeba se zamyslet, protože gynekolog na toto téma (viz. ot. 7) hovořil ve 23 případech, ale zákonné podmínky zná pouze část z nich.

Graf 14 znázorňuje, zda ženy mají alespoň představu, co do zákonných podmínek patří. Respondentky si mohly vybrat z více odpovědí. Závažný zdravotní stav zvolilo 50 respondentek, věk ženy nad 30 let a 2 děti – 10, věk ženy nad 35 let a 3 děti – 30, žena se 4 dětmi bez závislosti na věku – 21, po druhém (po sobě se opakujícím) císařském řezu – 20, po třetím (po sobě se opakujícím) císařském řezu – 18, užívá-li žena takovou antikoncepci, která je nespolehlivá zvolilo 5 respondentek a odpověď: stav, kdy by při případném otěhotnění docházelo k vážnému ohrožení života ženy zvolilo 62 respondentek. Vzhledem k odpovědím a především k počtu žen, které byly o zákonných podmínkách informovány, mohu konstatovat, že většina respondentek odpovědi spíše tipovaly, než aby opravdu zákonné podmínky znaly.

Otázkou číslo 15 v dotazníku jsem zjišťovala, zda ženám někdo poskytl informace o zákonných podmínkách pro sterilizaci. Z celkového počtu 93 respondentek odpovědělo pouze 15 dotazovaných kladně, zbylých 78 záporně. Otázka 16 navazuje na otázku předchozí a zjišťují od 15 respondentek, které odpověděly kladně, kdo jim informace o zákonných podmínkách poskytl. V deseti případech to byl gynekolog, ve 2 případech kamarádka a 3 respondentky odpověděly jiné (bez bližší specifikace).

Další otázky v pořadí jsou pouze informační. U otázky 17 zjišťuji, co si ženy myslí o spolehlivosti této antikoncepční metody. Z celkého počtu 93 dotazovaných zvolilo 56 respondentek odpověď první, tedy že je metoda 100 % spolehlivá a zbylých 37 respondentek se domnívá, že je metoda spolehlivá, ale je zde minimální riziko selhání. Odpověď „ne, je zde velké riziko selhání“ nezvolil nikdo z dotázaných. Otázkou číslo 18 od respondentek zkoumám, zda je možné mít po sterilizaci děti. Kladně odpovědělo 19 respondentek, záporně 50 a 24 respondentek zvolilo odpověď nevím (viz. Grafy 17,18).

Poslední dvě otázky jsou zaměřeny na edukační materiály (letáky, brožury) na toto téma u obvodních gynekologů. U otázky 19 se ptám, zda nějaké informace na toto téma u svého lékaře zahlédly. Větší část, tedy 72 respondentek odpovědělo záporně, zbylých 21 kladně. Poslední je otázka, zda by ženy ocenily u svého obvodního gynekologa nějaké informace (letáky) o sterilizaci. Kladně odpovědělo 34 respondentek, záporně 19 a zbylých 40 zvolilo odpověď nevím.

Druhý výzkumný soubor tvořen zdravotními sestrami a porodními asistentkami pracujícími na gynekologickém oddělení, byl složen z 28 respondentek. Cílem výzkumu bylo zjistit, zda a případně jakou formou zdravotní sestry/porodní asistentky informují hospitalizované ženy (které by měly na výkon právo) o sterilizaci.

Výzkumný soubor tvořily sestry/porodní asistentky s různě dlouhou praxí. Největší zastoupení měly respondentky pracující 0-5 let a to v počtu 15. Respondentky měly také různou úroveň vzdělání a to vzdělání úplné střední odborné, vyšší odborné a vysokoškolské. Nejvíce zástupkyň bylo z řad střední odborné vzdělání a to v počtu 16 respondentek (viz. Grafy 21, 22).

Další otázky v dotazníku se již týkaly sterilizace. Graf 23 značí, jak se ženy sester (ne)dotazují na možnost této antikoncepční metody. Z celkového počtu 28 sester odpovědělo 17 z nich záporně, zbylých 11 kladně. Graf 24 označuje odpovědi respondentek na otázku, zda věnují lékaři ženám před sterilizací dostatek času. Největší zastoupení měla odpověď spíše ano a to v počtu 18, ano odpovědělo 8 dotázaných a 2 zvolily odpověď spíše ne.

Další graf, v pořadí pětadvacátý navazuje na předchozí a zjišťují, zda mají ženy před operací prostor na případné dotazy. Z celkového počtu 28 respondentek odpovědělo všech 28 kladně.

Výsledek grafu 26, který označuje odpovědi na otázku, zda ženy dostanou na případné dotazy dostačujících odpovědí, byl výborný. Všechny 28 dotazovaných odpovědělo kladně (viz. Grafy 24, 25, 26).

Graf 27 znázorňuje, jak jsou ženy, které mají na sterilizaci právo o této metodě informovány. Výsledek ukázal, že ženy informace dostanou, ale ve větším případě pouze tehdy, začnou-li se sami ptát. Takto odpovědělo 18 respondentek z 28 a pouze 4 zvolily odpověď, že jsou informovány. Zde je také potřeba se zamyslet, zda by tato iniciativa neměla být prvotní především ze stran obvodních gynekologů.

