

JIHOČESKÁ UNIVERZITA V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH
ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍ FAKULTA

EDUKACE PORODNÍ ASISTENTKY O MOŽNOSTI VYUŽITÍ
ANTIKONCEPČNÍCH METOD U ŽEN PO PORODU

Bakalářská práce

2011

Vedoucí práce:
Mgr. Andrea Festová

Autor práce:
Eva Falářová, DiS.

Education of a midwife on the use of contraceptive methods in women after childbirth.

At present, family planning and availability of contraception have become a part of life. Therefore midwives need to be educated in this area to be able to provide mothers after childbirth with quality information concerning this issue within nursing care.

The main aim of this thesis was to identify the quality of midwives' education regarding contraception after childbirth and to find out how midwives orient themselves in contraceptive methods that may be used in confinement and breastfeeding periods. Another objective was to determine whether mothers after childbirth are well informed about the choice of appropriate contraceptives, and whether a midwife has an important role in educating mothers about contraception after childbirth. Research questions and hypotheses to meet the aims were stated.

To carry out this survey a qualitative research with the combination of a quantitative research was conducted. The qualitative research was carried out by an interview technique. Interviews were conducted with midwives in the department of gynecology and obstetrics in Strakonice hospital, Inc., with midwives from consulting rooms of gynecologists in Vodňany, Vimperk and České Budějovice and midwives providing field care in Strakonice, Tábor and Písek areas. The survey was conducted in March and April 2011.

The quantitative research study was carried out in consulting rooms of gynecologists in Strakonice, Vodňany and České Budějovice. To find the answers the technique of an anonymous questionnaire with 30 questions was used. Respondents were women after childbirth coming to consulting rooms of gynecologists for a check up after the confinement period. The total number of respondents was 121 (100%). The survey was conducted in March and April 2011.

The stated aims of the thesis were met. The qualitative research has shown that midwives orient themselves in methods of contraception. They apply this knowledge only when they see interest in mothers. Based on the quantitative research it is possible to set up two hypotheses. Hypothesis 1, which was confirmed: Mothers after childbirth

are educated to take an appropriate choice of contraception after childbirth. Hypothesis 2, that was not confirmed: According to the interviewed mothers, a midwife does not have an important role in education on the selection of appropriate contraception after childbirth.

In spite of the fact that education on family planning and contraception is a matter of midwives' job, midwives do not have an important role in education concerning this issue. Key information is provided by a doctor. Therefore, based on findings and results of the research, an educational plan and educational standards for education of midwives in primary care were made up.

Prohlášení:

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 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.

V Českých Budějovicích dne

.....

Eva Falářová

Poděkování

Děkuji Mgr. Andree Festové za metodické vedení a cenné rady při zpracování bakalářské práce. Dále děkuji porodním asistentkám za jejich spolupráci a vstřícnost. Též děkuji své rodině za podporu, kterou mi poskytovala po celou dobu mého studia.

Obsah

Úvod	3
1 Současný stav	5
1.1 Plánované rodičovství.....	5
1.2 Fyziologické šestinedělí.....	6
1.2.1 Fyziologické změny organismu	7
1.2.2 Laktace.....	8
1.2.3 Hojení porodního poranění	8
1.2.4 Psychologie šestinedělí	8
1.2.5 Komplikace v šestinedělí	9
1.3 Sexualita ženy po porodu.....	9
1.4 Edukace v ošetrovatelství	10
1.4.1 Metody a formy edukace	13
1.4.2 Význam edukace v profesi porodní asistentky	14
1.4.2.1 Úloha porodní asistentky v edukaci ženy po porodu na oddělení šestinedělí	15
1.4.2.2 Úloha porodní asistentky v edukaci ženy po porodu v oblasti antikoncepce	16
1.5 Metody antikoncepce a jejich využití u žen po porodu	17
1.5.1 Historie antikoncepce	18
1.5.2 Metody antikoncepce vhodné pro kojící ženu	19
1.5.2.1 Přírodní metody regulace fertility	20
1.5.2.2 Mechanické bariérové metody antikoncepce	21
1.5.2.3 Chemické bariérové metody.....	22
1.5.2.4 Nitroděložní antikoncepce.....	22
1.5.2.5 Hormonální gestagenní antikoncepce.....	25
1.5.2.6 Postkoitální (emergentní) antikoncepce	26
1.5.2.7 Sterilizace	27
1.5.3 Metody antikoncepce vhodné pro nekojící ženu	28
1.5.3.1 Kombinovaná hormonální antikoncepce	28
1.5.3.2 Transdermální antikoncepční systém – Evra.....	31

1.5.3.3	Vaginální kroužek – NuvaRing	31
1.5.4	Právní problematika antikoncepce	31
2	Cíle práce, výzkumné otázky a hypotézy	33
2.1	Předpokládané cíle práce	33
2.2	Výzkumné otázky	33
2.3	Hypotézy	34
3	Metodika	35
3.1	Popis metodiky	35
3.2	Charakteristika výzkumného souboru	35
4	Výsledky	37
4.1	Výsledky kvalitativního šetření	37
4.1.1	Rozhovory s respondentkami	37
4.1.1.1	Kazuistika 1	37
4.1.1.2	Kazuistika 2	39
4.1.1.3	Kazuistika 3	41
4.1.1.4	Kazuistika 4	43
4.1.1.5	Kazuistika 5	45
4.1.1.6	Kazuistika 6	47
4.1.1.7	Kazuistika 7	49
4.1.1.8	Kazuistika 8	52
4.1.1.9	Kazuistika 9	54
4.1.1.10	Kazuistika 10	56
4.1.1.11	Kazuistika 11	58
4.1.2	Sumarizace výsledků z rozhovorů s respondentkami	61
4.2	Interpretace výsledků kvantitativního šetření	73
5	Diskuse	95
6	Závěr	104
7	Seznam použitých zdrojů	106
8	Klíčová slova	109
9	Přílohy	110
9.1	Seznam příloh	110

Úvod

„Všechny dvojice i jednotlivci mají základní právo rozhodovat svobodně a zodpovědně o počtu svých dětí a o časovém odstupu mezi nimi a k tomuto jednání mají dostat informace a prostředky. Zodpovědnost dvojic a jednotlivců ve využití tohoto práva bere v úvahu životní potřeby jejich žijících a budoucích dětí a jejich zodpovědnost ke společnosti.“ (Světová populační konference OSN, Bukurešť, 1974).

Regulace počtu porodů provází lidský druh od jeho vzniku. Pravěké ženy buď kojily, nebo byly těhotné. Intervaly mezi porody upravovala intenzita kojení. S rozvojem civilizace začaly ženy kojit méně a objevil se pravidelný ovulační a menstruační cyklus, což mělo za následek populační explozi. Zanedbatelné však nebyly dopady na zdraví ženy. Těhotenství a porod představovaly a představují pro ženu fyzickou i duševní zátěž. V organismu ženy dochází k tělesným změnám; po stránce psychické se pak jedná o období plné emocí, kdy se mění struktura celé rodiny a žena si zvyká na novou roli matky. I když intimní život může být tím posledním, co mají matky po porodu na mysli, většina neplánovaných těhotenství vzniká právě v prvních měsících po porodu. Proto je důležité včas přemýšlet o vhodné antikoncepci a případné další těhotenství pečlivě plánovat. V současné době je dostupné velké množství moderních antikoncepčních prostředků, jen některé jsou však vhodné a lze je použít v období po porodu a při kojení. Volba antikoncepce je též ovlivněna řadou jiných faktorů a mění se podle potřeby páru. Porodní asistentka by měla umět pomáhat partnerům zvolit a používat takové antikoncepční metody, které jim umožní mít děti v čase, kdy je skutečně chtějí a očekávají. Proto je důležité, aby porodní asistentky byly vzdělané v této oblasti a byly schopny v rámci ošetrovatelské péče podporovat a edukovat ženy v otázkách plánovaného rodičovství a výběru vhodné antikoncepce po porodu.

Ve své bakalářské práci bych chtěla zjistit, jak se porodní asistentky orientují v metodách antikoncepce vhodných v období po porodu a při kojení a jakým způsobem a zda edukují ženy a matky po porodu v této oblasti. Neboť se domnívám, že zásadní informace týkající se této problematiky ženám poskytuje lékař. I přesto, že edukace

v oblasti antikoncepce a plánovaného rodičovství patří do kompetencí porodní asistentky. Také bych si chtěla ověřit, zda matky po porodu vůbec mají povědomí o vhodných metodách antikoncepce, které lze v tomto období použít. A pokud ano, jak kvalitní jsou jejich informace. Dále bych chtěla zjistit, jak významnou roli má v oblasti edukace o antikoncepci vhodné po porodu a při kojení porodní asistentka.

1 Současný stav

1.1 Plánované rodičovství

Plánované rodičovství je snaha partnerského páru, aby otěhotnění a porod nastaly v období pro rodinu z nejrůznějších důvodů optimálním a nedocházelo tím k nežádoucímu otěhotnění.

Plánované rodičovství může mít pozitivní nebo negativní charakter.

Pozitivní plánování rodičovství zahrnuje všechna opatření ze strany partnerského páru mít vlastní dítě. Na úrovni zdravotnické je to péče o neplodné páry. Pozitivní plánování obsahuje i tzv. „propopulační opatření“ společnosti a státu ke zlepšení populačního vývoje, jako jsou dávky v mateřství, daňové a jiné výhody pro rodiny s dětmi.

Negativní plánování rodičovství zahrnuje opatření vedoucí k zábraně nežádoucího těhotenství. Nejvýhodnějším způsobem regulace počtu narozených dětí je antikoncepce (kontracepce). Interrupce jsou po stránce zdravotnické i etické nejméně akceptabilním prostředkem regulace plodnosti (23, 25).

Plánované rodičovství je součástí reprodukčního zdraví a ve všech civilizovaných zemích světa patří mezi základní lidská práva umožňující každé ženě svobodně se rozhodnout o počtu svých dětí a době jejich narození (25).

Obecně platí názor podporovaný zdravotní politikou ve většině zemí, že každé dítě by mělo být chtěné, jeho příchod na svět by měl být plánován a s láskou očekáván. Přesto však existují sociální, kulturní, náboženské, ekonomické i politické důvody a postoje, které tento požadavek ne vždy zcela respektují.

Zásadou plánovaného rodičovství však není jenom svobodné rozhodnutí o termínu prvního porodu a o celkovém počtu dětí. Důležitý je také interval mezi jejich narozením. Velmi brzy po sobě následující porody ženu tělesně i duševně vyčerpávají a mateřství pak dostává poněkud hořkou příchut' únavy a výčitek. Objevuje se vyšší riziko novorozeneckých problémů, včetně vyšší pravděpodobnosti nedonošených dětí při dalších porodech. Dochází k finančnímu zatížení rodiny a zvyšuje se

pravděpodobnost, že se dětem nedostane té rodičovské péče, kterou potřebují k dosažení optimálního zdraví a plnému rozvoji (30).

V souvislosti se zásadními změnami populačního klimatu dochází v současné době ke změnám v oblasti reprodukčního chování, které jsou charakteristické rychlým a prudkým poklesem porodnosti, výrazným snížením počtu interrupcí, snížením sňatečnosti, s tím souvisejícím zvyšováním počtu dětí narozených mimo manželství a vzestupem rozvodovosti. Jde o soubor různých okolností a životních podmínek, které motivují přání založit rodinu. Rozhodnutím „mít dítě“ se rodiče vzdávají části jiných životních cílů. Mladá generace má velké možnosti seberealizace při studiu, cestování, výběr nových zajímavých povolání, pracovní stáže v zahraničí a stále nové možnosti využití volného času. Přibyly však také existenční starosti – nezaměstnanost, nárůst životních nákladů. Změnou hodnotového systému se věková hranice rodičů posunula směrem nahoru. Mladší generace žen odkládají narození dítěte do pozdějšího věku, čímž se však zároveň snižuje jejich schopnost otěhotnět. K realizaci požadavků reprodukčního chování přispěly i moderní prostředky, zejména spolehlivá a účinná antikoncepce. Vlivem edukace významně stoupla informovanost žen o vhodných metodách antikoncepce, o její dostupnosti a neškodnosti. Z těchto důvodů se plánované rodičovství v dnešní době stalo součástí životního stylu a řada párů k němu přistupuje zodpovědněji a pečlivě se na ně připravuje (19, 23).

1.2 Fyziologické šestinedělí

Šestinedělí je období, které je charakterizováno ústupem fyziologických změn spojených s adaptací organismu ženy na těhotenství. Hojí se poranění vzniklá během porodu a dochází k zahájení činnosti mléčné žlázy. Ukončení šestinedělí je individuální a zpravidla se za něj považuje ukončení poporodních involučních změn organismu matky a obnova menstruačního cyklu, která je závislá na trvání laktace a frekvenci kojení. Většina fyziologických změn ženy se však navrácí k normálu do šesti týdnů po porodu. Některé ale přetrvávají navždy a lze podle nich prokázat předcházející těhotenství (10, 23, 27).

1.2.1 Fyziologické změny organismu

Děloha se po porodu retrahuje a postupně dochází k její involuci. Retrakci dělohy doprovází sekrece zvaná očistky (lochia), která se v průběhu šestinedělí mění – od krvavých až po hlenovité. Hrdlo děložní se v průběhu šestinedělí formuje a uzavírá od vnitřní branky. Slizniční řasy v pochvě se vyhlazují. Zkrácení stěn poševních a jejich pokles vede k tomu, že vchod poševní lehce zeje, již není tak uzavřen. Adnexa klesají zpět do pánve. Břišní stěna a svalstvo pánevního dna se postupně zpevňují. Pigmentace kolem pupku, ve střední čáře pod pupkem – linea fusca, na zevních rodidlech, kolem análního otvoru, v jizvách a někdy i v obličejí mizí v několika dnech. Na kůži podbřišku, někdy hýždí a prsů, zůstávají drobné trhlinky kožního vaziva – pajizévky (strie), které z dřívější červené barvy postupně získávají perleťový lesklý vzhled. Některé ženy pozorují zvýšené vypadávání vlasů (10, 23).

Hormonální změny. Poporodní období je charakterizováno laktační amenoreou, která je způsobena náhlým snížením hladin estrogenů a progesteronu po porodu placenty a nárůstem hladiny prolaktinu, který je stimulován drážděním prsní bradavky ústy novorozence. Současně s útlumem ovariální funkce dochází i k poklesu produkce hladin testosteronu. U nekojících žen dochází k úpravě funkce hypotalamo-hypofýzo-ovariálního systému a menstruačního cyklu přibližně za 6-12 týdnů po porodu. První ovulace se objevuje mezi 70. a 75. dnem po porodu. U žen kojících, závisí délka anovulace na frekvenci kojení (23, 31).

Krevní a hemokoagulační systém. Po porodu se sníží celkový objem plazmy. Hladina krevního barviva se vrací na normální hodnoty, počet bílých krvinek a červených krvinek se zvyšuje. U některých žen po porodu zůstávají mírně rozšířené žíly na dolních končetinách, na zevních rodidlech, kolem řitního otvoru a také v malé pánvi. V každém dalším těhotenství se tyto změny stupňují (23).

Všechny ostatní systémy – kardiální, lymfatický, nervový, gastrointestinální se dostávají postupně do normálu, aniž by to žena nějak výrazně pociťovala (11).

1.2.2 Laktace

Mléčná žláza je hormonálně připravována na kojení během celého těhotenství současně s vývojem plodu. Vlastní kojení startuje hormon prolaktin, který je spolu s oxytocinem vyplavován na základě stimulace bradavek sáním kojence. Oba tyto hormony jsou vylučovány z hypofýzy. Zpočátku se tvoří tzv. kolostrum (mlezivo), které je bohaté na bílkoviny a minerály. Kolostrum je 2. až 3. den nahrazeno mlékem. Mateřské mléko je nejvhodnější způsob výživy pro dítě, jehož tvorba je podporována častým přikládáním kojence k prsu (10, 26).

1.2.3 Hojení porodního poranění

Porod, i přesto, že probíhá fyziologicky je spojen s pohmožděním či poraněním porodních cest. Jedná se o spontánně vzniklé ruptury hráze a pochvy, děložního hrdla, dále o provedenou epiziotomii, poranění struktur pánevního dna, eventuálně laparotomii v případech porodu císařským řezem. Každé poranění je nutné řádně chirurgicky ošetřit. Neošetřená a nebo nesprávně ošetřená poranění bývají příčinou velkých krevních ztrát a pozdějších anatomických a funkčních poruch (26, 31).

1.2.4 Psychologie šestinedělí

Psychika ženy v období šestinedělí je vystavena vysoké zátěži. Základní příčinou psychických změn na počátku šestinedělí je náhlá změna hladiny hormonů, která následuje po porodu. Mezi další příčiny patří fyzické změny probíhající v organismu a adaptace na novou roli matky. Žena bývá v prvních dnech po porodu unavená. Dochází ke změně životního stylu. Postupně si uvědomuje, že do každodenního života vstupuje péče o dítě. Žena se vyrovnává s přijetím novorozence jako samostatné bytosti, která existuje nezávisle na jejím těle. Navazuje k novorozenci citový vztah během péče o něj a během kojení a začíná mít obavy, zda novou roli zvládne. Stav radosti z narození dítěte střídají stavy nejistoty a skleslosti; ženy bývají plačtivé, úzkostné, podrážděné, náladové. Objevuje se tzv. poporodní blues. Jedná se o období přechodné a jeho příčina není známa. Čepický uvádí, že blues je přirozenou adaptační reakcí organismu ženy po porodu. V pozdním poporodním období pak záleží na osobnosti

ženy, na zkušenostech s péčí o dítě, na kvalitě rodinné podpory a na samotném dítěti, jak bude žena toto období prožívat (24).

1.2.5 Komplikace v šestinedělí

Šestinedělí představuje pro ženu určité rizikové období, neboť se v jeho průběhu mohou objevit i různé komplikace, které prodlouží návrat ženy do stavu před těhotenstvím. Patří k nim subinvoluce děložní, poporodní krvácení, poporodní infekce, hematomy, zánět žil, poruchy laktace, zánět prsu, poporodní deprese a poporodní psychózy (10, 26).

Moderní porodnictví však udělalo v druhé polovině dvacátého století obrovský pokrok ve snížení mateřské puerperální morbidity a mortality. Zásadní roli zde hraje prevence vzniku komplikací, podmíněná řádnou edukací ze strany porodní asistentky či lékaře, včasná diagnostika a léčba raných stádií onemocnění a problémů (26).