Graf číslo 28 měl za cíl zjistit, zda prvotní informaci o této metodě poskytuje lékař nebo spíše zdravotní sestra/porodní asistentka. Na tuto otázku, odpovídalo pouze 21 respondentek, které odpověděly na předchozí otázku kladně. Všechny 21 dotázaných odpovědělo, že primární informaci poskytuje lékař, nikoliv zdravotní sestra/porodní asistentka (viz. Graf 28).

Graf 29 označuje, jakým způsobem jsou informace o sterilizaci poskytovány. Na tuto otázku odpovídalo již všech 28 respondentek a mohly si vybrat více odpovědí. Největší zastoupení měl ústní rozhovor s pacientkou. Graf 30 se týká otázky, zda mají sestry/porodní asistentky dostatečné znalosti na téma sterilizace. Z celkového počtu 28 dotazovaných odpovědělo 21 respondentek spíše ano a zbylých 7 ano. Odpovědi spíše ne a ne ne zvolil nikdo z dotazovaných.

Graf 31 uvádí, jaká je frekvence sterilizace v nemocnicích. Největší zastoupení a to v počtu 26, měla odpověď minimálně jednou za měsíc.

Další 32 graf se týká případného setkání se sester s refertilizační operací. Z celkového počtu 28 dotazovaných se s touto operací setkaly pouze 3 respondentky. Vzhledem k tomu, že je dnes rozšířená metoda asistované reprodukce, výskyt refertilizační operace upadá. Pro zajímavost uvádím, že tři respondentky, které se s refertilizační operací setkaly, měly za sebou delší praxi. Jedna respondentka měla praxi dlouhou 6-10 let, druhá 11-20 let a třetí pracovala v praxi déle jak 20 let. Z tohoto

výsledku lze tvrdit, že tyto operace byly prováděny v dřívějších letech, kdy metoda asistované reprodukce ještě nebyla rozšířená (viz. Grafy 31, 32).

Poslední dvě otázky v dotazníku se týkají informovanosti ženské veřejnosti o antikoncepčních metodách. Graf 33 označuje názor sester/porodních asistentek na otázku, zda je veřejnost (ženy) dobře informována o různých možnostech antikoncepce. Největší počet odpovědí a to v počtu 15 je spíše ano, 9 respondentek odpovědělo ano, 3 spíše ne a 1 ne.

Graf 34 navazuje na graf předchozí a jeho cílem bylo zjistit, zda je potřeba zvýšit informovanost veřejnosti o antikoncepčních metodách. Z celkového počtu 28 respondentek odpovědělo 15 z dotazovaných kladně a zbylých 13 záporně.

Snaha o zabránění početí provázela lidstvo snad v celém jeho vývoji. Rozvoj nových kontracepčních metod tedy není sám o sobě novým objevem, novým se však stává široký rozvoj všech možných metod a jejich užívání. Cílem nových kontracepčních metod není pouze omezení fertility, ale postupně se stává důležitou složkou reprodukčního zdraví. Sterilizace v rozvinutých zemích zůstává metodou, která má (spolu s nitroděložním tělískem) přednost před orální steroidní kontracepcí a kondomy (7).

6. Závěr

Žijeme v době, kdy pohlavní styk neslouží pouze k účelu početí dětí, ale také k lidskému potěšení a rozkoši. Díky novému rozvoji antikoncepčních metod mají ženy na výběr z mnoha forem antikoncepce, kdy jednou z nich je i ženská sterilizace. Sterilizace má díky svému trvalému účinku specifické postavení mezi ostatními metodami. Nežli se žena pro tento zákrok rozhodne, musí si být naprosto jistá, že si další potomky již nepřeje. Ženská sterilizace u nás není příliš rozšířena, většina ženské populace stále užívá perorální hormonální kontracepci. Cílem mé bakalářské práce byla analýza dat, která byla spojena s ženskou sterilizací. Provedeným výzkumem byly sledovány čtyři základní cíle.

Prvním cílem bylo zjistit, jaká je informovanost žen o sterilizaci jako formě trvalé antikoncepce. Výzkumem se měla potvrdit hypotéza, že ženy jsou informované. Výsledky čtvrté otázky (viz. Graf 4, str. 40) v dotazníku pro ženy ve fertilním věku označují, že většina žen (67 žen z 93) ví, co to ženská sterilizace je. Informace (od různých zdrojů - viz Graf 5) o ženské sterilizaci mělo 42 respondentek (z celkového počtu 93). Protože větší část respondentek byla ve věku do 35 let nebo mladší a tudíž většina neměla na sterilizaci ze zákona právo, považují tento výsledek za dobrý. Tato hypotéza byla tedy potvrzena.

Druhým cílem bylo zjistit, zda ženy o sterilizaci jako o formě trvalé antikoncepce v budoucnu uvažují. Hypotéza předpokládala, že ženy starší 35 let preferují sterilizaci před ostatními antikoncepčními metodami. Většina žen v tomto věku používá perorální hormonální kontracepci, proto je tato hypotéza nesprávná. Hypotéza nebyla potvrzena.

Třetím cílem bylo zjistit, zda ženy znají zákonné podmínky pro provedení sterilizace. Výzkumem se měla potvrdit hypotéza, že ženy zákonné podmínky znají. Tuto situaci označuje graf 14 (viz. 14 otázka z dotazníku pro ženy ve fertilním věku), kdy z výsledků šetření bylo znát, že respondentky odpovědi spíše tipovaly. Tato situace souvisí též s grafem 13 (viz. 13 otázka z dotazníku pro ženy ve fertilním věku), kdy pouze 16 žen (z celkového počtu 93) bylo od svého obvodního gynekologa informováno o zákonných podmínkách sterilizace. Hypotéza se nepotvrdila.

Posledním, tedy čtvrtým cílem bylo zjistit, jakou formou a zda vůbec porodní asistentky a zdravotní sestry na oddělení gynekologie informují pacientky o možnostech sterilizace. Poslední hypotéza předpokládala, že porodní asistentky a zdravotní sestry na oddělení gynekologie neinformují pacientky o možnostech sterilizace. Tato hypotéza byla potvrzena.

Díky těmto dosaženým výsledkům, lze konstatovat, že úroveň informovanosti žen o této antikoncepční metodě není příliš velká a ani není sterilizace jako metoda příliš rozšířena. Díky výsledkům dotazníků pro zdravotní sestry/porodní asistentky sami respondentky v poslední otázce (viz. Graf 34) z větší části odpovídaly, že by se informovanost žen o antikoncepčních metodách měla zlepšit. Bylo by vhodné, aby obvodní gynekologové měli ve svých ordinacích různé edukační materiály o ženské sterilizaci (i ostatních antikoncepčních metodách), kde by si ženy mohly případně vybrat, která metoda by pro ně byla nejvhodnější.

S ohledem na dosažené výsledky výzkumu bude připraven edukační materiál (viz. Příloha č. 5), jenž bude publikován prostřednictvím informačních letáků, kterým se budu snažit o to, aby se informovanost laické ženské veřejnosti o ženské sterilizaci zlepšila.

7. Seznam použitých zdrojů

1. BARTÁK, A. *Antikoncepce: druhy antikoncepce, hormony, když všechno selže*. 1.vyd. Praha: Grada, 2006. 130 s. ISBN 80-247-1351-9
2. CAROLYN, B. Tubární sterilizace. *Gynekologie po promoci*, 2009, roč. 9, č. 4, s. 25-30. ISSN 1213-2578
3. CITTERBART, K. et al. *Gynekologie*: 1.vyd. Praha: Galén, Karolinum 2001. 277 s. ISBN 80-7262-094-0
4. DOSKOČIL, A. et al. *Porodnické operace*: 1.vyd. Praha: Grada, 2007. 376 s. ISBN 978-80-247-0881-2
5. DRAHOŇOVSKÝ, J. Hysteroskopická sterilizace. *Gynekolog*, 2002, roč. 11, č. 5, s. 266-267. ISSN 1210-1133
6. FAIT, T. *Účelná antikoncepce*. [online]. [cit. 2004-03-29]. Dostupné z: www.edukafarm.cz/clanek_tisk.php?id=294 >.
7. FUCHS, V. Vývoj moderní kontracepce. *Praktický lékař*, 2002. roč. 82, č. 10, s. 594-598. ISSN 0032-6739
8. HOLUB, Z. et al. *Minimálně invazivní operace v gynekologii*: 1.vyd. Praha: Grada, 2005. 232 s. ISBN 80-247-0834-5
9. CHMEL, R. Je sterilizace pastí na lékaře? *Medical Tribune*, 2008, roč. 4, č. 9, s. A15. ISSN 1214-8911
10. KOZÁKOVÁ, M. Situace v ČR v oblasti sterilizace. *Zdravotnictví v České republice*, 2009, roč. 12, č. 1, s. 32-34. ISSN 1211-1058
11. KOBILKOVÁ, J. *Technika gynekologických abdominálních operací*: 1.vyd. Praha: Grada, 2000. 283 s. ISBN 80-7169-494-0
12. KUČERA, E. Sterilizace muže a ženy-indikace, technika, komplikace. *Moderní gynekologie a porodnictví*, 2001, roč. 10, č. 2, s. 173-177. ISSN 1211-1058
13. KUŽEL, D. Hysteroskopická tubární sterilizace. *Gynekologie po promoci*, 2007, roč. 7, č. 1, s. 27. ISSN 1213-2578