1.3 Sexualita ženy po porodu

V šestinedělí se proměňuje sexualita páru jako celku, koitální aktivita je snižena. Mezi ženou a mužem vstupuje nový fenomén v podobě rodičovství a dítěte. Žena je unavená, svoji energii věnuje především péči o dítě. Dochází k prudké změně životního stereotypu, mění se sociální uspořádání rodiny a psychický stav ženy. Sexuální život ženy po porodu bývá také omezen porodním poraněním. Dále pak hormonálními změnami, z nichž nejvýznamnější je zvýšená hladina prolaktinu v kombinaci s poklesem hladiny estrogenů. A právě tyto hormonální změny jsou příčinou snížené sexuální apetence, reaktivity a menší schopnosti dosažení orgasmu. Pohlavní život by měl být obnoven dle doporučení odborníků, když se žena cítí připravena, obvykle za čtyři až šest týdnů po porodu a to v případě, kdy šestinedělí není komplikováno infekcí nebo špatným hojením porodního poranění. Muži se někdy obtížně vyrovnávají se změnou role své partnerky. Měli by však přání ženy respektovat a mít porozumění s vědomím, že potíže jsou obvykle přechodné. Někdy necítí sexuální motivaci oba partneři a období je různě dlouhé. Z lékařského hlediska není námitek proti pohlavnímu styku po třech týdnech po porodu, kdy již jsou zhojena porodní poranění, včetně

fyziologické rané plochy v děloze v místě uložení placenty. Některé ženy obnovují sexuální aktivitu dříve, většina však vyčkává do konce šestinedělí a často je v této fázi rozhodující slovo lékaře při kontrole po šestinedělí. Ženy po porodu císařským řezem obnovují sexuální aktivitu o něco dříve než po spontánním porodu, ale jiné rozdíly mezi oběma skupinami nejsou. První pohlavní styky po porodu jsou často problematické a jsou doprovázeny bolestí – dyspareunie, která je způsobena zhoršenou lubrikací pochvy a změnou ve složení poševního sekretu. Často je to pouze strach z bolestivého pohlavního styku, proč ženy sexuální styk odmítají. Pokud ženě přináší pohlavní styk nepříjemné pocity, ale touha po sexu je zachována, může se pár oddávat jiným formám milování nebo se jen těšit z intimních chvil a z toho, že jsou spolu (18, 24, 31).

Těhotenství a porod představují pro ženu zátěž jak po stránce fyzické, tak i po stránce psychické. Málokterá žena si přeje otěhotnět v brzké době po porodu. Pokud se žena rozhodne po porodu opět zahájit pohlavní život, měla by být řádně edukována o možnostech výběru vhodné metody antikoncepce (30).

1.4 Edukace v ošetřovatelství

V posledních letech se stále častěji klade důraz na edukaci a edukační proces v ošetřovatelství jako na součást kvalifikované péče. Pojem edukace (z latinského *educare*, *educare*) je definován jako „*proces soustavného ovlivňování chování a jednání jedince s cílem navodit pozitivní změny v jeho vědomostech, postojích, návycích a dovednostech. Edukace znamená výchovu a vzdělávání jedince*“ (13, str. 9). Edukace je pokládána za jednu z funkcí ošetřovatelství a výrazně pomáhá naplňovat preventivní cíle moderního ošetřovatelství jak v oblasti primární, sekundární, tak i v oblasti terciární prevence. Primární edukace je zaměřena na zdravé klientky. Usiluje o prevenci chorob, o zlepšování kvality zdraví a kvality života. Jedná se o oblast hygieny, výživy, antikoncepce apod. V rámci sekundární prevence jde o výchovu a vzdělávání klientek v případě poruchy zdraví. Terciární edukace se týká klientek invalidních a těch, které nemohou být zcela vyléčené. Přispívá ke zkvalitnění jejich života. Cílem edukace v ošetřovatelství je vybavit klientku tak, aby se uměla správně rozhodovat v situacích,

které ovlivňují její zdraví, pocit pohody, aby si osvojovala správné dovednosti, rozšiřovala si vědomosti a utvářela životní hodnoty (8, 20).

Edukaci v ošetrovatelství dělíme na základní, komplexní a reedukační. Základní edukaci porodní asistentka realizuje v případě, kdy klientka nemá o dané problematice žádné informace. Porodní asistentka klientce předává nové vědomosti a dovednosti. Komplexní edukace znamená edukaci rozšiřující. Bývá realizována v edukačních kursech. Porodní asistentka nejen vysvětluje, ale zapojuje i každou klientku do edukačních aktivit. V rámci reedukace pak porodní asistentka navazuje na předchozí vědomosti a dovednosti klientky, které dále prohlubuje (13, 15, 20).

Edukační proces je činnost lidí, při které dochází k učení. Tato činnost patří mezi žádoucí aktivity moderního ošetrovatelství a je nutné při ní brát zřetel na etické normy s ohledem na bio-psycho-sociální a spirituální potřeby klientky. Edukační proces je součástí diagnostického, léčebného a ošetrovatelského procesu (8, 13, 15).

Edukační procesy probíhají v prostředí, které se nazývá edukační prostředí, jehož charakter ovlivňují fyzikální podmínky, sociální klima a atmosféra edukace. Edukační proces je realizovaný edukátorem – osobou, která vyučuje, edukantem – osobou, která se v edukačním procesu učí a jejich vzájemnou interakcí. Příkladem edukačního prostředí může být ordinace praktického gynekologa, kdy edukátorem je porodní asistentka a edukantem žena po porodu (8, 13).

Edukace může být ovlivněna velkým množstvím faktorů. Mezi faktory, které edukaci napomáhají, patří ochota a motivace k edukaci, kdy klientka cítí potřebu a věří, že tato potřeba bude uspokojena získáním vědomostí. A dále pak její připravenost k edukaci. Dalším faktorem je logicky sestavený učební materiál. Důležité je i optimální prostředí. K faktorům, které brání v edukaci, patří psychický a fyzický stav klientky a kulturní bariéry (20).

Významnou roli mají také charakteristiky účastníků edukace.

U edukanta jsou důležité fyzické charakteristiky (věk, pohlaví, zdravotní stav), kognitivní charakteristiky (inteligence, schopnosti, styl učení), afektivní charakteristiky

(postoje, motivace, potřeby), sociální charakteristiky a sociokulturní charakteristiky (rodinné prostředí, kulturní úroveň).

U edukátora jsou důležité charakteristiky profesní (zkušenosti, odborné vědomosti a dovednosti, pedagogické schopnosti) a osobní charakteristiky (zdravotní stav, temperament).

K tomu, aby edukační činnost porodní asistentky (jako edukátora) byla úspěšná, je nezbytné navázání kontaktu s klientkou (edukantem), její zájem a získání klientky pro spolupráci (8).

Porodní asistentka by k činnosti edukátorky měla mít určité předpoklady, jako jsou dobré teoretické znalosti a praktické dovednosti. Nesmí chybět empatie a ochota klientce pomoci. Měla by mít správné verbální a nonverbální komunikační schopnosti, které jsou při ošetrovatelské péči prioritou (8, 15).

Porodní asistentka při edukaci poskytuje informace, poučení, zkušenosti (od jiných klientek či své vlastní), naučné materiály, texty, získání zručnosti (naučením se správné techniky), rady a návody (8).

Edukační proces je součástí ošetrovatelského procesu a můžeme jej stejně jako ošetrovatelský proces rozdělit do pěti fází. První fází edukačního procesu je posuzování. Porodní asistentka určí potřebu klientky získat, případně doplnit si vědomosti a zjistí důležité údaje o klientce. Na základě získaných informací stanoví edukační diagnózy (dle NANDA taxonomie II z roku 2000, založené na struktuře diagnostických domén vycházejících z funkčních vzorců zdraví M. Gordonové). Porodní asistentka přesně specifikuje vědomosti, které klientce chybí. Plánování je třetí částí edukačního procesu. Porodní asistentka stanovuje priority edukace a cíle zdravotní výchovy. Specifické cíle se podle psychických procesů klientky dělí na kognitivní – poznávací, vzdělávací, které zahrnují oblast vědomostí, intelektových schopností a poznávacích schopností; psychomotorické, které zahrnují oblast motorických dovedností, používání pomůcek a afektivní – postojové, které zahrnují oblast postojů, hodnotových orientací a sociálně-komunikačních dovedností. Porodní asistentka dále stanoví formu, metody, místo a čas edukace. Také posoudí případné překážky ve výuce, připraví pomůcky a studijní

materiál. Vytvoří edukační plán, ve kterém musí být zaznamenány její edukační činnosti. Čtvrtou fází edukačního procesu je realizace. Poslední fází edukačního procesu je hodnocení efektivnosti edukačního plánu. Porodní asistentka zjistí, zda bylo dosaženo stanovených cílů. Při edukaci musí probíhat zpětná vazba. Pokud se cíl nepodařilo splnit, je nutné zjistit důvody a edukační plán přehodnotit nebo vytvořit nový (8, 13, 20).

Edukační plán a obsah edukace musí vycházet ze stanoveného cíle a měl by být zpracován dle nejnovějších poznatků v dané oblasti. Při tvorbě edukačního plánu je nutné dodržet několik zásad, které jsou prostředkem ovlivňujícím kvalitu výuky. Mezi didaktické zásady edukace patří: zásada názornosti, zásada vědeckosti, zásada aktuálnosti, zásada spojení teorie s praxí, zásada individuálního přístupu, zásada zpětné vazby. Edukační plány jsou součástí ošetrovatelské dokumentace, která poskytuje právní záznam o vykonání těchto aktivit a zároveň jsou jedním z kritérií hodnocení kvality poskytované péče (8).

Pro účinnou a efektivní edukaci jsou vypracovávány edukační standardy. Edukační standardy obsahují téma edukace, míru závaznosti (pro koho je určený a kdo je povinný se jím řídit), cíle edukace, určení kritérií pro jeho plnění, způsob hodnocení, metodiku kontroly (kdo je oprávněný kontrolu vykonávat a jak často). Jeho součástí je také edukační audit, který hodnotí, zda byla edukace účinná a do jaké míry byly správně stanovené formy, metody, postupy edukace a splnění cílů (20).

1.4.1 Metody a formy edukace

Porodní asistentka využívá v edukační činnosti různé formy a metody vyučování.

Forma edukace je definována jako souhrn organizačních opatření a uspořádání výuky při realizaci vzdělávání. Edukaci v ošetrovatelství dělíme podle počtu edukovaných klientek na individuální a skupinovou. Individuální forma je nejčastěji užívanou formou edukace. Porodní asistentka edukuje jednu klientku, se kterou je v úzkém kontaktu. Skupinovou formu edukace porodní asistentka volí v případě předporodních kurzů, kde se edukace účastní více klientek. Podle interakce mezi porodní asistentkou (edukátorem) a klientkou (edukantem) rozlišujeme přímou formu

edukace, kdy porodní asistentka a klientka jsou v přímém kontaktu a nepřímou formu edukace, kdy edukace probíhá např. formou korespondence (13, 15).

Edukační metoda je cílevědomý a promyšlený postup, kterým porodní asistentka uskutečňuje výchovně-vzdělávací, edukační a ošetrovatelskou činnost. Vyučovací metody byly definovány mnohými odborníky pedagogiky a didaktiky různě. Existují různé klasifikace didaktických metod. Nejčastěji používanou metodou je klasifikace podle zdroje poznatků, dle Ivana Turka. Jedná se o metody slovní, kdy zdrojem poznatků je mluvená, tištěná nebo psaná řeč. Tyto metody se dělí na monologické – výklad, vyprávění, vysvětlování, popis a přednášku; dialogické – besedu, rozhovor a metody práce s knihou. Další jsou metody názorné – demonstrování a exkurze a metody praktické, kdy zdrojem poznatků je praktická činnost. Porodní asistentka může využívat k edukaci různé didaktické prostředky a pomůcky (8, 13, 15).

Proto před zahájením každé edukace by si měla porodní asistentka ujasnit odpovědi na následující otázky, které souvisejí s projektovou fází edukačního procesu: Proč? Koho? Co? Jak? Za jakých podmínek?

1.4.2 Význam edukace v profesi porodní asistentky

Kompetence porodní asistentky jsou předpoklady či schopnosti zvládat určitou funkci, činnost nebo situaci a jsou stanoveny ve vyhlášce č.55/2011 Sb. o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, kterou se zrušuje vyhláška č. 424/2004 Sb. V současné době porodní asistentka není jen asistentkou lékaře, ale též se stává edukátorkou v oblasti primární, sekundární a terciární zdravotní péče a prevence.

Porodní asistentka vykonává činnosti podle § 3 činnosti zdravotnického pracovníka, odst. 1 této vyhlášky a dále poskytuje a zajišťuje bez odborného dohledu a bez indikace základní a specializovanou ošetrovatelskou péči těhotným, rodičím ženám a šestinedělkám prostřednictvím ošetrovatelského procesu. Zároveň má důležitou úlohu ve zdravotním poradenství a vzdělávání nejen žen, ale i jejich rodin a celých komunit. Tato práce zahrnuje předporodní přípravu, přípravu k rodičovství, oblast sexuálního a reprodukčního zdraví – poskytuje rady a pomoc v otázkách antikoncepce.

Její kompetence jsou rozšířeny v rámci domácího prostředí, ambulantních zdravotnických zařízeních, nemocnic a klinik (21).

1.4.2.1 Úloha porodní asistentky v edukaci ženy po porodu na oddělení šestinedělí

Edukační činnost porodní asistentky je nedílnou součástí ošetrovatelského procesu na oddělení šestinedělí a následně i v primární péči. Porodní asistentka při edukaci klientky po porodu na oddělení šestinedělí poskytuje nejen informace týkající se managementu šestinedělí, ale radí klientce i v oblasti antikoncepce a obnovení sexuálního života po porodu. Zároveň by měla být připravena odpovídat na dotazy klientky týkající se této problematiky.

Management šestinedělí zahrnuje jak péči o ženu – matku, tak i péči o fyziologického novorozence. Součástí péče o ženu je edukace v oblasti fyzické aktivity. Druh fyzické aktivity závisí na způsobu ukončení těhotenství – vaginální porod, porod císařským řezem a na celkovém stavu šestinedělky. Porodní asistentka ženě doporučí vhodné cviky posilující pánevní dno, prsní svaly a cviky zaměřené na prevenci tromboembolických komplikací. Důležitá je edukace o nutnosti pravidelné hygieny – sprchování hráze vodou po každém kojení, po použití toalety, „větrání“ – udržování hráze v suchu, o infekčnosti očísků. Poučí ženu o nutnosti pravidelné výměny vložek a o častém mytí rukou. Při bolestivém otoku hráze porodní asistentka šestinedělce doporučí opakovanou lokální aplikaci ledu po dobu 20-30 minut. Bolestivé nebo prolabované hemoroidy léčí kompresí, ledovými obklady, mastmi, čípky, lokálně působícími analgetiky, dubovou kůrou ve formě obkladů nebo koupelí. Součástí edukace matky po porodu je i péče o pravidelné vyprazdňování. V prvních dnech je možné ženě doporučit vyprazdňování pomocí glycerinových čípků. Důležité je upozornění na správnou výživu. Nutný je dostatečný přísun vlákniny a dodržování pitného režimu. Další součástí managementu je edukace matky v péči o prsa. Porodní asistentka ženu poučí o pravidelné hygieně, udržování bradavek v suchu – používání vložek do podprsenky a správné velikosti podprsenky. Zároveň edukuje ženu o správné technice kojení a odstříkávání. Žena by měla být informována i o možných komplikacích, které se mohou vyskytnout v období šestinedělí a měla by znát možnosti

jejich řešení. Při propuštění z hospitalizace je žena seznámena s další návaznou poporodní péčí, která je zajištěna praktickým gynekologem po ukončení období šestinedělí. V rámci kompetencí porodní asistentky je žena poučena o nutnosti vyřízení základní legislativy týkající se narození dítěte. V neposlední řadě by porodní asistentka měla šestinedělce poskytnout základní informace, které zahrnují problematiku obnovy sexuálního života po porodu. Nedílnou součástí je i doporučení vhodných metod antikoncepce (11).

1.4.2.2 Úloha porodní asistentky v edukaci ženy po porodu v oblasti antikoncepce

Do kontroly ženy v šestinedělí by měla porodní asistentka v primární či terénní péči zahrnout i dotaz na její sexuální život. Pokud byl již obnoven, zda je uspokojivý a doporučit ženě vhodné metody antikoncepce (11).

Při edukaci klientky v oblasti antikoncepce porodní asistentka vychází z jejích dosavadních vědomostí. Je třeba si uvědomit, že klientka sbírá informace o antikoncepci ze všech dostupných informačních zdrojů (tisk, internet, kamarádka) a ne vždy s nimi umí správně zacházet. Proto je důležité, aby informace podané porodní asistentkou byly kvalitní. Při výběru antikoncepční metody je třeba vzít v úvahu řadu aspektů, aby její použití bylo pro klientku co nejvýhodnější. Porodní asistentka by zároveň měla být dostatečně vzdělána v této problematice. Měla by být schopna zcela individuálně každé klientce, na základě jejích požadavků, poskytnout odbornou radu a doporučení při výběru vhodné antikoncepce (11).

Porodní asistentka by měla vždy klientku informovat o vhodných metodách antikoncepce v závislosti na tom, zda se jedná o ženu kojící či nekojící, o mechanismu účinku jednotlivých metod a zásadách správného použití. Důležité je zdůraznit nutnost dodržování všech podmínek, které tyto metody vyžadují. Klientka by v souvislosti se spolehlivostí měla být poučena i o možnosti výskytu nežádoucích účinků na organismus. Některé vedlejší účinky však mohou být i pozitivní a pro zdraví klientky prospěšné. Nutné je, aby porodní asistentka klientku dokonale seznámila s aplikací či užíváním dané formy antikoncepce. Důležité je opět upozornění na respektování příslušných doporučení. U některých klientek nebo jejich partnerů se mohou vyskytovat

určité psychické zábrany, pro které nelze danou metodu antikoncepce použít. Nebo z důvodů svého náboženského přesvědčení jakoukoliv antikoncepční metodu odmítají. Porodní asistentka by měla jejich názor respektovat a doporučit jinou vhodnou metodu. Při výběru vhodné antikoncepce je také důležité brát ohled na věk a zdravotní stav klientky. Jsou onemocnění, která klientce předem nedovolují užívání některé antikoncepce (př. hormonální antikoncepci nelze použít u klientky s onemocněním srdce; u ženy s opakovanými záněty gynekologických orgánů je nevhodné zavádět nitroděložní tělísko). Dalším kritériem pro výběr vhodné antikoncepce je i četnost pohlavních styků. Klientkám, které mají pohlavní styk ojedinele, může porodní asistentka doporučit jednorázovou hormonální antikoncepci, na druhé straně u klientek sexuálně aktivnějších je vhodné doporučit trvalou formu antikoncepce (hormonální antikoncepci, nitroděložní tělísko). Pro některou ženu mohou být limitujícím faktorem finanční náklady na hrazení metody. Jiná metoda je vhodná pro ženu, která je bezdětná a je rozhodnuta těhotenství plánovat v dohledné době. Jiná antikoncepce bude vhodnější pro ženu, která si již dítě nepřeje. U žen, které vedou promiskuitní způsob života, je lépe doporučit kombinaci antikoncepčních metod s používáním kondomu, který omezuje přenos pohlavních chorob (23).