14. LABUSOVÁ, E. Sterilizace/Vazektomie. *Aperio*, 2001, roč. 3, č. 2, s. 11. ISSN 1213-7389
15. MACH, J. *Medicína a právo*: 1.vyd. Praha: C.H.Beck, 2006. 257 s. ISBN 80-7179-810-X
16. MACH, J. *Zdravotnictví a právo*: 2. rozš. a dopl. vyd. Praha: LexisNexis CZ, 2005. 455 s. ISBN 80-86199-93-2
17. MERKI, S. G. et al. Ist die Tubensterilisation noch eine zeitgemasse Verhuthungsmethode? *Gynäkolog Geburtshilfe Rundsch*, 2003, s. 25-30, IS 1018-8843
18. NANDA International. *Ošetrovatelské diagnózy - Definice a klasifikace 2009-2011*: 1. vyd. Praha: Grada, 2010. 480 s. ISBN 978-80-247-3423-1
19. PAŘÍZEK, A. *Ženská sterilizace* [online]. [cit. 2004-03-29]. Dostupné z: <<http://www.porodnice.cz/node/33288>>
20. RINGLER, M. Psychologische Aspekte der Langzeitkontraception. *Gynäkolog Geburtshilfe Rundsch*, 2001, s. 250. IS 1018-8843
21. ROB, L. et al. *Gynekologie*: 2. vyd. Praha: Grada, 2008. 319 s. ISBN
22. ROZTOČIL, A. et al. *Moderní porodnictví*: 1.vyd. Praha: Grada, 2008. 405 s. ISBN 978-80-247-1941-2
23. ŘEŽÁBEK, K. *Léčba neplodnosti*: 4. aktualizované vyd. Praha: Grada, 2008. 176 s. ISBN 978-80-247-2103-3
24. SIMON, H. Hysteroskopická tubární sterilizace. *Gynekologie po promoci*, 2007, roč. 7, č. 1, s. 24-26. ISSN 1213-2578
25. SLEZÁKOVÁ, L. et al. *Ošetrovatelství v gynekologii a porodnictví*: 1. vyd. Praha: Grada, 2011. 280 s. ISBN 978-80-247-3373-9
26. STHOVALL, G. *Vaginal Tubal Sterilization* [online]. [cit. 2004-03-04]. Dostupné z: <<http://www.ddha.com/viewArticle?ID=9761>>
27. SWIRZEWSKI, S. *Permanent Birth Control* [online]. [cit. 2000-01-11]. Dostupné z: <<http://www.womenshealthchannel.com/contraception/permanent.shtml>>

28. ŠEBKOVÁ, S. Průvodce antikoncepcí [online]. [cit. 2004-09-20]. Dostupné z: http://www.medicina.cz/verejne/clanek.dss?s_id=6256&s_rub=0&s_sv=56&s_ts=39247,39375
29. TATE, P. *Příručka komunikace pro lékaře: jak získat důvěru pacienta*: 1. vyd. Praha: Grada, 2005. 164 s. ISBN 802-47-0911-2
30. TOŠNER, J. Přehled prospěchu a rizik sterilizace. *Gynekolog*, 2005, roč. 14, č. 3, s. 142-143. ISSN 1210-1133
31. UZEL, R. *Sterilizace: trvalá neboli chirurgická antikoncepce* [online]. [cit. 2004-03-29]. Dostupné z: http://www.medicina.cz/verejne/clanek.dss?s_id=2460&s_rub=145&s_sv=1&s_ts=40489,4220138889
32. VACEK, Z. *Embryologie: učebnice pro studenty*: 1. vyd. Praha: Grada, rok. 255 s. ISBN 80-247-1267-9
33. VETRUBA, D. Laparoskopická sterilizace. *Moderní gynekologie a porodnictví*, 2002, roč. 11, č. 3, s. 378-384. ISSN 1211-1058
34. WEISS, P. et al. *Sexuologie*: 1. vyd. Praha: Grada, 2010. 744 s. ISBN 978-80-247-2492-8
35. YAMADA, S. Předoperační vyšetření před gynekologickými operacemi [online]. [cit. 2005-05-30]. Dostupné z: <http://www.tribune.cz/clanek/7311-predoperacni-vysetreni-pred-gynekologickymi-operacemi>
36. ZÁKON č. 20/1966 Sb., směrnice Ministerstva zdravotnictví č.1/1972 o provádění sterilizace
37. ZÁMEČNÍK, L. Právní úprava vazektomie z antikoncepčních důvodů v České republice. *Urologické listy*, 2009, roč. 7, č. 2, s. 20-56. ISSN 1801-7584

8. Klíčová slova

Antikoncepce

Edukace

Sterilizace

Žena

9. Přílohy

Příloha 1 Dotazník pro ženy ve fertilním věku

Příloha 2 Dotazník pro zdravotní sestry/porodní asistentky

Příloha 3 Operační techniky tubární sterilizace

Příloha 4 Informovaný souhlas s laparoskopickou sterilizací

Příloha 5 Edukační materiál o ženské sterilizaci

Příloha č. 1 Dotazník pro ženy ve fertilním věku

Dobrý den,

jsem studentka 3. ročníku JU ZSF obor porodní asistentka. Tímto bych Vás chtěla požádat o vyplnění krátkého dotazníku, který bude podkladem pro mou bakalářskou práci na téma „Ženská sterilizace jako forma trvalé antikoncepce“. Dotazník je anonymní. Pokud není uvedeno jinak, zakroužkujte prosím jen jednu odpověď.

Velmi Vám děkuji za čas, který strávíte vyplněním mého dotazníku.

Lošková Lucie

1) Kolik je Vám let?

- a) 18-25
- b) 26-35
- c) 36-45
- d) 46 a více

2) Jakou antikoncepci nyní používáte?

- a) prezervativ (kondom)
- b) nitroděložní tělísko
- c) hormonální antikoncepce (tabletky)
- d) Depo-Provera (injekce)
- e) antikoncepční náplast
- f) nepoužívám žádnou antikoncepci
- g) jiné: (prosím doplňte)

3) Jste s Vaší antikoncepční metodou spokojená?

- a) ano
- b) ne

4) Co to je ženská sterilizace?

- a) odstranění vejcovodů, jež zabraňuje těhotenství
- b) podvázání vejcovodů, jež zabraňuje těhotenství
- c) neschopnost ženy počít dítě
- d) odstranění vejcovodů, vaječnicků a dělohy

5) Poskytl Vám někdo informaci (informace) o ženské sterilizaci?

- a) ano
- b) ne (přeskočte otázku č. 6)

6) Kdo Vám informace poskytl?

- a) gynekolog
- b) porodní asistentka
- c) kamarádka
- d) časopis
- e) televize
- f) internet
- g) jiné: (prosím doplňte)

7) Hovořil s Vámi někdy lékař na téma ženské sterilizace?

- a) ano
- b) ne (přeskočte otázku č. 8)

8) Kdo rozhovor na téma sterilizace začal?

- a) Vy
- b) lékař
- c) nevím

9) Přejete si mít v budoucnu ještě potomky?

- a) ano
- b) spíše ano
- c) spíše ne
- d) ne

10) Uvažujete v budoucnu o podstoupení sterilizace?

- a) ano
- b) spíše ano
- c) spíše ne
- d) ne

11) Jaký je Váš osobní názor na sterilizaci?

- a) vhodná metoda pro páry, které již nechtějí děti
- b) nevhodná metoda – dochází k poškození pohlavních žláz
- c) nevhodná metoda – ztráta ženskosti

12) Z jakého důvodu byste *nepodstoupila* sterilizaci?

- a) nedostatek informací
- b) trvalá neplodnost
- c) neznám podmínky pro její provedení
- d) operační zásah do těla

13) Znáte zákonné podmínky ženské sterilizace?

- a) ano
- b) ne

14) Co si myslíte, že patří do zákonných podmínek pro sterilizaci?

(Lze zaškrtnout více odpovědí)

- a) závažný zdravotní stav ženy
- b) věk ženy nad 30 let a více jak dvě děti
- c) věk ženy nad 35 let a tři děti
- d) žena se čtyřmi dětmi bez závislosti na věku
- e) po druhém (po sobě se opakujícím) císařském řezu
- f) po třetím (po sobě se opakujícím) císařském řezu
- g) používá-li žena takovou antikoncepci, která je nespolehlivá
- h) onemocnění ženy kde by případné těhotenství ohrozilo její život

15) Poskytl Vám někdo informaci o zákonných podmínkách sterilizace?

- a) ano
- b) ne (přeskočte otázku č.16)

16) Kdo Vám tuto informaci poskytl?

- a) gynekolog
- b) porodní asistentka
- c) kamarádka
- d) časopis
- e) televize
- f) internet
- g) jiné: (prosím doplňte)

17) Myslíte, že ženská sterilizace jako antikoncepční metoda spolehlivá?

- a) ano, je 100% spolehlivá
- b) ano, ale je zde minimální riziko selhání
- c) ne, je zde velké riziko selhání

18) Myslíte, že je možné mít po sterilizaci děti?

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

19) Zhlédla jste u Vašeho obvodního gynekologa nějaké informace o ženské sterilizaci?

- a) ano
- b) ne

20) Ocenila byste u Vašeho gynekologa nějaké informace o sterilizaci?

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

Příloha č. 2 Dotazník pro zdravotní sestry/porodní asistentky

Vážené kolegyně,
jsem studentka 3. ročníku JU ZSF obor porodní asistentka. Tímto bych Vás chtěla požádat o vyplnění krátkého dotazníku, který bude podkladem pro mou bakalářskou práci na téma „Ženská sterilizace jako forma trvalé antikoncepce“. Dotazník je anonymní. Pokud není uvedeno jinak, zakroužkujte prosím jen jednu odpověď.

Velmi Vám děkuji za čas, který strávíte vyplněním mého dotazníku.

Lošková Lucie

1) Jak dlouho pracujete na gynekologickém oddělení?

- a) 0-5 let
- b) 6-10 let
- c) 11-20 let
- d) více jak 20 let

2) Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

- a) úplné střední odborné
- b) vyšší odborné vzdělání (VOŠ)
- c) vysokoškolské (Bc, Mgr.)

3) Dotazují se ženy na možnost ženské sterilizace?

- a) ano
- b) ne

4) Věnují lékaři pacientce před ženskou sterilizací dostatek času?

- a) ano
- b) spíše ano
- c) spíše ne
- d) ne

5) Má žena před operací prostor na případné dotazy?

- a) ano
- b) ne

6) Dostane na tyto dotazy dostačujících odpovědí?

- a) ano
- b) ne

7) Jsou ženy, které mají na sterilizaci právo o této metodě informovány?

- a) ano
- b) ano, ale pouze když se žena sama dotazuje
- c) ne (přejděte k ot. č.10)


- 8) Kdo ženě primární informaci o možnosti sterilizace poskytuje?**
- a) lékař
 - b) porodní asistentka/zdravotní sestra
- 9) Jakým způsobem jsou tyto informace poskytovány?**
Možno zakroužkovat více odpovědí
- a) prostřednictvím informovaného souhlasu
 - b) informační letáky (brožury) o ženské sterilizaci
 - c) ústní rozhovor
 - d) jiné: (prosím doplňte)
- 10) Myslíte si, že máte dostatečné znalosti na téma ženské sterilizace?**
- a) ano
 - b) spíše ano
 - c) spíše ne
 - d) ne
- 11) Jaká je frekvence výskytu ženské sterilizace na Vašem pracovišti?**
- a) min. jednou za měsíc
 - b) jednou za 3 měsíce
 - c) jednou za půl roku
- 12) Setkala jste se během Vaší praxe s refertilizační operací? (navrácení průchodnosti vaječníků)**
- a) ano
 - b) ne
- 13) Myslíte si, že ženy v ČR jsou dostatečně informovány o antikoncepčních metodách?**
- a) ano
 - b) spíše ano
 - c) ne
 - d) spíše ne
- 14) Měla by se zvýšit informovanost žen o antikoncepčních metodách?**
- a) Ano
 - b) Ne, je dostačující