Edukace v oblasti antikoncepce je velmi důležitá a v praxi mnohdy podceňována. Měla by být provedena způsobem, aby klientka byla schopna učinit informované rozhodnutí o správné volbě antikoncepce.

1.5 Metody antikoncepce a jejich využití u žen po porodu

Antikoncepce (kontracepce) je souborný termín pro metody, které se používají k reverzibilní zábraně početí. Míra spolehlivosti jednotlivých metod antikoncepce je hodnocena tzv. Pearlovým indexem (příloha 8), který udává počet nechtěných otěhotnění na sto žen v průběhu jednoho roku. Čím je číslo nižší, tím je metoda spolehlivější (2, 17).

1.5.1 Historie antikoncepce

V historii antikoncepce můžeme rozlišit tři období.

Období předvědecké, které lze zaznamenat od počátku písemných záznamů, kdy staří Egypťané používali pesary z krokodýlího trusu a z medu, vykuřování pochvy po souložích a speciální nápoj, jehož základem bylo sádlo a pivo. Bible popisuje přerušovanou soulož, která byla považována za velmi nebezpečnou z důvodu závažných zdravotních komplikací, infarktem dělohy počínaje a neplodností konče. Středověk kladl důraz na sexuální čistotu, přinesl mechanické překážky soulože. Byl objeven nálek na penis jako ochrana před nemocí a pásem cudnosti. Koncem 18. století pak bylo doporučováno omezení počtu dětí pomocí sexuální abstinence.

Druhé období historie antikoncepce začíná zavedením pesaru německým lékařem Mesingem. Ve 20. letech 20. století začaly vznikat první antikoncepční poradny. První byla založena v Anglii v roce 1921 M. Stopesovou. V České republice vznikla první poradna při 2. gynekologicko-porodnické klinice v Praze ve 30. letech a vedla ji dr. Slámová. Kromě kondomu a pesaru byly k dispozici poševní hubky a tampony, lokální vaginální prostředky, které vytvářely hustou pěnu, přerušovaná soulož, která byla stále považována za škodlivou, nespolehlivá metoda plodných a neplodných dnů a dočasná sterilizace zářením. V roce 1920 vytvořil německý gynekolog Grafenberg nitroděložní tělísko z „německého stříbra“ (slitina mědi, niklu a zinku). Metoda však byla pro riziko závažných komplikací (v té době i smrtelných) odbornou veřejností odmítnuta.

Počátky moderní antikoncepce spadají do 50. let, kdy z iniciativy M. Sangerové, která získala peníze na výzkum, vyvinuli Pincus a Chang první přípravek hormonální antikoncepce – Enovid. V roce 1957 ho FDA (Food and Drug Administration) schválila jako lék na poruchy cyklu a v roce 1959 jako antikoncepci. V České republice byl z iniciativy prof. Lukáše zahájen vývoj tuzemského antikoncepčního přípravku, který přišel na trh v roce 1965 a jmenoval se Antigest. V 60. letech se objevily i první přípravky tzv. gestagenní antikoncepce (injekční Depo-Provera a první „minipilulka“). V roce 1967 pak byla zavedena česká nitroděložní tělíska DANA (**D**obrá **A** **N**eškodná **A**ntikoncepce). Rozhodující zásluhu na jejich vývoji měl prim. Šráček.

V 80. letech 20. století nastala první krize antikoncepce, kdy se objevily zprávy o zvýšeném výskytu pánevní zánětlivé nemoci u žen se zavedeným nitroděložním tělískem a začaly se objevovat informace o antikoncepčních pilulkách v souvislosti s vyšším výskytem infarktu myokardu a možném vlivu na rozvoj nádorů jater a prsu. Důsledkem publikací byl dočasný návrat k bariérovým metodám antikoncepce a strmý vzestup počtu interrupcí.

V 90. letech 20. století došlo ke druhé krizi antikoncepce v souvislosti s pandemií HIV (Human Immunodeficiency Virus) a tromboembolickou nemocí. S pandemií HIV souvisela i propagace „bezpečného sexu“ a používání kondomů. Výsledkem byl pokles výskytu pohlavních nemocí, ale stoupl počet interrupcí, neboť kondom má větší riziko selhání, než např. běžné pilulky. Proto se začalo doporučovat používání obou metod současně. Poplach v souvislosti s tromboembolickou nemocí souvisí se studií z roku 1995, která poukázala na rozdílné riziko vzniku hluboké žilní trombózy u antikoncepčních pilulek s obsahem různých progestinů. Rovněž nastal propad v užívání moderní antikoncepce, který byl provázen vzestupem počtu interrupcí. Aféra během let utichla, neboť vzestup rizika tromboembolické nemoci se týká výhradně žen s tzv. trombofilními stavy (7, 31).

Dnes jsou na trhu tři skupiny moderních antikoncepčních přípravků – kombinovaná hormonální antikoncepce, hormonální gestagenní antikoncepce a nitroděložní antikoncepce. Bariérové metody s výjimkou kondomu, který má význam spíše jako hygienické opatření, ztrácejí oblibu. Pro moderní přípravky platí, že klady z jejich užívání – příznivé zdravotní účinky a antikoncepční ochrana, daleko převyšují případná rizika. Výběr antikoncepčních metod je široký. I žena, která trpí onemocněním, které je kontraindikací některého přípravku, může některou z moderních metod užívat (27).

1.5.2 Metody antikoncepce vhodné pro kojící ženu

Za nejvhodnější kontracepční prostředky pro kojící ženu jsou považovány přirozené metody regulace fertility, mechanické bariérové metody antikoncepce, hormonální antikoncepce s obsahem gestagenů a nitroděložní antikoncepce. Ve výjimečných případech je jako antikoncepce doporučována sterilizace (17).

1.5.2.1 Přirozené metody regulace fertility

Přirozené metody vycházejí z poznání a respektování přirozeně probíhajících fyziologických pochodů. Jde o metody, které nevyžadují žádné pomůcky, medikamenty či lékařskou asistenci. Nemají žádné absolutní kontraindikace a vedlejší účinky. Jsou finančně zcela nenáročné. Jejich úspěšnost spočívá nejen v náležitém poučení, ale také ve vzájemném respektování a spolupráci partnerů. Přirozené metody antikoncepce jsou jedinou antikoncepční metodou, kterou povoluje katolická církev (17, 25).

Kojení jako antikoncepce

Kojení je historicky nejstarším způsobem regulace lidské reprodukce. V průběhu těhotenství a těsně po porodu je pravidelná činnost vaječnicků zastavena a k uvolňování vajíček nedochází. Nastává laktační amenorea, která je způsobena hormonální bloádou činnosti podvěsku mozkového. Dochází ke zvýšené sekreci prolaktinu, který potlačuje vyplavování gonadotropinů (folikuly stimulujícího hormonu a luteinizačního hormonu). Žena neovuluje a nemenstruuje. Sekrece prolaktinu je stimulována drážděním bradavek ústy novorozence. Dokonalý antikoncepční efekt vyžaduje plné kojení. Žena musí kojit alespoň 1x za 3 – 4 hodiny, 6x za 24 hodin, noční přestávka mezi kojeními nesmí být delší než 6 hodin a žena od porodu nesmí menstruat. Pokud žena po porodu vůbec nekojí, dostavuje se první menstruace od narození dítěte za čtyři až šest týdnů. Plně kojící žena má období bez menstruačního krvácení podstatně delší, tím se také prodlužuje její poporodní neplodnost. V žádném případě však nemůže počítat s antikoncepční ochranou způsobenou kojením delší než šest měsíců. Výhodou této metody je její jednoduchost a dostupnost. Mezi další příznivé účinky kojení patří pokles rizika karcinomu prsu, endometria a ovaria. Kojící ženy rychleji dosáhnou návratu hmotnosti na úroveň před těhotenstvím. Nepříznivými účinky kojení jsou osteopenie, osteoporóza a atrofická vaginitis, která bývá častou příčinou dyspareunie (14, 17, 31).

Coitus interruptus

Cílem metody je zabránit vstupu spermií do pohlavního ústrojí ženy. Pohlavní styk je ukončen před ejakulací. Tato metoda, která byla známa již ve starověku, se vyznačuje

velmi nízkou spolehlivostí. Závisí na zkušenosti muže a vyžaduje jeho sebekontrolu (17, 28).

Mezi další metody přirozené regulace fertility patří periodická sexuální abstinence, kalendářní metoda, symptotermální metoda – založená na kombinaci hlenové a cervikální metody s měřením bazální teploty, metoda založená na posouzení konzistence děložního čípku, metoda krystalizace slin, stanovení lidského luteinizačního hormonu, jenž je vyplavován do krevního oběhu a posléze do moče v období ovulace. Všechny tyto metody jsou založeny na využívání plodných a neplodných dnů menstruačního cyklu a na přesnosti zjištění okamžiku ovulace. Jedná se však o nejméně spolehlivé metody a dnes jsou považovány za překonané (17).

1.5.2.2 Mechanické bariérové metody antikoncepce

Princip bariérové antikoncepce spočívá v mechanické překážce pro spermie. Tato metoda se doporučuje kombinovat s chemickou antikoncepcí, která zesiluje antikoncepční účinek.

Kondom

Jedná se o nejjednodušší a nejsnáze použitelnou pomůcku. Kondom je nejčastěji latexový návlek, který se nasazuje na ztopořený penis těsně před koitem a po ejakulaci se snímá. Jeho výhodou je finanční dostupnost a žádné vedlejší účinky. Na trhu jsou k dostání různé druhy kondomů. Nevýhodou je možná alergie na latex, které stále přibývá a snížený pocit bezprostředního kontaktu při souloži. Význam kondomu v dnešní době stoupá také pro jeho ochranu nejen před těhotenstvím, ale i před sexuálně přenosnými chorobami a infekcemi (1, 17).

Poševní pesar (vaginální diafragma)

Vaginální diafragma je jemná latexová membrána o průměru 5–10,5 cm vyztužená na okraji pružným kovovým kroužkem. Velikost diafragmy doporučí gynekolog. Gynekolog či porodní asistentka také ženu zároveň poučí o technice zavedení a odstranění. Před pohlavním stykem se diafragma vkládá, stlačena dvěma prsty do tvaru oválu, co nejvýše do pochvy, před děložní čípek tak, že se vpředu opírá o symfýzu a

vzadu o zadní poševní klenbu. Tím vytváří překážku pro vniknutí spermií do děložního hrdla. Ke zvýšení spolehlivosti se kombinuje s chemickou antikoncepcí. Diafragma se nemá odstraňovat bezprostředně po pohlavním styku, ale až za 6 – 8 hodin. Neměl by však v pochvě zůstat déle než 24 hodin. Mezi nevýhody této metody patří poměrně nízká antikoncepční spolehlivost, určitý dyskomfort, problémy se zaváděním a zvýšené riziko uroinfekcí. Absolutně nevhodný je pro ženy s anatomickými odlišnostmi rodidel.

Na stejném principu působí i cervikální pesar (nasazení přímo na hrdlo děložní) a ženský kondom – Femidon. Manipulace s nimi je však obtížnější (14, 17, 28).

1.5.2.3 Chemické bariérové metody

Mezi chemické bariérové metody patří spermicidy. Jsou to látky, které inaktivují a likvidují spermie v pochvě a brání tak jejich postupu do vyšších částí rodidel. Používají se samotné nebo v kombinaci s mechanickými bariérami, kdy bývají jejich přímou součástí (lubrikant vaginálních pesarů a prezervativů). Na našem trhu jsou ve formě vaginálních tablet, globulí a krémů. Výhodou spermicidů je jejich výrazný antimikrobiální a antivirový účinek. V poševním prostředí nepůsobí dráždivě a neovlivňují negativně růst laktobacilů (17, 25, 28).

1.5.2.4 Nitroděložní antikoncepce

Nitroděložní antikoncepce (IUD – z anglického intrauterine device) v současné době patří mezi prokazatelně nejvýhodnější metody plánovaného rodičovství. Metoda spočívá v zavedení plastového tělíska, které svým tvarem kopíruje tvar dělohy, do dutiny děložní. Kromě plastu se začala k tělískům přidávat i měď, která zlepšuje jeho účinnost. Nejnověji se do tělísek přidává hormon – gestagen, který se pomalu uvolňuje a má řadu specifických účinků. K zavádění se používá zavaděč (plastová trubička), do které se před zavedením tělísko zasune. K vytažení slouží silonová vlákna, která ční z hrdla děložního (14, 17).

V současné době se již vyrábějí nitroděložní tělíska několikeré generace.

Nemedikovaná (tzv. inertní) IUD – bez přídatné kontracepční substance, svou přítomností působí jako cizí těleso. Jsou vyrobeny pouze z umělé hmoty. V současné době jsou považovány za překonanou a zastaralou metodu.

Medikovaná IUD – obsahují substance, které se uvolňují do organismu, zvyšují antikoncepční účinnost a zároveň snižují vedlejší nežádoucí účinky.

IUD s obsahem mědi – plastové tělíčko ve tvaru „T“ omotané měděným drátkem. Některá tělíčka obsahují jiný kov – zlato nebo stříbro. Výhodou tohoto tělíčka je vysoká antikoncepční spolehlivost a cenová dostupnost. Je jednou z nejlevnějších metod antikoncepce. Nevýhodou pak je zvýšená menstruační ztráta, dysmenorea a možnost rozvoje zánětlivého onemocnění.

IUD s levonorgestrellem (Mirena) – podstatou mechanismu IUD je pravděpodobně vyvolání chronického aseptického zánětu v dutině děložní, který je reakcí organismu na cizorodý materiál a leukocyty, které se začínají kolem tělíčka shlukovat, mají toxický účinek na spermie. Přítomnost mědi zánětlivou reakci zesiluje, čímž zabraňuje transportu spermií cervikálním hlenem do dutiny děložní. Vlivem gestagenu (u IUD s levonorgestrellem) se mění také charakter cervikálního hlenu, který se zahušťuje a stává se neprostupným pro spermie, zároveň způsobuje atrofii endometria, které je pak neschopno přijmout oplozené vajíčko a ovlivňuje motilitu vejcovodů.

Nitroděložní tělíčko zavádí gynekolog třetí nebo čtvrtý den pravidelného menstruačního krvácení, kdy je vyšší prostupnost cervikálního kanálku. Tělíčko je možné zavést bezprostředně po interrupci. Také může být zavedeno bezprostředně po porodu placenty, po císařském řezu nebo do 48 hodin po porodu. To však vyžaduje speciální techniku a zkušenosti. Pokud není IUD zavedeno do 48 hodin, je vhodné inzerci odložit na 4. – 6. týden po porodu, kdy je již technika stejná jako v ostatních obdobích života. IUD s progestiny by neměla být zaváděna před 6. poporodním týdnem, z obavy před ovlivněním involuce dělohy. Tělíčko se zavádí ambulantně po předchozím cytologickém a kolposkopickém vyšetření. Po inzerci je doporučena sonografická kontrola jeho umístění. Doba ponechání tělíčka závisí na rozhodnutí ženy, pokud žena nemá obtíže. Extrakce nebo výměna je doporučena po 5 letech, pro možnost závažného

onemocnění – aktinomykózy vnitřních rodidel, která se vyskytuje zvláště po dlouhodobém ponechání tělísek (4, 9, 14).

Vzácná komplikace může vzniknout přímo při zavedení tělíska, kdy dojde k perforaci děložní stěny či zanesení infekce způsobené nedostatečnou zkušeností lékaře se zavedením. Další komplikací může být úplná nebo neúplná expulze tělíska. K úplné expulzi dochází nejčastěji během menstruace prvních 12 měsíců po zavedení IUD. Častěji při špatně zavedeném tělísku, či bylo-li tělísko zavedeno během šestinedělí a u nullipar. Při neúplné expulzi tělísko zůstává v cervikálním kanálu (9, 17).

Absolutní kontraindikací zavedení IUD je gravidita, vrozené vývojové vady dělohy, nevysvětlitelné krvácení z dělohy, ektopická gravidita v anamnéze, maligní onemocnění rodidel, chlopenní srdeční vady a stav po srdečních operacích (zvýšené riziko bakteriální endokarditidy), poruchy krevní srážlivosti a antikoagulační terapie, alergie na měď (u IUD s mědí), karcinom prsu do 5 let po skončení léčby (pouze u IUD s levonorgestrem). Mezi relativní kontraindikace patří chronická a recidivující zánětlivá onemocnění rodidel, dysmenorea, Wilsonova nemoc (u tělíska s mědí), karcinom prsu v anamnéze (u tělíska s levonorgestrem). Relativní kontraindikací pro oba typy IUD je velká myomatózní děloha nebo submukózní myom, který brání řádnému umístění tělíska v děloze a cervikální dysplázie, kterou je potřeba nejprve залéčit (17).

Nežádoucím účinkem IUD je jeho selhání, zvýšené riziko mimoděložního těhotenství a zvýšený výskyt zánětlivých onemocnění pánve.

Tato metoda je nejvhodnější pro ženy, které již rodily a další dítě neplánují nebo pro ženy, které hledají spolehlivou dlouhodobou antikoncepci s rychlým návratem plodnosti. Není příliš vhodná pro nullipary, pro již zmiňovanou zvýšenou možnost zánětlivého onemocnění a následnou sterilitu (9, 17, 25).

Celosvětově nejrozšířenějším a zároveň nejspolehlivějším typem antikoncepce je hormonální antikoncepce.

1.5.2.5 Hormonální gestagenní antikoncepce

Je hormonální antikoncepcí volby u kojících žen. Metoda je založena na kontinuálním podávání progestinů, které ovlivňují vazkost cervikálního hlenu (je nepropustný pro spermie), blokují ovulaci (narušují folikulogenezi), narušují motilitu vejcovodů a jejich vlivem dochází ke změně struktury endometria, čímž je omezena možnost nidace.

Liší se formou aplikace a použitým gestagenem. V současné době je tato antikoncepce dostupná ve 3 formách jako minipilulky, injekce a implantáty.

Gestagenní antikoncepce nemá kromě těhotenství a karcinomu prsu žádné absolutní kontraindikace.

Před zahájením aplikace není potřeba žádné speciální vyšetření, pouze řádná preventivní kontrola děložního čípku.

Minipilulka

Ženy po porodu mohou začít užívat minipilulku kdykoliv, nejlépe ihned po šestinedělí. Jedná se o čistě gestagenní perorální antikoncepci, která se užívá jednou denně bez přerušování. Při zahájení aplikace od prvního dne menstruačního krvácení nebo během laktační amenorey, je účinek okamžitý. Spolehlivost metody se odvíjí od pravidelného užívání (tolerance až 12 hodin). Výhodou je okamžitý návrat plodnosti, snížené riziko výskytu pánevních zánětlivých nemocí. Nevýhodou je časté nepravidelné krvácení, špinění a zvýšený výskyt funkčních ovariálních cyst. Mezi relativní kontraindikace minipilulky patří mimoděložní těhotenství v anamnéze, epilepsie, recidivující výskyt ovariálních cyst.