Příloha č. 3 Operační techniky tubární sterilizace

Rok (léta)	Autoři	Princip metody
1823	James Blundell, Anglie	- návrh tubektomie při císařském řezu
1881	S. Lungren, Ohio, USA	- ligace tub
1910–1919	Madlener, Německo	- hedv. podvaz zhmožděné kličky v istm. části vejcovodu, týmž stehem podvaz obou ramének kličky (časté selhání)
1924	Frederick Irving Medical school, Harvard	- resekce vejcovodu mezi 2 „peány“ v istm. části, konce vejcovodu ošetřeny stehem. Oba konce tuby peritonealizovány
1929	Ralph Pomeroy, USA	- klička vejcovodu (2 cm) se podváže stehem. Klička se odstříhne, bez peritonealizace
1946	Uchida, Japonsko	- resekce tuby s podvazem obou konců. Distální konec vnořen do mezosalpingu, proximální překryt lig. teres
	Jerie Josef, ČSR	- sterilizace 1 stehem. Podvaz vejcovodu hedv. stehem 1,5 cm od dělohy. Intramurální část vejcovodu se odstraní skalpelem. vlákna stehu se vyvedou na přední a zadní děložní stěnu, konec vejcovodu se vnoří do mezosalpingu a zauzlí se. Operace je účinná, rychlá a elegantní.
1970	Laparoskopická sterilizace	- výhody mimo jiné krátké hospitalizace
1975	Hysteroskopická sterilizace	- v paracervikální anestezii, s kauterizací ústí vejcovodu
	Minilaparotomická sterilizace	- hl. v rozvoj. zemích
	Kryochirurgie	- uzavření intramurální části vejcovodu
	Okluze tuby svorkou n. prstencem	- The Filshie Clip; Falope n. Ycon prsteneček

Zdroj: FUCHS, V. Vývoj moderní kontracepce. *Praktický lékař*, 2002. roč. 82, č. 10, s. 594-598. ISSN 0032-6739 (7)

Příloha č. 4 Informovaný souhlas s laparoskopickou sterilizací

 <p>České Budějovice, B. Němcové 585/54, PSČ 370 87 <u>Gynekologicko-porodnické oddělení</u></p>
<p>Identifikace: (štítek)</p>
<p style="text-align: center;">Záznam o informovaném souhlasu s poskytnutím zdravotní péče <u>LAPAROSKOPICKÁ STERILIZACE</u></p>
<p>Vzhledem k povaze Vašeho onemocnění Vám bylo navrženo provedení chirurgického zákroku, který se nazývá laparoskopie. Tato operace je prováděna zcela běžně, a to buď z diagnostických a/nebo léčebných důvodů. Diagnosticky může laparoskopie sloužit ke zpřesnění diagnózy Vašeho onemocnění a umožní tak navrhnout další léčebný postup. Při operační laparoskopii pak může být buď odstraněn postižený orgán a/nebo může být proveden zákrok, který by měl Vaše potíže pomoci vyřešit.</p>
<p>1) <u>Povaha onemocnění:</u> <i>Nejedná se o onemocnění, rozhodla jste se pro laparoskopickou sterilisaci</i></p>
<p>2) <u>Plánovaný postup při léčbě:</u> <i>Laparoskopická operace, kdy přerušíme průběh vejcovodů abychom zabránily možnému otěhotnění.</i></p>
<p>3) <u>Účel zdravotního výkonu a jeho průběh:</u> <i>Účelem operace je zabránění nechtěnému těhotenství. Operace se provádí v celkové anestezii (uspání pacienta). Po uspání je pacientka vycévkována, aby byl prázdný močový měchýř. Pak je 1,5cm širokým řezem pod pupkem zavedena jehla, tou je do dutiny břišní nafouknut plyn (oxid uhličitý), poté je tímž řezem zaveden zavaděč a optická souprava, která umožní prohlédnout dutinu břišní. Při operaci je pacientka skloněna o několik stupňů hlavou dolů. Tím se střevní kličky odsunou z pánve, čímž se zlepší přehlednost vnitřních pohlavních orgánů u pacientky. Následuje přerušení průběhu vejcovodů „pálením“ speciálními laparoskopickými kleštěmi. Poté provedeme opláchnutí orgánů dutiny břišní speciálním roztokem, kontrola orgánů dutiny břišní, především dělohy, vaječnicků, vejcovodů, slepého střeva, jater a pobřišnice. Vyžaduje-li to situace, je z dutiny břišní vyveden jedním z vpichů drain (gumová hadička), který po operaci odvádí sekret z dutiny břišní. Poté je z dutiny vypuštěn plyn, zavaděče jsou vyjmuty a kůže je šita.. Pacientka je po operaci převezena na jednotku intenzivní péče nebo pooperační dospívací pokoj. Bolest je tlumena léky proti bolesti.</i></p>
<p>4) <u>Předpokládaný prospěch léčby a jeho význam pro zdravotní stav pacienta:</u> <i>Konečné řešení antikoncepční otázky.</i></p>
<p>5) <u>Možná rizika a důsledky navrhované léčby a jednotlivých zdravotních výkonů:</u> <i>Všeobecné komplikace provázející operační výkony jsou velmi řídké. Mezi ně patří tvorba krevních sraženin (trombóza), uzavření tepny – nejčastěji plicní krevní sraženinou (embolie), krvácení během operace nebo po operaci, infekce (záněť). Při operaci může dojít k laparoskopicky nevstavitelnému krvácení, poranění velkých cév, poranění střeva a nebo k poranění močového měchýře. Všechny tyto komplikace vyžadují změnu operačního přístupu a provedení řezu na břicho, aby mohly být náležitě ošetřeny a řešeny. Po operaci se vzácně může objevit krvácení do dutiny břišní, zánět nebo neprůchodnost střevní. Řešení by vyžadovalo provedení druhé operace, přístup by byl opět řezem na břicho (laparotomií).</i></p>