V současnosti je jediným zástupcem 0,075 mg desogestrelu – preparáty *Cerazette*, *Azalia*. Jedná se o čistě gestagenní perorální antikoncepci nové generace, která nahradila předchozí *Exluton*, obsahující 0,5 mg lynestrenolu (14, 17).

Injekční progestinová antikoncepce

Depo-Provera (depotní medroxyprogesteronacetát – DMPA), užívaný v dávce 150 mg, je čistý progesteron bez estrogenních či androgenních účinků. Jeho aplikace je

intramuskulární, jednou za 3 měsíce. První injekce se obvykle aplikuje během menstruace, nejlépe však 5. den cyklu. V současné době je tento preparát nahrazován subkutánní injekcí s nižší dávkou (104 mg v 0,65 ml injekční suspenze) – *Sayana*, která se aplikuje stejně jako preparát Depo-Provera v prvních pěti dnech cyklu, do pěti dnů po porodu u nekojící ženy nebo po šestinedělí u kojících matek. Mezi výhody progestinové injekce patří snížení intenzity menstruačního krvácení a dochází k odstranění obtíží spojených s menstruačním cyklem (premenstruační syndrom, dysmenorea). Injekce také způsobuje snížení rizika výskytu pánevní zánětlivé nemoci. Nevýhodou je pomalý návrat plodnosti (až 10 – 18 měsíců), nepravidelné špinění, možnost mírného váhového přírůstku, vzestup bolestí hlavy (9, 17).

Podkožní implantáty

Implanon

Jedná se o semiflexibilní tyčinku o délce 4 cm a průměru 2 mm, která kontinuálně uvolňuje malé dávky gestagenu. Zavádí se pod kůži na vnitřní stranu nadloktí u pravaček do levé ruky a naopak, nejlépe během prvních 5 dnů cyklu. Implantát funguje jako spolehlivá antikoncepce 3 roky. Po extrakci dochází k okamžitému návratu plodnosti. Jeho výhody i nevýhody jsou stejné jako u ostatních metod gestagenní antikoncepce (3).

1.5.2.6 Postkoitální (emergentní) antikoncepce

Postkoitální antikoncepce je nouzovou metodou, která je indikována bezprostředně po nechráněném pohlavním styku v období ovulace, v případech náhodného selhání jiné antikoncepční metody nebo znásilnění, čímž se zabrání riziku nechtěného těhotenství a tím i psychickým traumatům žen. Moderní metody hormonální postkoitální antikoncepce jsou založeny na principu narušení ovulace, desynchronizace endometria a poruše tubární motility. Komplikací hormonální postkoitální antikoncepce je teoretické riziko ovlivnění vývoje plodu a větší riziko ektopické gravidity (9, 17, 25).

Zabránit otěhotnění je možné 2 způsoby: podáním vyšší hormonální dávky či zavedením nitroděložního tělíška (2).

Nejznámějším přípravkem a preparátem volby byl *Postinor*. Jedná se o čistě gestagenní antikoncepci s obsahem 0,75 mg levonorgestrelu. Při podání do 1 hodiny po styku stačí 1 tableta. Při podání až do 72 hodin je doporučena aplikace druhé tablety za 12 hodin po první. V současné době je tento přípravek nahrazen jednorázovou aplikací 1,5 mg levonorgestrelu – preparát *Escapelle*, která má prokazatelně stejnou účinnost jako aplikace ve dvou dávkách. Po aplikaci hormonální postkoitální antikoncepce se mohou objevit nevolnost, zvracení, bolest hlavy a často dochází ke krvácení mimo cyklus (9, 17).

»Yuspe metoda«

Dříve používaná metoda postkoitální antikoncepce, která spočívala v podání kombinované orální antikoncepce ve dvou dávkách do 72 h po nechráněném pohlavním styku (dávka je 0,1 mg ethinylestradiolu a 0,5 mg levonorgestrelu do 72 h po styku a poté stejná dávka za 12 h). Podávány byly antikoncepční preparáty, které se těmto dávkám nejvíce blíží (*Microgynon*, *Minisiston*). Aplikace byla často provázena ve zvýšené míře nauzeou a zvracením (17).

Zavedení IUD jako postkoitální antikoncepce

Metoda je velmi účinná, předpokládá inzerci nitroděložního tělíška do 5 dnů po nechráněném styku (2).

Postkoitální antikoncepce by se měla používat výjimečně, měla by zůstat vyhrazena pouze pro nouzové situace (2).

1.5.2.7 Sterilizace

Tato metoda je lékařským výkonem, při kterém dojde k chirurgickému přerušení vejcovodů a tím zabránění postupu spermií i transportu vajíčka do dělohy. Tento stav je trvalý a k otěhotnění může dojít pouze cestou umělého oplodnění. Výhodou metody je vysoká spolehlivost. Dnešní úprava plyne ze zákona č. 20/1966 Sb. v platném znění, ale především ze směrnice č. 1/1972 věst. Ministerstva zdravotnictví o provádění sterilizace. Může o ni požádat žena ve věku do 35 let, která má alespoň 4 děti, nad 35 let

minimálně se 3 dětmi a nebo žena, která nemůže ze zdravotních důvodů používat jinou metodu kontracepce (16, 29).

Indikace k provedení sterilizace jsou všeobecné zdravotní – obsažené v seznamu zdravotních indikací k provedení sterilizace; porodnické – opakovaný porod císařským řezem; genetické – při vysokém riziku postižení plodu závažným dědičným onemocněním a klasické kontracepční – dané vyhláškou o provádění sterilizace. Sterilizaci je možno provést v rámci císařského řezu. V případě vaginálního porodu pak po několika dnech, kdy děloha dostatečně sestoupí do pánve – laparoskopicky.

Vždy je nutné náležitě poučení a písemný souhlas ženy (16, 29).

1.5.3 Metody antikoncepce vhodné pro nekojící ženu

Pokud žena nekojí, má stejný výběr antikoncepce jako před otěhotněním.

Metody vhodné pro nekojící ženu jsou: přirozené metody regulace fertility (coitus interruptus, metody plodných a neplodných dnů), mechanické bariérové metody, chemické bariérové metody, nitroděložní antikoncepce, hormonální gestagenní antikoncepce, postkoitální (emergentní) antikoncepce, sterilizace a kombinovaná hormonální antikoncepce, která je u kojících žen kontraindikována.

1.5.3.1 Kombinovaná hormonální antikoncepce

Kombinovaná hormonální antikoncepce je metoda založená na aplikaci estrogenestagenní kombinace. Na kontracepčním efektu se podílí inhibice ovulace, způsobená zablokováním zpětné hypofyzo-ovariální vazby (steroidy cestou negativní zpětné vazby na hypotalamo-hypofyzární centra tlumí sekreci gonadotropinů), ke které se přidává vliv progestinu na motilitu vejcovodů, trofiku endometria a kvalitu cervikálního hlenu.

Základem pro předepisování a péči o uživatelky kombinované antikoncepce se stalo „*Doporučení k předpisu hormonální kombinované kontracepce*“, schválené Českou gynekologickou a porodnickou společností, které vyšlo v roce 2000 v časopise Česká gynekologie a bylo aktualizováno v únoru 2005. Pravidelné sledování žen zahrnuje: pečlivé odebrání anamnézy, která je nejdůležitější součástí vyšetření před užíváním

antikoncepce, preventivní onkogynekologickou prohlídku děložního čípku (opakuje se 1x ročně), měření krevního tlaku (před nasazením, za tři měsíce a dále jednou ročně), kontrolu hmotnosti, u rizikových žen jaterní testy a trombofilní mutace (po 3 měsících užívání). Součástí je i podrobná edukace ženy gynekologem či porodní asistentkou (5, 9, 17).

Kontraindikace kombinované hormonální antikoncepce

Absolutní kontraindikací kombinované hormonální antikoncepce je karcinom prsu (léčený karcinom prsu, karcinom prsu do 5 let po skončení léčby), hluboká žilní trombóza (hluboká žilní trombóza či tromboembolie v anamnéze, aktuální hluboká žilní trombóza, trombofilní mutace, cévní mozková příhoda v anamnéze, operace trvající déle než 30 minut), nemoci jater (akutní nebo chronické onemocnění jater s poruchou funkce jater), migréna s aurou, srdeční vady, hypertenze (neléčená hypertenze, 160/100 a vyšší), kouření (žena starší 35 let, více než 15 cigaret denně), komplikovaný diabetes mellitus, šestinedělí (v prvních 3 týdnech po porodu u nekojících žen, prvních 6 měsíců u kojících žen).

Mezi relativní kontraindikace kombinované hormonální antikoncepce patří trombofilní mutace, které nejsou absolutní kontraindikací, obezita, která zvyšuje riziko arteriálních kardiovaskulárních příhod, kouření (ženy starší 35 let, do 15 cigaret denně), migréna bez aury, hypertenze (140/100 – 160/100), nemoci jater (hepatopatie vzniklé v souvislosti s předchozím užíváním kombinované antikoncepce), cholelithiáza, karcinom prsu (po 5 letech po skončení léčby), lékové interakce (Rifampicin, některá antiepileptika), epilepsie, roztroušená skleróza, dlouhodobá imobilizace (5, 14).

V současné době platí doporučení Světové zdravotnické organizace: „*Medical eligibility criteria for contraceptive use*“ z roku 2004. Tento dokument dává základ při rozhodování o předpisu antikoncepce. Popisuje kategorie 1 – 4; kdy 1 – není žádné omezení pro užívání metody, 4 – užívání metody je spjato s nepřijatelným zdravotním rizikem (6).

Příznivé účinky kombinované hormonální antikoncepce

Nové typy hormonálních preparátů mají i výrazně pozitivní vliv na ženský organismus. Užívání výrazně snižuje výskyt karcinomu endometria a ovaria, částečnou ochranu poskytuje před kolorektálním karcinomem. Dochází ke sníženému výskytu benigních mastopatií, ovariálních cyst a vzniku děložních myomů. Kombinovaná hormonální antikoncepce se stala elegantní léčbou nepravidelností menstruace, zároveň odstraňuje nepříjemné symptomy vázané na menstruační cyklus a je vhodnou léčbou endometriózy. Vlivem progestinů ubývá pánevních gynekologických zánětů (14, 17).

Nepříznivé účinky kombinované hormonální antikoncepce

Mezi méně závažné účinky patří zvýšení tělesné hmotnosti, napětí a bolest prsou, gastrointestinální obtíže (nauzea, zvracení) – v období adaptace na přípravek, obvykle mírný vzestup krevního tlaku v mezích normotenze, tvorba pigmentových skvrn, tzv. krvácení z průniku, bolest hlavy, pokles libida, deprese. Mezi závažné nežádoucí účinky kombinované hormonální antikoncepce patří tromboembolická nemoc, riziko vzniku infarktu myokardu a cévní mozkové příhody (14, 17, 25).

Kombinovaná hormonální antikoncepce je v České republice dostupná ve 3 formách: ve formě perorální – COC (combined oral contraception), transdermální a vaginální. Perorální kombinovanou hormonální antikoncepci (COC) rozdělujeme podle cyklicity, dávky estrogenu, typu estrogenu a typu progestinu (příloha) (5).

Způsob užívání

Většina perorálních forem antikoncepce se užívá 21 dnů, po kterých následuje 7denní pauza. Některé preparáty s velmi nízkou dávkou estrogenů mají 24 účinných tablet a 4 neúčinné nebo 21 účinných tablet a 7 neúčinných, tzn., že žena užívá tabletky bez přestávky. Během užívání neúčinných tablet nebo 7denní pauzy dochází k tzv. pseudomenstruačnímu krvácení ze spádu hormonálních hladin. Tabletky je nutné užívat denně, ve stejnou dobu. Pokud žena začíná s užíváním první den cyklu, antikoncepční účinek nastupuje ihned. Pokud začíná pátý den cyklu, antikoncepční účinek nastupuje za 7 dní. Pokud má žena amenoreu, je možné zahájit užívání po vyloučení těhotenství

kdykoliv. Pokud si žena zapomene tabletku vzít, antikoncepční účinek zůstává zachován, jestliže zpoždění nepřesáhne 12 hodin (5, 9).

1.5.3.2 Transdermální antikoncepční systém – Evra

Jedná se o matrixovou náplast o velikost 4,5 x 4,5 cm. Přílnavá část náplasti obsahuje léčivé hormonální látky, které se plynule uvolňují a prostupují kůží do krevního oběhu. Kontracepční účinnost jedné náplasti je 7 dní. Užívá se po dobu třech týdnů. Ve čtvrtém týdnu se náplast vynechá a dojde k pseudomenstruačnímu krvácení. Mechanismus účinku je stejný jako u perorální kombinované hormonální antikoncepce – inhibice ovulace, změna složení cervikálního hlenu a endometria. Indikace a kontraindikace jsou stejné jako u perorální kombinované hormonální antikoncepce. Častými nežádoucími účinky vyskytujícími se u této formy aplikace, na rozdíl od perorální aplikace, jsou: napětí v prsou, bolest hlavy, nauzea a podráždění kůže v místě aplikace náplasti. Antikoncepční účinnost se uvádí významně nižší u obézních žen (4, 9).

1.5.3.3 Vaginální kroužek – NuvaRing

Je flexibilní kroužek o tloušťce 4 mm a zevním průměrem 54 mm, který je tvořen plastem Evatane, který obsahuje účinné látky. Aplikuje se jednou měsíčně na tři týdny. Po třech týdnech následuje 7denní pauza, kdy dochází k pseudomenstruačnímu krvácení (9).

1.5.4 Právní problematika antikoncepce

Pro antikoncepci platí obecné ustanovení § 11, zákon č. 20/1966 Sb. – kdy lékař je povinen postupovat v souladu se současnými dostupnými poznatky lékařské vědy, tedy lege artis. Lékař je dále povinen informovat o způsobu užívání, míře spolehlivosti a možných komplikacích.

U žen zbavených svéprávnosti dává souhlas s antikoncepcí soudem ustanovený opatrovník. U duševně nemocných žen, které nejsou zbaveny svéprávnosti, kde o antikoncepci žádá rodina, záleží na posouzení lékaře.

Způsobí-li antikoncepce škodu, postupuje se podle obecných zásad. Lékař zodpovídá za škodu způsobenou postupem non lege artis, připustit lze i možnost škody způsobené povahou použité věci.

Odpovědnost lékaře nebo výrobce za selhání antikoncepce uplatnit nelze a nelze uplatnit ani náhradu nákladů na interrupci. Pouze při selhání nitroděložní antikoncepce je interrupce provedena zdarma (23).

2 Cíle práce, výzkumné otázky a hypotézy

2.1 Předpokládané cíle práce

Cíl 1

Zmapovat způsob edukace porodních asistentek v oblasti antikoncepce po porodu.

Cíl 2

Zjistit, jak se porodní asistentky orientují v antikoncepčních metodách používaných po porodu.

Cíl 3

Zjistit, zda jsou matky po porodu informované v oblasti vhodného výběru antikoncepce.

Cíl 4

Zjistit roli, kterou mají porodní asistentky v edukaci matek po porodu v oblasti vhodného výběru antikoncepce.

2.2 Výzkumné otázky

Výzkumná otázka 1

Jakým způsobem porodní asistentky edukují matky po porodu v oblasti vhodného výběru antikoncepce?

Výzkumná otázka 2

Jak se porodní asistentky orientují v antikoncepčních metodách používaných po porodu?

2.3 Hypotézy

Hypotéza 1

Matky po porodu jsou edukované v oblasti vhodného výběru antikoncepce.

Hypotéza 2

Dle názoru dotazovaných matek, porodní asistentka má významnou roli v oblasti edukace při výběru vhodné antikoncepce po porodu.

3 Metodika

3.1 Popis metodiky

V bakalářské práci bylo zvoleno kvalitativní výzkumné šetření v kombinaci s kvantitativním výzkumným šetřením.

Ke kvalitativnímu výzkumnému šetření byl použit nestandardizovaný rozhovor (příloha 1), v němž bylo 13 otázek. Otázky byly identifikační (1, 2, 3, 4), zaměřené na věk, vzdělání, dobu praxe a místo výkonu povolání. Ostatní otázky byly zjišťovací. Rozhovor byl veden s porodními asistentkami pracujícími na oddělení šestinedělí, v ordinacích praktického gynekologa a s porodními asistentkami z oblasti terénní péče.

Ke sběru dat pro kvantitativní výzkumné šetření byly použity anonymní dotazníky (příloha 2), které byly rozdány ženám po období šestinedělí v ordinacích praktických gynekologů. Dotazník obsahoval 30 otázek. Otázky byly identifikační (1, 2, 3, 8), zaměřené na věk, rodinný stav, vzdělání a paritu ženy. Dále byly použity otázky uzavřené (11, 13, 14, 15, 26), kdy matka odpovídala pouze ano nebo ne, otázky filtrační (9, 16), kdy následující otázky byly určeny pouze pro ženy s odpovědí ano. Otázky (4, 10, 18, 19, 22, 23, 24, 25, 27, 29, 30) byly polytomické výběrové, žena si mohla zvolit jednu alternativu a polytomické výčtové (5, 6, 12, 17, 20, 21, 28), kdy si žena mohla zvolit více alternativ. Otázka 7 byla polouzavřená.

3.2 Charakteristika výzkumného souboru

Pro kvalitativní výzkumné šetření bylo vybráno 11 porodních asistentek. 4 porodní asistentky pracující na oddělení šestinedělí Nemocnice Strakonice, a.s., 4 porodní asistentky z ordinací praktických gynekologů ve Vodňanech, ve Vimperku a v Českých Budějovicích a 3 porodní asistentky z oblasti terénní péče na Písecku, Strakonicku a Táborsku. Výzkumné šetření probíhalo od března do dubna včetně. Rozhovor byl veden v Nemocnici Strakonice a.s. na oddělení šestinedělí, v ordinacích praktických gynekologů a v domácím prostředí.

Výsledky byly zpracovány do jednotlivých kazuistik a tabulek.

Výzkumným souborem pro kvantitativní výzkumné šetření byly ženy po období šestinedělí přicházející do ordinace praktického gynekologa.

Celkový počet rozdaných dotazníků byl 150, z toho se 29 dotazníků nevrátilo. Návratnost byla 81%. Celkový počet respondentek byl tedy 121 (100%). Výzkumné šetření probíhalo v období březen, duben 2011. Výsledky byly zpracovány do jednotlivých grafů.

4 Výsledky

4.1 Výsledky kvalitativního šetření

4.1.1 Rozhovory s respondentkami

4.1.1.1 Kazuistika1

Porodní asistentka, 52 let, specializační vzdělání v oboru porodní asistence, 32 let praxe v oboru, oddělení šestinedělí Nemocnice Strakonice, a.s.

Pojem edukace chápe jako „vysvětlování, školení“. Ženy edukuje při příjmu k hospitalizaci a v časném poporodním období. V rámci zdravotnického zařízení provádí předporodní přípravu párů k porodu. Z metod antikoncepce po porodu zná hormonální antikoncepci, která je vhodná pro kojící matky – Azalia, Cerazette. Znalosti o metodách antikoncepce získala z odborných seminářů a dokáže je uplatnit v praxi. Matky po porodu spíše needukuje. Domnívá se, že není vhodné ženy edukovat o antikoncepci v tak brzké době po porodu, neboť je třeba věnovat se tématům v tu chvíli důležitějším. Tj. kojení, péče o dítě, hygiena, výživa. V případě edukace o antikoncepci ženy edukuje ústně, metodou rozhovoru, eventuálně používá informační letáky. Uvádí, že matky po porodu zájem o antikoncepci nemají a později už s nimi není v kontaktu. Dle jejího názoru stačí podat matce po porodu informace o antikoncepci až při návštěvě praktického gynekologa na konci období šestinedělí. Do té doby by ženy neměly mít pohlavní styk z důvodu hojení porodního poranění a hygieny. Mezi zdroje informací, které ženám doporučuje ohledně informací o antikoncepci po porodu, patří lékař, informační letáky a internet. Domnívá se, že porodní asistentka je kompetentní podávat matkám po porodu informace ohledně vhodné antikoncepce, a to v rozsahu svých znalostí. Nepreferuje žádný typ antikoncepce. Snaží se doporučit antikoncepci dle přání ženy. Zdůrazňuje nutnost individuálního přístupu.

Tabulka 1 Respondentka 1

R = respondentka

R1	
Věk	52 let
Vzdělání	specializační
Délka praxe v oboru	32 let
Místo výkonu povolání	oddělení šestinedělí
Znalost pojmu edukace	vysvětlování, školení
Oblasti edukace v praxi	edukace v poporodním období, předporodní příprava párů k porodu
Znalost metod antikoncepce vhodných po porodu a při kojení	hormonální antikoncepce vhodná při kojení – Cerazette, Azalia
Získání znalostí v oblasti metod antikoncepce po porodu	z odborných seminářů
Uplatnění znalostí o antikoncepci po porodu v praxi	ano
Provádění edukace matek v oblasti vhodného výběru antikoncepce po porodu	spíše ne
Metoda edukace matek v oblasti antikoncepce po porodu	ústně – rozhovor
Důvod, proč porodní asistentka edukaci neprovádí	nezájem matek
Pomůcky k edukaci	informační letáky
Zájem matek o edukaci porodní asistentkou v oblasti antikoncepce po porodu	spíše ne
Důvod, proč matky po porodu o edukaci porodní asistentkou v oblasti antikoncepce zájem nemají	časné období po porodu
Vhodná doba k edukaci matek v oblasti antikoncepce po porodu	při návštěvě praktického gynekologa po období šestinedělí
Doporučené zdroje informací v oblasti antikoncepce po porodu porodní asistentkou	praktický gynekolog, informační letáky, internet

Rozsah kompetencí porodní asistentky v edukaci o antikoncepci po porodu	v rozsahu znalostí
Doporučení porodní asistentky v oblasti metod antikoncepce	doporučení nemá, dle přání matky

4.1.1.2 *Kazuistika 2*

Porodní asistentka, 47 let, specializační vzdělání v oboru porodní asistence, 27 let praxe v oboru, oddělení šestinedělí Nemocnice Strakonice, a.s.

Pojem edukace chápe jako „poučení, radu, proškolení“. V praxi matky po porodu edukuje o nutnosti časného vstávání, v péči o porodní poranění, v péči o hráz. Dále provádí edukaci v oblasti péče o prsy a doporučuje matkám cvičení po porodu. Z metod antikoncepce, které jsou vhodné v období po porodu a při kojení, zná hormonální gestagenní antikoncepci, ve formě perorální – Azalia, Cerazette, nebo injekční – Depo-Provera a nitroděložní antikoncepci. Znalosti o těchto metodách získala na odborných seminářích a dokáže je uplatnit v praxi. Matky po porodu edukuje pouze pokud mají zájem a zeptají se. V případě edukace o antikoncepci matky edukuje ústně, metodou rozhovoru. Pomůcky k edukaci nepoužívá. Uvádí, že matky v tak brzké době po porodu o edukaci v oblasti antikoncepce zájem nemají. Prioritou se stává péče o novorozence. Domnívá se, že vhodná doba pro edukaci o metodách antikoncepce po porodu je na konci období šestinedělí. Do té doby by ženy neměly mít pohlavní styk z hygienických důvodů a z důvodu hojení porodního poranění. Mezi zdroje informací o antikoncepci, které doporučuje matkám po porodu, patří praktický gynekolog, který je edukuje při kontrole po období šestinedělí. Domnívá se, že porodní asistentka je kompetentní podávat ženám informace ohledně antikoncepce po porodu, a to v rozsahu svých znalostí. Nepreferuje žádný typ antikoncepce. Snaží se doporučit antikoncepci dle výběru matky. Uvádí, že při jejím výběru má významnou roli cenová dostupnost jednotlivých metod a preparátů.

Tabulka 2 Respondentka 2

R = respondentka

R2	
Věk	47 let
Vzdělání	specializační
Délka praxe v oboru	27 let
Místo výkonu povolání	oddělení šestinedělí
Znalost pojmu edukace	poučení, rada, proškolení
Oblasti edukace v praxi	časné vstávání po porodu, péče o hráz, péče o porodní poranění, péče o prsy, cvičení po porodu
Znalost metod antikoncepce vhodných po porodu a při kojení	hormonální gestagenní antikoncepce – forma perorální, forma injekční (Cerazette, Azalia, Depo-Provera), nitroděložní antikoncepce
Získání znalostí v oblasti metod antikoncepce po porodu	z odborných seminářů
Uplatnění znalostí o antikoncepci po porodu v praxi	ano
Provádění edukace matek v oblasti vhodného výběru antikoncepce po porodu	ano, pokud mají zájem a zeptají se
Metoda edukace matek v oblasti antikoncepce po porodu	ústně – rozhovor
Důvod, proč porodní asistentka edukaci neprovádí	nezájem matek
Pomůcky k edukaci	žádné
Zájem matek o edukaci porodní asistentkou v oblasti antikoncepce po porodu	spíše ne
Důvod, proč matky po porodu o edukaci porodní asistentkou v oblasti antikoncepce zájem nemají	časné období po porodu
Vhodná doba k edukaci klientek v oblasti antikoncepce po porodu	na konci období šestinedělí

Doporučené zdroje informací v oblasti antikoncepce po porodu porodní asistentkou	praktický gynekolog
Rozsah kompetencí porodní asistentky v edukaci o antikoncepci po porodu	v rozsahu znalostí
Doporučení porodní asistentky v oblasti metod antikoncepce	doporučení nemá, dle výběru matky, dle cenové dostupnosti

4.1.1.3 *Kazuistika 3*

Porodní asistentka, 35 let, vzdělání bakalářské v oboru porodní asistence, 11 let praxe v oboru, oddělení šestinedělí Nemocnice Strakonice, a.s.

Pojem edukace chápe jako „ucelený návod o tom, jak vzdělávat, podávat informace cílové skupině“. Matky po porodu edukuje v oblasti hygieny, péče o prsy, péče o porodní poranění. Dále ženám poskytuje informace o rehabilitaci v šestinedělí. Z metod antikoncepce, které zná a které jsou vhodné po porodu a pro kojící matky uvádí metody bariérové antikoncepce, chemické antikoncepce, hormonální gestagenní antikoncepci a plné kojení jako metodu přirozené antikoncepce. Znalosti o těchto metodách získala v rámci vzdělání a dokáže je uplatnit v praxi. V případě zájmu matek po porodu edukaci provádí metodou rozhovoru. Pro doplnění informací používá informační letáky a informační brožury dostupné na oddělení šestinedělí. Respondentka uvádí, že přibližně „polovina matek na oddělení šestinedělí“ zájem o edukaci v oblasti antikoncepce má. Ženy se ptají i na osobní zkušenost s danou metodou. Domnívá se, že důvodem proč ženy o informace týkající se této problematiky zájem nemají je časně období po porodu. V tu dobu ženy spíše upřednostňují edukaci týkající se péče o novorozence a kojení. I přesto si myslí, že informace o antikoncepci vhodné po porodu je nutné matkám podat již při propuštění z oddělení šestinedělí do domácí péče. Jako zdroj informací o antikoncepci ženám doporučuje informační letáky, informační brožury a internet. Dle jejího názoru je porodní asistentka kompetentní podávat matkám po porodu informace ohledně antikoncepce, a to v rozsahu svých znalostí. Pokud si žena nepřeje otěhotnět po dobu následujících pěti let, doporučuje jako metodu antikoncepce nitroděložní tělíčko

Mirena a to z hlediska komfortu a ekonomické stránky. Jinak se snaží vyhovět výběru ženy.

Tabulka 3 Respondentka 3

R = respondentka

R3	
Věk	35 let
Vzdělání	bakalářské
Délka praxe v oboru	11 let
Místo výkonu povolání	oddělení šestinedělí
Znalost pojmu edukace	ucelený návod o tom, jak vzdělávat, podávat informace cílové skupině
Oblasti edukace v praxi	hygiena po porodu, péče o prsy, edukace o rehabilitaci po porodu
Znalost metod antikoncepce vhodných po porodu a při kojení	metody bariérové antikoncepce, hormonální gestagenní antikoncepce, plné kojení – jako forma přirozené antikoncepce
Získání znalostí v oblasti metod antikoncepce po porodu	v rámci vzdělání
Uplatnění znalostí o antikoncepci po porodu v praxi	ano
Provádění edukace matek v oblasti vhodného výběru antikoncepce po porodu	ano, pokud mají zájem
Metoda edukace matek v oblasti antikoncepce po porodu	ústně – rozhovor
Důvod, proč porodní asistentka edukaci neprovádí	nezájem matek
Pomůcky k edukaci	informační letáky a informační brožury dostupné na oddělení šestinedělí
Zájem matek o edukaci porodní asistentkou v oblasti antikoncepce po porodu	asi 50% matek po porodu zájem má, ptají se na osobní zkušenost

Důvod, proč matky po porodu o edukaci porodní asistentkou v oblasti antikoncepce zájem nemají	časné období po porodu
Vhodná doba k edukaci klientek v oblasti antikoncepce po porodu	před propuštěním z oddělení šestinedělí do domácí péče
Doporučené zdroje informací v oblasti antikoncepce po porodu porodní asistentkou	informační letáky, informační brožury, internet
Rozsah kompetencí porodní asistentky v edukaci o antikoncepci po porodu	v rozsahu znalostí
Doporučení porodní asistentky v oblasti metod antikoncepce	pokud žena neplánuje během 5 let další těhotenství, doporučuje nitroděložní antikoncepci Mirena, jinak dle výběru ženy

4.1.1.4 Kazuistika 4

Porodní asistentka, 34 let, vyšší odborné vzdělání v oboru porodní asistence, 12 let praxe v oboru, oddělení šestinedělí Nemocnice Strakonice, a.s.

Pojem edukace chápe jako „výchovu, vzdělávání“. V praxi ženy po porodu edukuje v rámci péče o porodní poranění, péče o prsy, péče o pravidelné vyprazdňování. Dále ženu edukuje o nutnosti dodržování pitného režimu a o rehabilitaci v poporodním období. Z metod antikoncepce vhodné pro ženy po porodu zná bariérovou antikoncepci, hormonální antikoncepci s obsahem gestagenu ve formě perorální, injekční, nebo ve formě podkožního implantátu. Dále antikoncepci nitroděložní a plné kojení, jako metodu přirozené regulace početí. Tyto znalosti získala v rámci vzdělání a dokáže je uplatnit v praxi. Matky po porodu edukuje o metodách antikoncepce pouze v případě jejich zájmu. Edukaci provádí převážně ústně, metodou rozhovoru. Eventuálně pomocí informačních letáků a brožur. Důvodem, proč ženy o edukaci porodní asistentkou nemají příliš velký zájem je, dle jejího názoru, nedůvěra v informace, které poskytuje porodní asistentka v porovnání s lékařem. Dalším důvodem je též časné období po porodu, kdy je žena zaměstnána péčí o novorozence a tyto informace odsouvá na pozdější dobu. Respondentka se však domnívá, že matky by měly být edukovány včas a to již při propuštění z oddělení šestinedělí do domácí péče.

Mezi zdroje informací, které doporučuje ženám ohledně antikoncepce po porodu, patří praktický gynekolog, porodní asistentka, informační letáky a informační brožury. Dle jejího názoru je porodní asistentka kompetentní podávat matkám po porodu informace týkající se této problematiky, a to v rozsahu svých znalostí. Nepreferuje žádný typ antikoncepce. Snaží se doporučit antikoncepci dle přání ženy.

Tabulka 4 Respondentka 4

R = respondentka

R4	
Věk respondenty	34 let
Vzdělání respondenty	vyšší odborné
Délka praxe v oboru	12 let
Místo výkonu povolání	oddělení šestinedělí
Znalost pojmu edukace	výchova, vzdělávání
Oblasti edukace v praxi	péče o porodní poranění, péče o prsy, péče o pravidelné vyprazdňování, edukace o nutnosti dodržování pitného režimu a rehabilitace v poporodním období
Znalost metod antikoncepce vhodných po porodu a při kojení	bariérová antikoncepce, hormonální gestagenní antikoncepce – forma perorální, injekční, podkožní implantát; nitroděložní antikoncepce, plné kojení – jako metoda přirozené antikoncepce
Získání znalostí v oblasti metod antikoncepce po porodu	v rámci vzdělávání
Uplatnění znalostí o antikoncepci po porodu v praxi	ano
Provádění edukace matek v oblasti vhodného výběru antikoncepce po porodu	ano, pokud mají zájem
Metoda edukace matek v oblasti antikoncepce po porodu	ústně – rozhovor

Důvod, proč porodní asistentka edukaci neprovádí	nezájem matek
Pomůcky k edukaci	informační letáky, informační brožury
Zájem matek o edukaci porodní asistentkou v oblasti antikoncepce po porodu	spíše ne
Důvod, proč matky po porodu o edukaci porodní asistentkou v oblasti antikoncepce zájem nemají	nedůvěra matek v edukaci porodní asistentkou, časné období po porodu
Vhodná doba k edukaci klientek v oblasti antikoncepce po porodu	při propuštění z oddělení šestinedělí do domácí péče
Doporučené zdroje informací v oblasti antikoncepce po porodu porodní asistentkou	praktický gynekolog, porodní asistentka, informační letáky, informační brožury
Rozsah kompetencí porodní asistentky v edukaci o antikoncepci po porodu	v rozsahu znalostí
Doporučení porodní asistentky v oblasti metod antikoncepce	doporučení nemá, dle přání matky

4.1.1.5 *Kazuistika 5*

Porodní asistentka, 51 let, 2leté pomaturitní studium porodní asistence, 7 let praxe v oboru, ordinace praktického gynekologa ve Vodňanech.

Pojem edukace chápe jako „vysvětlení významu a důležitosti“. V praxi edukaci používá často. Ženy v ordinaci praktického gynekologa edukuje např. o hygieně, životosprávě, metodách plánovaného rodičovství. U těhotných žen provádí „teoretickou přípravu k porodu“. Z metod antikoncepce vhodné pro ženy po porodu a při kojení zná hormonální gestagenní antikoncepci – perorální, injekční; bariérovou antikoncepci – kondom a nitroděložní antikoncepci. Převážnou většinu znalostí o těchto metodách získala z praxe v ordinaci praktického gynekologa a v rámci vzdělání. Domnívá se, že tyto poznatky dokáže uplatnit v praxi. Informace matkám po porodu poskytuje metodou rozhovoru. Odpovídá na jejich dotazy. Jako pomůcku k edukaci v oblasti antikoncepce po porodu používá informační letáky, brožury a modely antikoncepce – Mirena, NuvaRing. Důvodem, proč ženy v této oblasti needukuje je přítomnost lékaře. Tím

poukazuje na důležitost dobré spolupráce mezi lékařem a porodní asistentkou. Uvádí, že ženy po porodu o edukaci v této oblasti zájem mají. Důvodem nezájmu pak je dostatek jejich vědomostí, předchozí zkušenosti či edukace lékařem. Respondentka si myslí, že je potřeba tyto informace ženám poskytnout již na konci těhotenství. Jako zdroj informací o antikoncepci matkám doporučuje informační letáky, informační brožury a internetové stránky. Domnívá se, že porodní asistentka je zcela určitě kompetentní podávat ženám informace ohledně antikoncepce po porodu, a to v rozsahu svých vědomostí a zkušeností. Doporučení ve výběru antikoncepce nemá. „Antikoncepci je potřeba vyzkoušet, zda bude vyhovující“.

Tabulka 5 Respondentka 5

R = respondentka

R5	
Věk	51 let
Vzdělání	2leté pomaturitní studium porodní asistence
Délka praxe v oboru	7 let
Místo výkonu povolání	ordinace praktického gynekologa
Znalost pojmu edukace	vysvětlení významu a důležitosti
Oblasti edukace v praxi	hygiena, životospráva, metody plánovaného rodičovství; u těhotných žen „teoretická příprava k porodu“
Znalost metod antikoncepce vhodných po porodu a při kojení	hormonální gestagenní antikoncepce – forma perorální, injekční; bariérová antikoncepce – kondom, nitroděložní antikoncepce
Získání znalostí v oblasti metod antikoncepce po porodu	v rámci praxe v ordinaci praktického lékaře, v průběhu vzdělání
Uplatnění znalostí o antikoncepci po porodu v praxi	ano
Provádění edukace matek v oblasti vhodného výběru antikoncepce po porodu	ano

Metoda edukace matek v oblasti antikoncepce po porodu	ústně – rozhovor
Důvod, proč porodní asistentka edukaci neprovádí	přítomnost lékaře
Pomůcky k edukaci	informační letáky, informační brožury, modely antikoncepce – Mirena, NuvaRing
Zájem matek o edukaci porodní asistentkou v oblasti antikoncepce po porodu	ano
Důvod, proč matky po porodu o edukaci porodní asistentkou v oblasti antikoncepce zájem nemají	dostatek vědomostí, předchozí zkušenosti, edukace lékařem
Vhodná doba k edukaci klientek v oblasti antikoncepce po porodu	v závěru těhotenství
Doporučené zdroje informací v oblasti antikoncepce po porodu porodní asistentkou	informační letáky, informační brožury, internetové stránky
Rozsah kompetencí porodní asistentky v edukaci o antikoncepci po porodu	v rámci vědomostí a zkušeností
Doporučení porodní asistentky v oblasti metod antikoncepce	doporučení nemá, antikoncepci je potřeba „vyzkoušet, zda bude vyhovující“

4.1.1.6 Kazuistika 6

Porodní asistentka, 42 let, 2leté pomaturitní studium porodní asistence, 6 let praxe v oboru, ordinace praktického gynekologa v Českých Budějovicích.