Po operaci mohou relativně vzácně vznikat srůsty, které mohou teoreticky zapříčinit neprůchodnost střevní, který by vyžadovala operační léčbu.

Kromě bolesti v oblasti vpichů se někdy může objevit i bolest v oblasti ramen a podžebří, která je způsobena plynem použitým během operace a polohou ženy při operaci.

Je třeba zdůraznit, že i tato velmi spolehlivá metoda má svá selhání, která jsou sice zcela výjimečná, ale nelze je vyloučit.

- 6) Údaje o možném omezení v obvyklém způsobu života a pracovní neschopnosti po provedení navrhovaného výkonu:

Po nekomplikované laparoskopické operaci je propuštění do domácího ošetřování možné obvykle třetí pooperační den. Pracovní neschopnost je vysoce individuální, záleží zda byla operace dokončena laparoskopicky či laparotomicky. Po laparoskopii s nekomplikovaným průběhem pooperačního období se její trvání může pohybovat okolo 14 dní. Pohlavní styk se nedoporučuje do první menstruace (za 4-6 týdnů). Do té doby je vhodné zachovávat zásady šestinedělí.

- 7) Údaje o léčebném režimu a vhodných preventivních opatřeních, o preventivních kontrolních léčebných nebo vyšetřovacích výkonech:

U obvodního gynekologa je vhodné se hlásit do 3 dnů, přičemž stehy se odstraňují ambulantně 7. pooperační den. Další ambulantní péče se pak řídí jeho rozhodnutím.

- 8) Alternativy plánovaného postupu při léčbě, jejich výhody a nevýhody:

Alternativou metody je nitroděložní tělíčko a hormonální kontracepce.

Pacientka souhlasí i s event. laparotomickým přístupem.

Byla jsem poučena o svém právu se svobodně rozhodnout o navrhovaném postupu při poskytování zdravotní péče.

Souhlas pacienta nebo zákonného zástupce s poskytnutím zdravotní péče

Já, níže podepsaná prohlašuji, že jsem obdržela výše uvedené informace a těmto informacím jsem porozuměla. Lékařem mi bylo vše osobně vysvětleno, měla jsem možnost klást doplňující otázky, na které mi bylo řádně odpovězeno.

Tomuto poučení a poskytnutým informacím jsem plně porozuměla. **Výslovně souhlasím s navrhovanou péčí a s provedením výše uvedeného výkonu.**

V případě výskytu neočekávaných komplikací vyžadujících neodkladné provedení dalších zákroků nutných k záchraně mého života nebo zdraví **souhlasím s provedením veškerých dalších potřebných a neodkladných výkonů nutných k záchraně mého života nebo zdraví.**

Dne:.....

Hodina:

Podpis pacienta (zákonného zástupce):.....

Podpis lékaře:.....

Podpis zúčastněné osoby:.....

Příloha 5 Edukační materiál o ženské sterilizaci



Zdroj a)

Vážené dámy,

Rozvoj nových metod, které slouží k ochraně před nechtěným těhotenstvím, není sám o sobě novým objevem. Novým se stává široký rozvoj všech možných metod a jejich užívání.

**Cílem tohoto materiálu je seznámit Vás
s antikoncepční metodou rozšířenou v rozvojových zemích
a to**

ŽENSKOU STERILIZACÍ



Co je ženská sterilizace?

Zdroj b)

Ženská sterilizace je velmi účinná antikoncepční metoda, která poskytuje spolehlivou ochranu před nechtěným těhotenstvím. Je vhodná především pro ženy, které již neplánují další potomky. Principem této antikoncepce je operativní zneprůchodnění vejcovodů ženy. Sterilizace je metoda, která díky svému trvalému účinku je zásahem na celý život a proto si žadatelka tento čin před jeho podstoupením musí důkladně promyslet. (4, 3).

Dochází v mém těle po zákroku k nějakým změnám?