Pojem edukace chápe jako „vysvětlení, poučení“. V praxi edukuje klientky v oblasti životosprávy, hygieny, péče o prsy, antikoncepce, atd. Dále provádí edukaci v rámci preventivních prohlídek a vyšetření. Jako metody antikoncepce pro ženy po porodu uvádí hormonální gestagenní antikoncepci, která je vhodná pro kojící matky – Azalia, Cerazette; kondom, jako metodu bariérové antikoncepce a nitroděložní tělíčko Mirena – jako formu nitroděložní antikoncepce. Znalosti o těchto metodách získala během praxe v gynekologické ordinaci od lékaře a z odborné literatury zabývající se touto problematikou. Tyto informace dokáže uplatnit v praxi. Edukaci matek po porodu

v oblasti antikoncepce provádí v případě, že ženy nejsou edukovány lékařem. A to metodou rozhovoru. K doplnění informací používá informační letáky. V případě edukace o nitroděložní antikoncepci, má k dispozici plastový model nitroděložního tělíska pro názornou ukázkou. Respondentka uvádí, že matky po porodu mají zájem o edukaci porodní asistentkou v oblasti antikoncepce, ptají se, ověřují si informace získané z internetu. Pokud však mají informací dostatek či předchozí zkušenost, zájem o edukaci nemají. Respondentka se domnívá, že informace týkající se této problematiky by měly být ženám poskytnuty již na konci těhotenství. Mezi hlavní zdroje informací, které doporučuje matkám po porodu ohledně antikoncepce, patří praktický gynekolog, porodní asistentka, informační letáky a odborná literatura. Dle jejího názoru je porodní asistentka kompetentní podávat klientkám informace ohledně antikoncepce po porodu a to v rozsahu svých znalostí. Doporučení ohledně výběru metody antikoncepce nemá. Důležité je rozhodnutí klientky.

Tabulka 6 Respondentka 6

R = respondentka

R6	
Věk	42 let
Vzdělání	vyšší odborné vzdělání
Délka praxe v oboru	6 let
Místo výkonu povolání	ordinace praktického gynekologa
Znalost pojmu edukace	vysvětlení, poučení
Oblasti edukace v praxi	životaspráva, hygiena, péče o prsy, antikoncepce, edukace v rámci preventivních prohlídek a vyšetření
Znalost metod antikoncepce vhodných po porodu a při kojení	hormonální gestagenní antikoncepce – Azalia, Cerazette, kondom – jako metoda bariérové antikoncepce, nitroděložní antikoncepce – Mirena
Získání znalostí v oblasti metod antikoncepce po porodu	v rámci praxe v gynekologické ordinaci od praktického gynekologa, z odborné literatury

Uplatnění znalostí o antikoncepci po porodu v praxi	ano
Provádění edukace matek v oblasti vhodného výběru antikoncepce po porodu	ano
Metoda edukace matek v oblasti antikoncepce po porodu	ústně – rozhovor, názorná ukázka
Důvod, proč porodní asistentka edukaci neprovádí	edukace lékařem
Pomůcky k edukaci	informační letáky, model antikoncepce – Mirena
Zájem matek o edukaci porodní asistentkou v oblasti antikoncepce po porodu	ano, ptají se, ověřují si informace získané z internetu
Důvod, proč matky po porodu o edukaci porodní asistentkou v oblasti antikoncepce zájem nemají	dostatek znalostí
Vhodná doba k edukaci klientek v oblasti antikoncepce po porodu	na konci těhotenství
Doporučené zdroje informací v oblasti antikoncepce po porodu porodní asistentkou	praktický gynekolog, porodní asistentka, informační letáky, odborná literatura
Rozsah kompetencí porodní asistentky v edukaci o antikoncepci po porodu	v rozsahu znalostí
Doporučení porodní asistentky v oblasti metod antikoncepce	doporučení nemá, dle přání ženy

4.1.1.7 *Kazuistika 7*

Porodní asistentka, 55 let, specializační vzdělání v porodní asistentci, 33 let praxe v oboru, ordinace praktického gynekologa v Českých Budějovicích.

Pojem edukace chápe jako „poučení, vysvětlení, radu“. Ženám poskytuje informace různého druhu. Jedná se především o oblast hygieny, životosprávy, plánovaného rodičovství. Těhotné ženy informuje o průběhu těhotenství. Z metod antikoncepce po porodu zná hormonální gestagenní antikoncepci, která je vhodná pro kojící matky – Azalia, Cerazette a nitroděložní antikoncepci s obsahem gestagenu – Mirena. Znalosti o

těchto metodách antikoncepce získala praxí v ordinaci praktického gynekologa a dokáže je v praxi také uplatnit. Matky po porodu, pokud mají zájem, edukuje při návštěvě ordinace po období šestinedělí. Informace ženám podává ústně, metodou rozhovoru. Eventuálně používá informační letáky a brožury. K dispozici má též obrazový materiál a plastový model nitroděložní antikoncepce. Některé ženy o edukaci zájem mají, některé nemají. Důvodem, proč nemají, je předchozí edukace lékařem, či zkušenost z předchozího těhotenství. Dle jejího názoru je nejvhodnější doba na edukaci o antikoncepci po porodu až při návštěvě praktického gynekologa na konci období šestinedělí. Mezi zdroje informací, které doporučuje ženám ohledně antikoncepce po porodu, patří lékař, porodní asistentka, informační letáky a informační brožury. Domnívá se, že porodní asistentka je kompetentní podávat matkám po porodu informace ohledně antikoncepce a to v rozsahu svých znalostí v oblasti plánovaného rodičovství. Nepreferuje žádný typ antikoncepce. Snaží se doporučit antikoncepci dle přání ženy.

Tabulka 7 Respondentka 7

R = respondentka

R7	
Věk	55 let
Vzdělání	specializační
Délka praxe v oboru	33 let
Místo výkonu povolání	ordinace praktického gynekologa
Znalost pojmu edukace	poučení, vysvětlení, rada
Oblasti edukace v praxi	edukace různého druhu v rámci návštěv žen v ordinaci praktického gynekologa – hygiena, životospráva, plánované rodičovství; u těhotných žen – informace o průběhu těhotenství
Znalost metod antikoncepce vhodných po porodu a při kojení	gestagenní hormonální antikoncepce – Cerazette, Azalia, nitroděložní antikoncepce s obsahem gestagenu – Mirena

Získání znalostí v oblasti metod antikoncepce po porodu	v rámci praxe v ordinaci praktického gynekologa
Uplatnění znalostí o antikoncepci po porodu v praxi	ano
Provádění edukace matek v oblasti vhodného výběru antikoncepce po porodu	ano, pokud mají zájem
Metoda edukace matek v oblasti antikoncepce po porodu	ústně – rozhovor, názorná ukázka
Důvod, proč porodní asistentka edukaci neprovádí	nezájem matek
Pomůcky k edukaci	informační letáky, informační brožury, obrazový materiál, plastový model nitroděložní antikoncepce
Zájem matek o edukaci porodní asistentkou v oblasti antikoncepce po porodu	některé ženy zájem mají, některé nemají
Důvod, proč matky po porodu o edukaci porodní asistentkou v oblasti antikoncepce zájem nemají	edukace lékařem, předchozí zkušenost
Vhodná doba k edukaci klientek v oblasti antikoncepce po porodu	na konci období šestinedělí při kontrole u praktického gynekologa
Doporučené zdroje informací v oblasti antikoncepce po porodu porodní asistentkou	praktický gynekolog, porodní asistentka, informační letáky, informační brožury
Rozsah kompetencí porodní asistentky v edukaci o antikoncepci po porodu	v rozsahu znalostí v oblasti plánovaného rodičovství
Doporučení porodní asistentky v oblasti metod antikoncepce	doporučení nemá, respektuje přání ženy

4.1.1.8 Kazuistika 8

Porodní asistentka, 38 let, specializační vzdělání v porodní asistenci, 16 let praxe v oboru, ordinace praktického gynekologa ve Vimperku.

Pojem edukace chápe jako „vzdělávání, poučení někoho o něčem“. Edukace je důležitou součástí její praxe. Těhotné ženy edukuje během období těhotenství a porodu. Netěhotným ženám poskytuje informace v rámci „problému“, se kterým přicházejí do ordinace. Informace se pak týkají oblasti hygieny, životosprávy, atd. Z metod antikoncepce pro ženy po porodu zná hormonální gestagenní antikoncepci, nitroděložní tělísko s obsahem gestagenu, bariérovou antikoncepci a přerušovanou soulož jako metodu přirozené antikoncepce, které jsou vhodné pro kojící ženy. Dále pak hormonální kombinovanou antikoncepci jako metodu vhodnou pro matky, které nekojí. Tyto znalosti získala v rámci praxe u praktického gynekologa, z informačních letáků a odborných časopisů. Domnívá se, že je dokáže uplatnit v praxi. Matky po porodu spíše needukuje, pouze pokud se zeptají. Informace poskytuje ženám metodou rozhovoru, eventuálně používá obrazový materiál či plastové modely – model dělohy se zavedeným nitroděložním tělískem, model vaginálního kroužku – NuvaRing, které jsou dostupné v ordinaci. Uvádí, že ženy po porodu o edukaci porodní asistentkou zájem příliš nemají. Důvodem je větší důvěra v informace, které ženám poskytne lékař a to v době, kdy přicházejí na kontrolu po ukončení období šestinedělí. Mezi zásadní zdroje informací, které doporučuje matkám po porodu ohledně informací o antikoncepci, patří lékař a porodní asistentka. Eventuálně doporučuje informační letáky. Dle jejího názoru je porodní asistentka kompetentní informovat ženy po porodu o možnostech výběru antikoncepce již při propuštění z oddělení šestinedělí do domácí péče a to v rozsahu svých znalostí. Nepreferuje žádný typ antikoncepce. Snaží se doporučit antikoncepci dle přání ženy.

Tabulka 8 Respondentka 8

R = respondentka

R8	
Věk	38 let
Vzdělání	specializační
Délka praxe v oboru	16 let
Místo výkonu povolání	ordinace praktického gynekologa
Znalost pojmu edukace	vzdělávání, poučení někoho o něčem
Oblasti edukace v praxi	edukace žen v období těhotenství a porodu, u netěhotných – edukace v rámci „problému“
Znalost metod antikoncepce vhodných po porodu a při kojení	bariérová antikoncepce, přerušovaná soulož – jako metoda přirozené antikoncepce, hormonální gestagenní antikoncepce, nitroděložní antikoncepce s obsahem gestagenu – u žen kojících, u žen nekojících – kombinovaná hormonální antikoncepce
Získání znalostí v oblasti metod antikoncepce po porodu	v rámci praxe v ordinaci praktického gynekologa, z informačních letáků, z odborných časopisů
Uplatnění znalostí o antikoncepci po porodu v praxi	ano
Provádění edukace matek v oblasti vhodného výběru antikoncepce po porodu	spíše ne, pouze pokud se zeptají
Metoda edukace matek v oblasti antikoncepce po porodu	ústně – rozhovor, názorná ukázka
Důvod, proč porodní asistentka edukaci neprovádí	nezájem matek
Pomůcky k edukaci	obrazový materiál, model dělohy se zavedeným nitroděložním tělískem, model vaginálního kroužku – NuvaRing
Zájem matek o edukaci porodní asistentkou v oblasti antikoncepce po porodu	spíše ne

Důvod, proč matky po porodu o edukaci porodní asistentkou v oblasti antikoncepce zájem nemají	větší důvěra v edukaci lékařem
Vhodná doba k edukaci klientek v oblasti antikoncepce po porodu	při propuštění z oddělení šestinedělí do domácí péče
Doporučené zdroje informací v oblasti antikoncepce po porodu porodní asistentkou	praktický gynekolog, porodní asistentka, eventuálně informační letáky
Rozsah kompetencí porodní asistentky v edukaci o antikoncepci po porodu	v rozsahu znalostí
Doporučení porodní asistentky v oblasti metod antikoncepce	doporučení nemá, dle přání ženy

4.1.1.9 Kazuistika 9

Porodní asistentka, 54 let, specializační vzdělání v porodní asistenci, 2 roky praxe v oboru, terénní péče v oblasti Písecka.

Pojem edukace chápe jako „výchovu, vzdělávání“. Ženy edukuje během těhotenství v rámci předporodní přípravy, v průběhu porodu, pokud ji klientky požádají o doprovod a v období šestinedělí při návštěvě v domácím prostředí. Z metod antikoncepce po porodu zná hormonální gestagenní antikoncepci, která je vhodná pro kojící matky, neboť obsahuje pouze gestageny – Azalia, Cerazette. Dále nitroděložní antikoncepci a bariérové metody antikoncepce. Znalosti o těchto metodách získala během vzdělání, z odborné literatury, z odborných časopisů a informačních letáků. Tyto vědomosti dokáže uplatnit v praxi. Matky po porodu needukuje, pouze v případě jejich zájmu. Edukaci týkající se této problematiky „přenechává“ lékaři. Pokud se ženy zeptají, informace podává ústně, metodou rozhovoru. Eventuálně klientkám nabídne informační leták či brožuru. Důvodem, proč ženy o edukaci zájem nemají, je dostupnost internetových stránek, kde klientky získávají potřebné informace. V případě problému se pak obrací spíše na lékaře. Domnívá se, že ženy je vhodné edukovat o antikoncepci po porodu až při kontrole po období šestinedělí. Do té doby by ženy neměly mít pohlavní styk z důvodu hojení porodního poranění a hygieny. Jako zdroj zásadních informací týkající se této oblasti doporučuje matkám po porodu praktického gynekologa

a porodní asistentku. Dle jejího názoru je porodní asistentka kompetentní podávat ženám informace ohledně antikoncepce po porodu a to v rozsahu svých znalostí. Nepreferuje žádný typ antikoncepce. Upřednostňuje výběr ženy.

Tabulka 9 Respondentka 9

R = respondentka

R9	
Věk	54 let
Vzdělání	specializační
Délka praxe v oboru	2 roky
Místo výkonu povolání	oblast terénní péče
Znalost pojmu edukace	vysvětlení, poučení, podání informace
Oblasti edukace v praxi	edukace v předporodní přípravě, v průběhu porodu, v obdob šestinedělí v rámci návštěvní služby
Znalost metod antikoncepce vhodných po porodu a při kojení	hormonální gestagenní antikoncepce – Azalia, Cerazette; nitroděložní antikoncepce, bariérová antikoncepce
Získání znalostí v oblasti metod antikoncepce po porodu	v rámci vzdělávání, z odborné literatury, z odborných časopisů a informačních letáků
Uplatnění znalostí o antikoncepci po porodu v praxi	ano
Provádění edukace matek v oblasti vhodného výběru antikoncepce po porodu	spíše ne, edukaci „přenechává lékaři“
Metoda edukace matek v oblasti antikoncepce po porodu	ústně – rozhovor
Důvod, proč porodní asistentka edukaci neprovádí	nezájem matek
Pomůcky k edukaci	informační letáky, informační brožury
Zájem matek o edukaci porodní asistentkou v oblasti antikoncepce po porodu	spíše ne

Důvod, proč matky po porodu o edukaci porodní asistentkou v oblasti antikoncepce po porodu zájem nemají	dostatek vědomostí, edukace lékařem
Vhodná doba k edukaci klientek v oblasti antikoncepce po porodu	při kontrole po období šestinedělí
Doporučené zdroje informací v oblasti antikoncepce po porodu porodní asistentkou	praktický gynekolog, porodní asistentka
Rozsah kompetencí porodní asistentky v edukaci o antikoncepci po porodu	v rozsahu znalostí
Doporučení porodní asistentky v oblasti metod antikoncepce	doporučení nemá, upřednostňuje výběr ženy

4.1.1.10 Kazuistika 10

Porodní asistentka, 39 let, 2leté pomaturitní vzdělání v porodní asistenci, 9 let praxe v oboru, terénní péče v oblasti Strakonicka.

Pojem edukace chápe jako „poučení o problému“. V praxi ženám poskytuje informace v rámci předporodní přípravy. Z metod antikoncepce, kterou lze použít v období po porodu a při kojení uvádí hormonální gestagenní antikoncepci a kondom jako metodu antikoncepce bariérové. Znalosti o této problematice získávala postupně v průběhu praxe a tyto vědomosti dokáže v praxi také uplatnit. Matky po porodu edukuje o antikoncepci v případě jejich zájmu, metodou rozhovoru. Jiné pomůcky k edukaci nepoužívá. Důvodem, proč ženy o edukaci porodní asistentkou zájem nemají, jsou jejich dostatečné znalosti či předchozí zkušenost. V období po porodu upřednostňují informace týkající se péče o novorozence. Dle jejího názoru je nutné matky s antikoncepcí seznámit již v rámci předporodní přípravy a tyto informace by měly být doplněny po porodu při návštěvní službě porodní asistentky v domácím prostředí. Mezi zdroje informací, které doporučuje matkám po porodu ohledně informací o antikoncepci, patří porodní asistentka a praktický gynekolog. Domnívá se, že porodní asistentka je zcela určitě kompetentní podávat klientkám informace ohledně antikoncepce po porodu a to v rozsahu svých znalostí a zkušeností. Ženám po porodu doporučuje hormonální gestagenní antikoncepci.

Tabulka 10 Respondentka 10

R = respondentka

R10	
Věk	39 let
Vzdělání	2leté pomaturitní studium porodní asistence
Délka praxe v oboru	9 let
Místo výkonu povolání	oblast terénní péče
Znalost pojmu edukace	poučení o problému
Oblasti edukace v praxi	v rámci předporodní přípravy
Znalost metod antikoncepce vhodných po porodu a při kojení	hormonální gestagenní antikoncepce, bariérová antikoncepce
Získání znalostí v oblasti metod antikoncepce po porodu	v průběhu praxe
Uplatnění znalostí o antikoncepci po porodu v praxi	ano
Provádění edukace matek v oblasti vhodného výběru antikoncepce po porodu	ano, pokud mají zájem
Metoda edukace matek v oblasti antikoncepce po porodu	ústně – rozhovor
Důvod, proč porodní asistentka edukaci neprovádí	nezájem matek
Pomůcky k edukaci	žádné
Zájem matek o edukaci porodní asistentkou v oblasti antikoncepce po porodu	spíše ne
Důvod, proč matky po porodu o edukaci porodní asistentkou v oblasti antikoncepce zájem nemají	preferují informace, které se týkají péče o novorozence
Vhodná doba k edukaci klientek v oblasti antikoncepce po porodu	v rámci předporodní přípravy; po porodu při návštěvě porodní asistentky v domácím prostředí
Doporučené zdroje informací v oblasti antikoncepce po porodu porodní asistentkou	porodní asistentka, praktický gynekolog

Rozsah kompetencí porodní asistentky v edukaci o antikoncepci po porodu	v rozsahu znalostí
Doporučení porodní asistentky v oblasti metod antikoncepce	hormonální gestagenní antikoncepce

4.1.1.11 Kazuistika 11

Porodní asistentka, 43 let, vzdělání bakalářské v oboru porodní asistence, 23 let praxe v oboru, terénní péče v oblasti Táborska.

Pojem edukace chápe jako „vdělávání jiné osoby“. Ženy edukuje během těhotenství formou předporodní přípravy, v průběhu porodu, pokud si žádají její přítomnost a v období šestinedělí při návštěvě v domácím prostředí. Matky po porodu edukuje metodou rozhovoru v kombinaci s metodou demonstrační. Z metod antikoncepce vhodné po porodu uvádí hormonální gestagenní antikoncepci, preparáty Azalia, Cerazette. A dále pak metody přirozené antikoncepce, mezi které patří kojení a přerušovaná soulož. Znalosti o těchto metodách získala na odborných konferencích, seminářích, vlastním studiem a dokáže je uplatnit v praxi. Matky po porodu edukuje metodou rozhovoru, případně používá informační letáky. Důvodem, pro který edukaci matek po porodu neprovádí, je jejich nezájem. Většinou se jedná o ženy, které mají již předchozí zkušenost a tudíž dostatek vědomostí. Domnívá se, že ženy je vhodné edukovat již v předporodním kurzu, kdy by žena měla dostat první informace týkající se této problematiky. Mezi zdroje informací, které doporučuje matkám po porodu ohledně výběru antikoncepce, patří edukace porodní asistentkou a edukace lékařem. Dále odborná literatura a informační letáky. Dle jejího názoru je porodní asistentka kompetentní podávat matkám po porodu informace ohledně antikoncepce, a to v plném rozsahu. Podmínkou jsou však její znalosti. Nepreferuje žádný typ antikoncepce. Snaží se doporučit antikoncepci dle přání ženy. Nutný je individuální přístup k ženám.

Tabulka 11 Respondentka 11

R = respondentka

R11	
Věk	43 let
Vzdělání	bakalářské
Délka praxe v oboru	23 let
Místo výkonu povolání	oblast terénní péče
Znalost pojmu edukace	vzdělávání jiné osoby
Oblasti edukace v praxi	předporodní příprava, návštěvní služba v šestinedělí
Znalost metod antikoncepce vhodných po porodu a při kojení	hormonální gestagenní antikoncepce – preparáty Azalia, Cerazette; metody přirozené antikoncepce – kojení a přerušovaná soulož
Získání znalostí v oblasti metod antikoncepce po porodu	na odborných konferencích, na seminářích, vlastním studiem
Uplatnění znalostí o antikoncepci po porodu v praxi	ano
Provádění edukace matek v oblasti vhodného výběru antikoncepce po porodu	ano
Metoda edukace matek v oblasti antikoncepce po porodu	ústně – rozhovor
Důvod, proč porodní asistentka edukaci neprovádí	nezájem matek
Pomůcky k edukaci	informační letáky
Zájem matek o edukaci porodní asistentkou v oblasti antikoncepce po porodu	ano
Důvod, proč matky po porodu o edukaci porodní asistentkou v oblasti antikoncepce zájem nemají	předchozí zkušenost, dostatek vědomostí
Vhodná doba k edukaci klientek v oblasti antikoncepce po porodu	v předporodním kurzu

Doporučené zdroje informací v oblasti antikoncepce po porodu porodní asistentkou	porodní asistentka, praktický gynekolog, odborná literatura, informační letáky
Rozsah kompetencí porodní asistentky v edukaci o antikoncepci po porodu	v plném rozsahu, podmínkou jsou znalosti
Doporučení porodní asistentky v oblasti metod antikoncepce	doporučení nemá, dle přání ženy

4.1.2 Sumarizace výsledků z rozhovorů s respondentkami

Tabulka 12 Osobní údaje o respondentkách

k otázce 1, 2, 3, 4 rozhovoru

R = respondentka

	Věk	Vzdělání	Délka praxe v oboru	Místo výkonu povolání
R1	52 let	specializační, porodní asistence	32 let	oddělení šestinedělí
R2	47 let	specializační, porodní asistence	27 let	oddělení šestinedělí
R3	35 let	bakalářské, porodní asistence	11 let	oddělení šestinedělí
R4	34 let	vyšší odborné, porodní asistence	12 let	oddělení šestinedělí
R5	51 let	2leté pomaturitní studium, porodní asistence	7 let	ordinace praktického gynekologa
R6	42 let	2leté pomaturitní studium, porodní asistence	6 let	ordinace praktického gynekologa
R7	55 let	specializační, porodní asistence	25 let	ordinace praktického gynekologa
R8	38 let	specializační, porodní asistence	16 let	ordinace praktického gynekologa
R9	54 let	specializační, porodní asistence	2 roky	oblast terénní péče
R10	39 let	2leté pomaturitní studium, porodní asistence	9 let	oblast terénní péče
R11	43 let	bakalářské, porodní asistence	23 let	oblast terénní péče

Věk respondentek se pohybuje v rozmezí 34 až 55 let. R1, R2, R7, R8, R9 mají specializační vzdělání v oboru porodní asistence; R4 má vyšší odborné vzdělání v oboru porodní asistence; R5, R6, R10 mají 2leté pomaturitní studium porodní asistence; R3 a R11 jsou vzdělány vysokoškolsky, mají ukončené bakalářské studium porodní asistence. Délka praxe v oboru se pohybuje od 2 do 32 let. R1, R2, R3, R4 pracují na oddělení šestinedělí Nemocnice Strakonice, a s. Místem výkonu praxe R5, R6, R7, R8 je ordinace praktického gynekologa. R9, R10, R11 jsou porodní asistentky z oblasti terénní péče.

Tabulka 13 Znalost pojmu edukace a její využití v praxi

k otázce 5 rozhovoru pro porodní asistentky

R = respondentka

	Znalost pojmu edukace	Oblasti edukace v praxi porodní asistentky
R1	vysvětlování, školení	edukace v poporodním období, předporodní příprava párů k porodu
R2	poučení, rada, proškolení	časné vstávání po porodu, péče o hráz, péče o porodní poranění, péče o prsy, cvičení po porodu
R3	ucelený návod o tom, jak vzdělávat, podávat informace cílové skupině	hygiena po porodu, péče o prsy, edukace o rehabilitaci po porodu
R4	výchova, vzdělávání	péče o porodní poranění, péče o prsy, péče o pravidelné vyprazdňování, edukace o nutnosti dodržování pitného režimu a rehabilitace v poporodním období
R5	vysvětlení významu a důležitosti	hygiena, životospráva, metody plánovaného rodičovství; u těhotných žen „teoretická příprava k porodu“
R6	vysvětlení, poučení	životospráva, hygiena, péče o prsy, antikoncepce, edukace v rámci preventivních prohlídek a vyšetřeních
R7	poučení, vysvětlení, rada	edukace různého druhu v rámci návštěv žen v ordinaci praktického gynekologa – hygiena, životospráva, plánované rodičovství; u těhotných žen – informace o průběhu těhotenství

R8	vzdělávání, poučení někoho o něčem	edukace žen v období těhotenství a porodu; u netěhotných – edukace v rámci „problému“
R9	vysvětlení, poučení, podání informace	edukace v předporodní přípravě, v průběhu porodu, v období šestinedělí v rámci návštěvní služby
R10	poučení o problému	v rámci předporodní přípravy
R11	vzdělávání jiné osoby	předporodní příprava, návštěvní služba v šestinedělí

Pojem „edukace“ dle názoru všech dotazovaných respondentek znamená „vysvětlení, poučení, radu, vzdělání, výchovu, podání informace“. Všechny respondentky prokázaly znalost tohoto termínu. Mezi oblasti edukace R1, R2, R3, R4 patří převážně informace týkající se managementu šestinedělí – péče o porodní poranění, péče o prsy, edukace o rehabilitaci v poporodním období. R5, R6, R7 uvádí edukaci v oblasti životosprávy, hygieny – u netěhotných žen; těhotným ženám podávají informace v průběhu těhotenství. R5 uvedla „teoretickou přípravu k porodu“. R6 edukuje ženy v rámci preventivních prohlídek a vyšetření. R8 uvedla edukaci v případě „problému“, se kterým žena přichází do ambulance praktického gynekologa. R1, R9, R10, R11 provádí edukaci žen v rámci předporodní přípravy; R9 a R11 pak i v rámci návštěvní služby v období šestinedělí v domácím prostředí.

Tabulka 14 Znalost metod antikoncepce vhodných po porodu a při kojení, jejich zdroj a uplatnění v praxi

k otázce 6 rozhovoru pro porodní asistentky

R = respondentka

	Znalost metod antikoncepce vhodných po porodu a při kojení	Zdroj získání znalostí v oblasti metod antikoncepce po porodu	Uplatnění znalostí o antikoncepci po porodu v praxi
R1	hormonální antikoncepce vhodná při kojení – Cerazette, Azalia	odborné semináře	ano
R2	hormonální gestagenní antikoncepce – forma perorální, forma injekční (Cerazette, Azalia, Depo-Provera),	odborné semináře	ano

	nitroděložní antikoncepce		
R3	metody bariérové antikoncepce, hormonální gestagenní antikoncepce, plné kojení – jako forma přirozené antikoncepce	vzdělání	ano
R4	bariérová antikoncepce, hormonální gestagenní antikoncepce – forma perorální, injekční, podkožní implantát; nitroděložní antikoncepce, plné kojení – jako metoda přirozené antikoncepce	vzdělání	ano
R5	hormonální gestagenní antikoncepce – forma perorální, injekční; bariérová antikoncepce – kondom; nitroděložní antikoncepce	praxe v ordinaci praktického gynekologa, vzdělání	ano
R6	hormonální gestagenní antikoncepce – Azalia, Cerazette, kondom – jako metoda bariérové antikoncepce, nitroděložní antikoncepce – Mirena	praxe v ordinaci praktického gynekologa, lékař, odborná literatura	ano
R7	gestagenní hormonální antikoncepce – Cerazette, Azalia, nitroděložní antikoncepce s obsahem gestagenu – Mirena	praxe v ordinaci praktického gynekologa	ano
R8	bariérová antikoncepce, přerušovaná soulož – jako metoda přirozené antikoncepce, hormonální gestagenní antikoncepce, nitroděložní antikoncepce s obsahem gestagenu – u žen kojících, u žen nekojících – kombinovaná hormonální antikoncepce	praxe v ordinaci praktického gynekologa, informační letáky, odborné časopisy	ano

R9	hormonální gestagenní antikoncepce – Azalia, Cerazette; nitroděložní antikoncepce, bariérová antikoncepce	vzdělání, odborná literatura, odborné časopisy, informační letáky	ano
R10	hormonální gestagenní antikoncepce, bariérová antikoncepce	praxe	ano
R11	hormonální gestagenní antikoncepce – preparáty Azalia, Cerazette; metody přirozené antikoncepce – kojení a přerušovaná soulož	odborné konference, semináře, vlastní studium	ano

Z metod antikoncepce vhodných po porodu a při kojení znají všechny dotazované respondentky hormonální gestagenní antikoncepci. Formu perorální uvádí R1, R2, R4, R5, R6, R7, R9, R11; formu injekční uvádí R2, R4, R5; existenci podkožního implantátu jako jedné z metod hormonální gestagenní antikoncepce udává R4. Metody bariérové antikoncepce udávají R3, R4, R5, R6, R8, R9, R10. O nitroděložní antikoncepci mají povědomí R2, R4, R5, R6, R7, R8, R9. Plné kojení jako jednu z metod přirozené antikoncepce uvádí R3, R4 a přerušovanou soulož uvádí R8, R10. R8 doplňuje výčet možností o kombinovanou formu hormonální antikoncepce, kterou jak uvádí lze použít u nekojících žen.

Zdroji informací, ze kterých porodní asistentky získávaly vědomosti v oblasti antikoncepce po porodu, jsou pro R1, R2, R11 odborné semináře a konference; pro R3, R4, R5, R9 vzdělání. R5, R6, R7, R8 uvádí jako nejvíce přínosnou, v rámci informací o antikoncepci, praxi v ordinaci praktického gynekologa. R6, R9 také uvádí jako zdroj těchto informací odbornou literaturu; R8, R9 dále uvádí odborné časopisy a informační letáky. R11 pak navíc „vlastní studium“. R10 získala nejvíce znalostí praxí.

Všechny dotazované respondentky se shodly, že tyto vědomosti by dokázaly uplatnit v praxi.

Tabulka 15 Edukace matek v oblasti vhodného výběru antikoncepce po porodu

k otázce 7 rozhovoru pro porodní asistentky

R = respondentka

	Provádění edukace matek v oblasti vhodného výběru antikoncepce po porodu	Metoda edukace matek v oblasti antikoncepce po porodu	Důvod, proč porodní asistentka edukaci neprovádí
R1	spíše ne	ústně – rozhovor	nezájem matek
R2	ano, pokud mají zájem a zeptají se	ústně – rozhovor	nezájem matek
R3	ano, pokud mají zájem	ústně – rozhovor	nezájem matek
R4	ano, pokud mají zájem	ústně – rozhovor	nezájem matek
R5	ano	ústně – rozhovor, názorná ukázka	přítomnost lékaře
R6	ano	ústně – rozhovor, názorná ukázka	edukace lékařem
R7	ano, pokud mají zájem	ústně – rozhovor, názorná ukázka	nezájem matek
R8	spíše ne, pouze pokud se zeptají	ústně – rozhovor, názorná ukázka	nezájem matek
R9	spíše ne, edukaci „přenechává lékaři“	ústně – rozhovor	nezájem matek
R10	ano, pokud mají zájem	ústně – rozhovor	nezájem matek
R11	ano	ústně – rozhovor	nezájem matek

Na otázku, zda porodní asistentka edukuje matky po porodu v oblasti vhodného výběru antikoncepce odpověděly R5, R6, R11, že ano. R2, R3, R4, R7, R10 uvedly též ano, ale pouze v případě zájmu ze strany matek. R1 na tuto otázku odpověděla spíše ne. R8 ženy spíše needukuje, pouze pokud se zeptají a R9 tyto informace „přenechává lékaři“. Jako metodu, kterou porodní asistentky používají k edukaci matek o antikoncepci, uvedly shodně všechny respondentky metodu slovní – rozhovor. R5, R6, R7, R8 dále zmínily názornou ukázkou. Důvodem, pro který porodní asistentky ženy

needukují, R1, R2, R3, R4, R7, R8, R9, R10, R11 uvádí nezájem ze strany matek. Dle R6 je důvodem edukace lékařem. R5 pak udává samotnou „přítomnost lékaře“.

Tabulka 16 Pomůcky k edukaci

k otázce 8 rozhovoru pro porodní asistentky

R = respondentka

	Pomůcky k edukaci
R1	informační letáky
R2	žádné
R3	informační letáky a informační brožury dostupné na oddělení šestinedělí
R4	informační letáky, informační brožury
R5	informační letáky, informační brožury, modely antikoncepce – NuvaRing, Mirena
R6	informační letáky, model antikoncepce – Mirena
R7	informační letáky, informační brožury, obrazový materiál, plastový model nitroděložní antikoncepce
R8	obrazový materiál, model dělohy se zavedeným nitroděložním tělískem, model vaginálního kroužku – NuvaRing
R9	informační letáky, informační brožury
R10	žádné
R11	informační letáky

Nejvíce porodních asistentek jako pomůcek k edukaci používá informační letáky – R1, R3, R4, R5, R6, R7, R9, R11. Informační brožury používají R3, R4, R5, R7, R9. Použití modelu nitroděložní antikoncepce Mirena uvádí R5, R6, R7, R8; modelu vaginálního kroužku NuvaRing – R5, R8. R7 a R8 navíc uvádí jako pomůcku k edukaci obrazový materiál. R2 a R10 nepoužívají pomůcky žádné.

Tabulka 17 Zájem matek o edukaci porodní asistentkou v oblasti antikoncepce po porodu

k otázce 9 rozhovoru pro porodní asistentky

R = respondentka

	Zájem matek o edukaci porodní asistentkou v oblasti antikoncepce po porodu	Důvod, proč matky po porodu o edukaci porodní asistentkou v oblasti antikoncepce po porodu zájem nemají
R1	spíše ne	časné období po porodu
R2	spíše ne	časné období po porodu
R3	asi 50% matek po porodu zájem má, ptají se na osobní zkušenost	časné období po porodu
R4	spíše ne	nedůvěra matek v edukaci porodní asistentkou, časné období po porodu
R5	ano	dostatek vědomostí, předchozí zkušenosti, edukace lékařem
R6	ano, ptají se, ověřují si informace získané z internetu	dostatek znalostí
R7	některé ženy zájem mají, některé nemají	edukace lékařem, předchozí zkušenost
R8	spíše ne	větší důvěra v edukaci lékařem
R9	spíše ne	dostatek vědomostí, edukace lékařem
R10	spíše ne	preferují informace, které se týkají péče o novorozence
R11	ano	předchozí zkušenost, dostatek vědomostí

R1, R2, R4, R8, R9, R10 na otázku, zda ženy mají zájem o edukaci porodní asistentkou v oblasti vhodného výběru antikoncepce po porodu, odpověděly, že spíše zájem nemají. R3 uvedla, že asi 50% matek po porodu zájem má a ptají se i na osobní zkušenost. R7 odpověděla na tuto otázku, že některé zájem mají a některé ne. R5, R11 udávají, že matky o edukaci zájem mají. R6 odpovídá, že ženy mají o edukaci zájem, neboť si tak ověřují informace získané z jiných zdrojů a to převážně z internetových

stránek. Důvodem, proč matky po porodu o edukaci porodní asistentkou v této problematice zájem nemají, je časné období po porodu – R1, R2, R3. Dle názoru R4 je to časné období po porodu spolu s nedůvěrou matek v edukaci porodní asistentkou. R5, R6, R7, R9 a R11 uvádí, že důvodem je dostatek vědomostí o této problematice nebo předchozí zkušenost. R5, R7 a R9 se navíc domnívají, že důvodem je edukace lékařem. R8 si myslí, že matky po porodu mají větší důvěru v informace, které jim poskytuje lékař. R10 uvádí, že důvodem, proč ženy o tento druh edukace zájem nemají je ten, že preferují informace, které se týkají péče o novorozence.