Přestože při zákroku dochází k zneprůchodnění vejcovodů (většinu se přeruší, zalepí nebo podvážou)

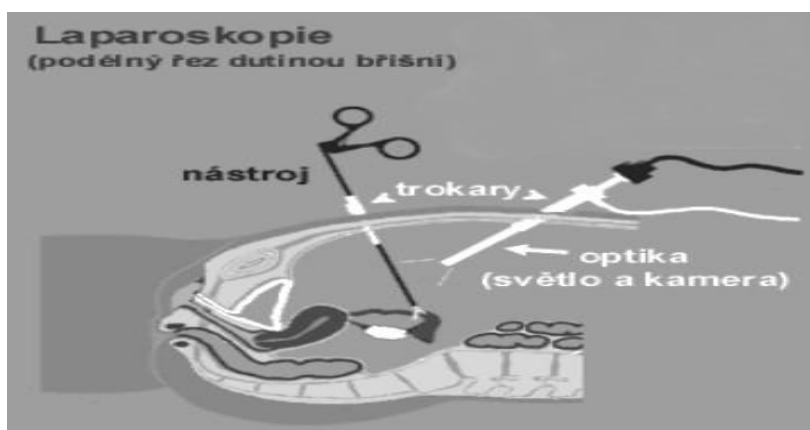
- ve vaječnících se neustále tvoří ženské hormony
- sexuální touha není ovlivněna
- nemá žádný vliv na menstruační cyklus (3)

!!! Jediné změny, které mohou nastat, je režim bezprostředně po operaci, kdy je nutné dodržování předepsané pooperační péče!!!

Jak se sterilizace provádí?

Výkon se dnes provádí pouze plánovaně. Může se provádět minilaparotomicky, laparoskopicky nebo transcervikálně.

1. *minilaparotomie* - dnes většinou sterilizace po porodu císařským řezem
2. *laparoskopie* - dnes nejrozšířenější, pomocí břišní optické aparatury při plné narkóze (viz. Zdroj c)
3. *sterilizace transcervikální* – vejcovody jsou přerušeny skrz dělohu v děložních rozích (1, 3)



Zdroj c)

Kdy mohu výkon podstoupit a kde o něj mohu zažádat?

- provádění sterilizace určuje v ČR Sterilizační zákon
- sterilizaci u nás nelze provést pouze na žádost ženy, výkon musí schválit sterilizační komise

INDIKACE VÝKONU - žena starší 35 let a více jak 3 děti

- žena se 4 dětmi bez závislosti na věku
- po třetím císařském řezu

Žena si musí vyzvednout příslušný formulář u svého gynekologa a ten by měl poskytnout i další informace (3).

! POKUD NA VÝKON MÁTE PRÁVO, NEBOJTE SE ZEPTAT!

Hrozí mi při operaci nějaké komplikace?

Vzhledem k tomu, že se jedná o operační zákrok v dutině břišní, může u ženy ke komplikacím dojít

- např. ke krvácení
- k poranění břišních orgánů
- k zánětu v břišní oblasti

Nicméně všechny tyto komplikace jsou **velmi řídké** (3).

Je sterilizace jako antikoncepce 100% účinná?

Přestože je tato metoda velmi účinná, může k selhání dojít. Uvádí se, že jde o *1-2 případy na 1000 provedených výkonů*.

- příčinou selhání metody je většinou špatné provedení výkonu operatérem
- pokud žena po výkonu otěhotní – je zde zvýšené riziko mimoděložního těhotenství (2).

Co když nastane situace, že budu po provedení výkonu děti chtít?

Může se stát, že dojde ke změně Vaší životní situace a Vy přesto, že jste sterilizaci podstoupila, byste si potomky ještě přála. I v této situaci je zde řešení.

- 1) zařazení ženy do programu asistované reprodukce (IVF)
- 2) složitá chirurgická sterilizace, která se snaží o opětovné zprůchodnění vejcovodů

Další operace se v současné době provádí pouze výjimečně, dává se přednost IVF programu. Naděje na otěhotnění je však menší, než před provedením sterilizace (1, 4).



Zdroj d)

Pokud Vás tato metoda zaujala nebo na ní máte ze zákona právo, **NEBOJTE SE ZEPTAT** svého obvodního gynekologa

Jistě Vám poskytne další informace týkající se tohoto tématu.

Použité zdroje:

28. CITTERBART, K. et al. *Gynekologie*: 1.vyd. Praha: Galén, Karolinum 2001. 277 s. ISBN 80-7262-094-0
29. KUČERA, E. Sterilizace muže a ženy-indikace, technika, komplikace. *Moderní gynekologie a porodnictví*, 2001, roč. 10, č. 2, s. 173-177. ISSN 1211-1058
30. LABUSOVÁ, E. Sterilizace/Vazektomie. *Aperio*, 2001, roč. 3, č. 2, s. 11. ISSN 1213-7389
31. ROB, L. et al. *Gynekologie*: 2. vyd. Praha: Grada, 2008. 319 s. ISBN 978-80-7262-501-7

Obrázky:

- a) <http://www.celostnimedicina.cz/sexualni-zivot-pri-diabetu.htm>
- b) http://www.kapezet.cz/admin/data/articlePictures/163/thumb_163.jpg
- c) www.igyn.cz/images/diagnosticka_lpsk.jpg
- d) http://data.babyonline.quonia.cz/Image/tehotenstvi_tyden_po_tydnu/10-19_tyden/.jpg