Tabulka 18 Vhodná doba k edukaci klientek v oblasti antikoncepce po porodu
k otázce 10 rozhovoru pro porodní asistentky

R = respondentka

	Vhodná doba k edukaci klientek v oblasti antikoncepce po porodu
R1	při návštěvě praktického gynekologa po období šestinedělí
R2	na konci období šestinedělí
R3	před propuštěním z oddělení šestinedělí do domácí péče
R4	při propuštění z oddělení šestinedělí do domácí péče
R5	v závěru těhotenství
R6	na konci těhotenství
R7	na konci období šestinedělí při kontrole u praktického gynekologa
R8	při propuštění z oddělení šestinedělí do domácí péče
R9	při kontrole po období šestinedělí
R10	v rámci předporodní přípravy; po porodu při návštěvě porodní asistentky v domácím prostředí
R11	v předporodním kurzu

R5, R6 uvádí jako vhodnou dobu pro poskytnutí informací o antikoncepci po porodu konec těhotenství. Dle názoru R11 je vhodné podat ženě tyto informace již v rámci předporodního kurzu. R10 se domnívá, že první informace by žena měla dostat v předporodním kurzu, další pak po porodu při návštěvě porodní asistentky v domácím

prostředí. R3, R4, R8 by poskytly informace matce po porodu při jejím propuštění z oddělení šestinedělí do domácí péče. Pro R1, R2, R7, R9 je vhodnou dobou na edukaci žen týkající se problematiky antikoncepce konec období šestinedělí a následná kontrola u praktického gynekologa.

Tabulka 19 Doporučené zdroje informací v oblasti antikoncepce po porodu porodní asistentkou

k otázce 11 rozhovoru pro porodní asistentky

R = respondentka

	Doporučené zdroje informací v oblasti antikoncepce po porodu porodní asistentkou
R1	praktický gynekolog, informační letáky, internet
R2	praktický gynekolog
R3	informační letáky, informační brožury, internet
R4	praktický gynekolog, porodní asistentka, informační letáky, informační brožury
R5	informační letáky, informační brožury, internetové stránky
R6	praktický gynekolog, porodní asistentka, informační letáky, odborná literatura
R7	praktický gynekolog, porodní asistentka, informační letáky, informační brožury
R8	praktický gynekolog, porodní asistentka, eventuálně informační letáky
R9	praktický gynekolog, porodní asistentka
R10	porodní asistentka, praktický gynekolog
R11	porodní asistentka, praktický gynekolog, odborná literatura, informační letáky

Většina porodních asistentek (R1, R2, R4, R6, R7, R8, R9, R10, R11) doporučuje ženám jako zdroj informací zdravotnický personál – porodní asistentku či praktického gynekologa. Dalším zdrojem, který porodní asistentky k doplnění informací doporučují, jsou informační letáky – R1, R3, R4, R5, R6, R7, R8, R11; informační brožury – R3, R4, R5, R7; odborná literatura – R6, R11. R1, R3 a R5 ženám doporučují internetové stránky.

Tabulka 20 Rozsah kompetencí porodní asistentky v edukaci o antikoncepci po porodu

k otázce 12 rozhovoru pro porodní asistentky

R = respondentka

	Rozsah kompetencí porodní asistentky v edukaci o antikoncepci po porodu
R1	v rozsahu znalostí
R2	v rozsahu znalostí
R3	v rozsahu znalostí
R4	v rozsahu znalostí
R5	v rámci vědomostí a zkušeností
R6	v rozsahu znalostí
R7	v rozsahu znalostí v oblasti plánovaného rodičovství
R8	v rozsahu znalostí
R9	v rozsahu znalostí
R10	v rozsahu znalostí
R11	v plném rozsahu, podmínkou jsou znalosti

Dle názoru dotazovaných respondentek R1, R2, R3, R4, R6, R7, R8, R9, R10 jsou porodní asistentky kompetentní podávat informace týkající se oblasti antikoncepce v rozsahu svých znalostí. R5 se domnívá, že v rozsahu svých vědomostí a zkušeností. R11 na tuto otázku odpověděla, že porodní asistentka je kompetentní podávat ženám informace v plném rozsahu, podmínkou jsou však její znalosti.

Tabulka 21 Doporučení porodní asistentky v oblasti metod antikoncepce

k otázce 13 rozhovoru pro porodní asistentky

R = respondentka

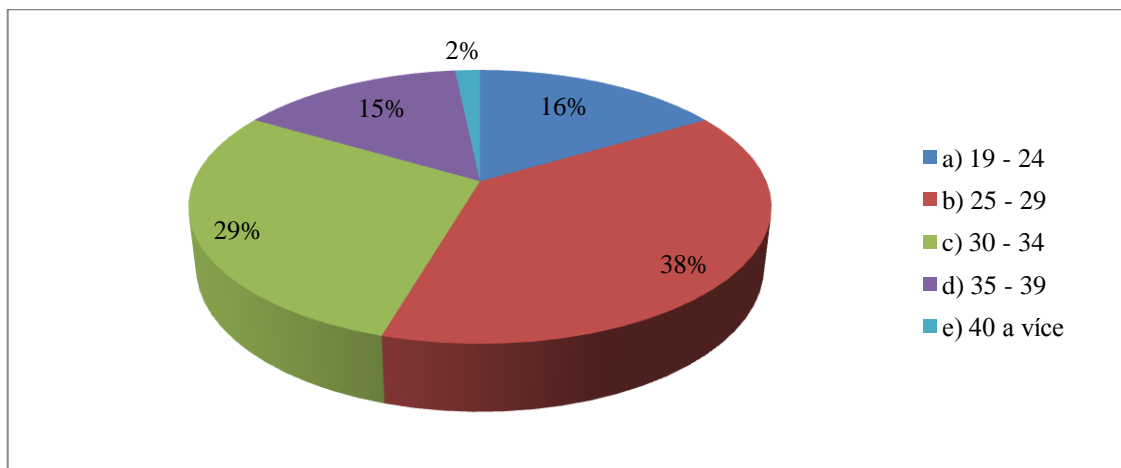
	Doporučení porodní asistentky v oblasti metod antikoncepce
R1	doporučení nemá, dle přání matky
R2	doporučení nemá, dle výběru matky, dle cenové dostupnosti
R3	pokud žena neplánuje během 5 let další těhotenství, doporučuje nitroděložní antikoncepci Mirena, jinak dle výběru ženy
R4	doporučení nemá, dle přání matky
R5	doporučení nemá, antikoncepci je potřeba „vyzkoušet, zda bude vyhovující“
R6	doporučení nemá, dle přání ženy
R7	doporučení nemá, respektuje přání ženy
R8	doporučení nemá, dle přání ženy
R9	doporučení nemá, upřednostňuje výběr ženy
R10	hormonální gestagenní antikoncepce
R11	doporučení nemá, dle přání ženy

Většina porodních asistentek – R1, R4, R6, R7, R8, R9, R11 doporučení v oblasti antikoncepce nemá a respektuje přání ženy. R2 navíc uvádí, že důležitým kritériem pro výběr antikoncepce bývá její cenová dostupnost. R3, pokud žena neplánuje během 5 let další těhotenství, doporučuje nitroděložní antikoncepci Mirena, jinak respektuje výběr ženy. R5 doporučuje ženám antikoncepci vyzkoušet, zda bude vyhovující.

4.2 Interpretace výsledků kvantitativního šetření

Graf 1 Věk respondentek

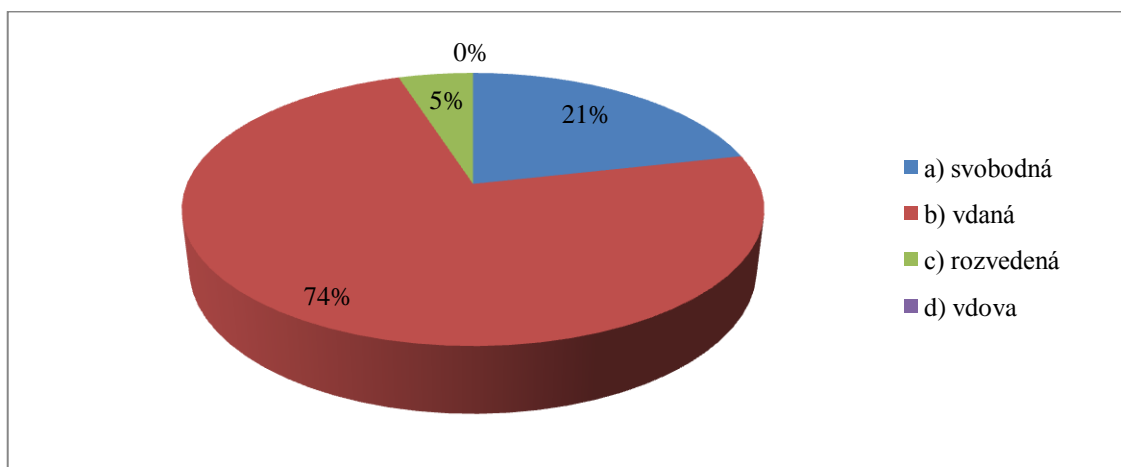
k otázce 1 dotazníku



Z celkového počtu 121 (100%) matek bylo 20 (16%) žen ve věku 19 – 24 let, 46 (38%) žen bylo ve věku 25 – 29 let, 35 (29%) žen bylo ve věku 30 – 34 let, 18 (15%) žen bylo ve věku 35 – 39 let a 2 (2%) ženy byly ve věku 40 a více.

Graf 2 Rodinný stav respondentek

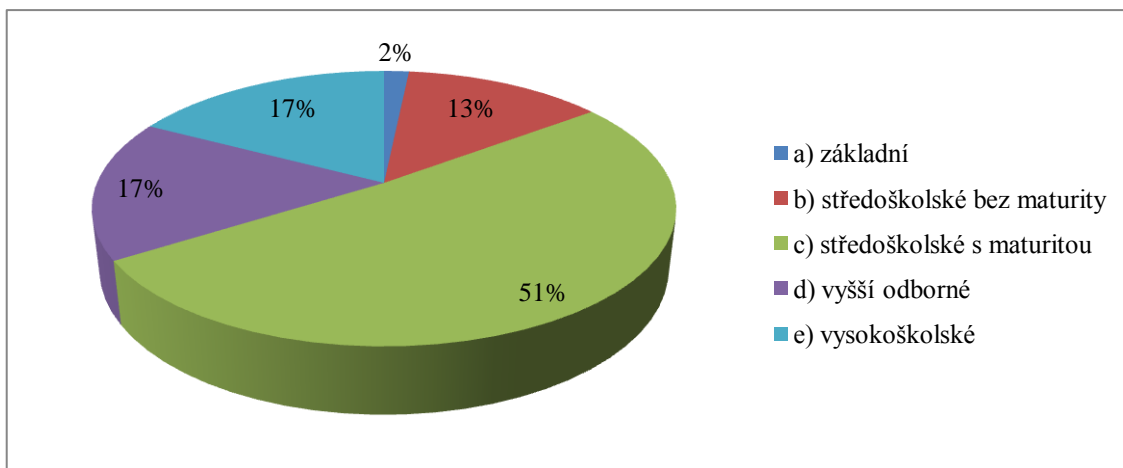
k otázce 2 dotazníku



Z celkového počtu 121 (100%) matek bylo 26 (21%) žen svobodných, 89 (74%) žen bylo vdaných a 6 (5%) žen bylo rozvedených.

Graf 3 Vzdělání respondentek

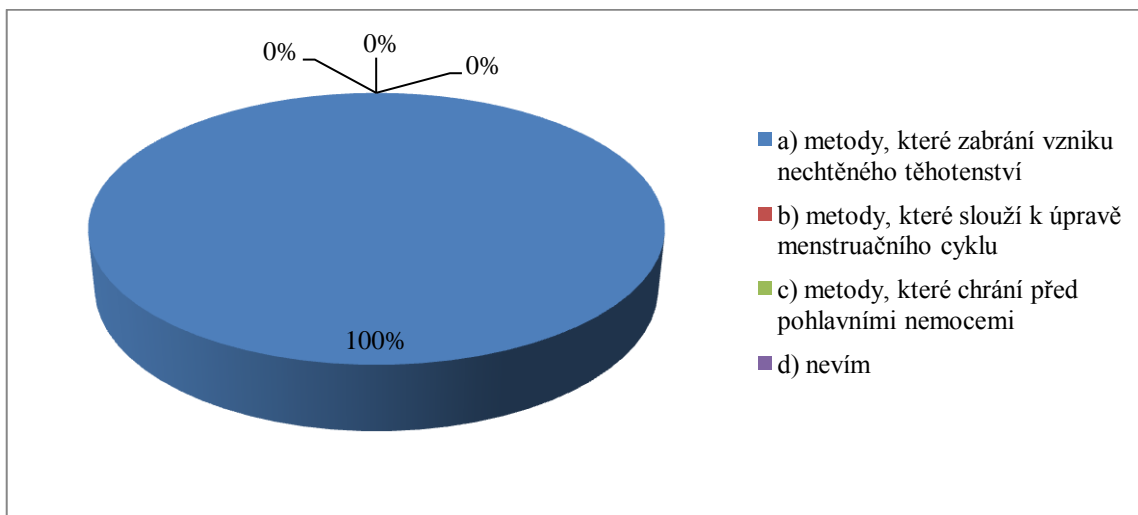
k otázce 3 dotazníku



Z celkového počtu 121 (100%) matek měly 2 (2%) respondentky ukončené základní vzdělání, 16 (13%) respondentek mělo středoškolské vzdělání bez maturity, 62 (51%) respondentek mělo středoškolské vzdělání s maturitou, 20 (17%) respondentek mělo vyšší odborné vzdělání a 21 (17%) respondentek bylo vysokoškolsky vzděláno.

Graf 4 Znalost pojmu antikoncepce

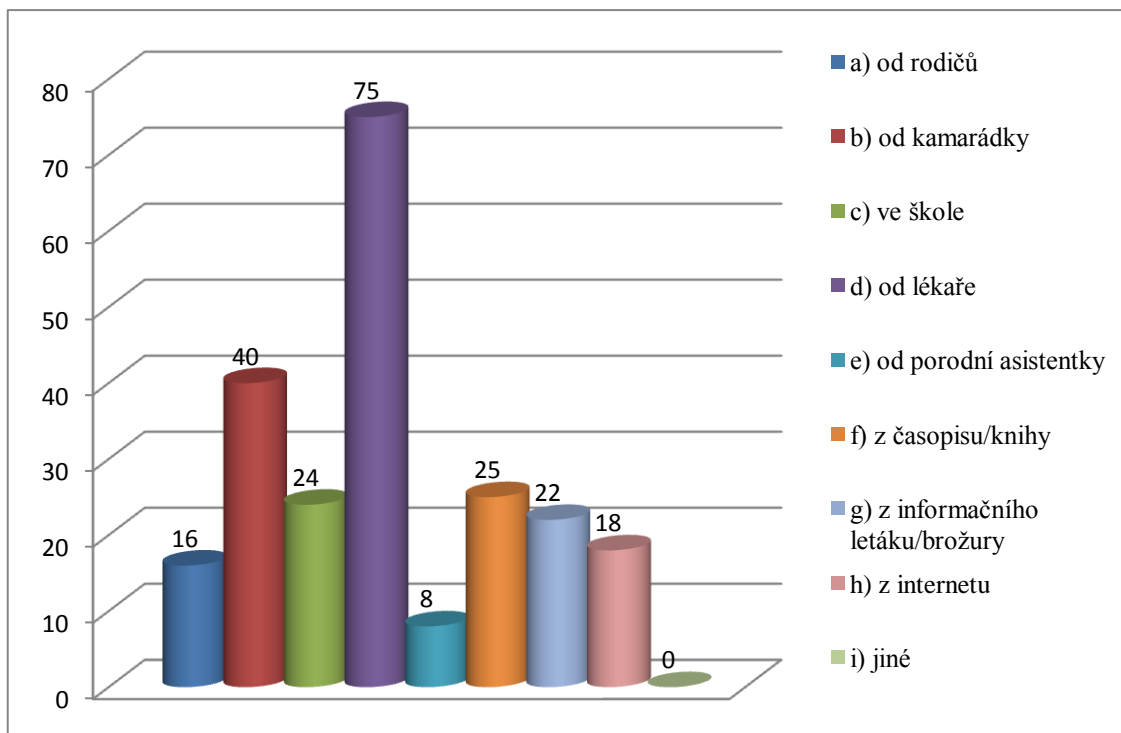
k otázce 4 dotazníku



Z celkového počtu 121 (100%) matek označilo 121 (100%) žen antikoncepci jako metody, které zabrání vzniku nechtěného těhotenství.

Graf 5 Zdroje informací o antikoncepci

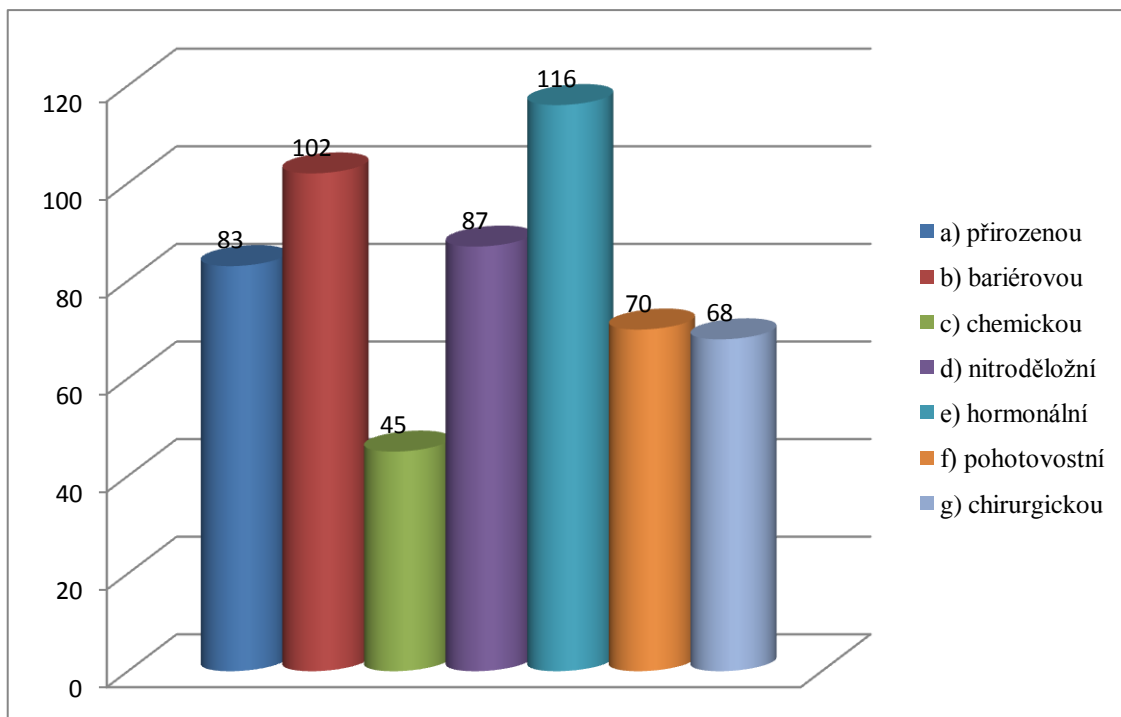
k otázce 5 dotazníku



V otázce 5, která se týká zdrojů informací o antikoncepci, mohly respondentky označit více možností. Z celkového počtu 121 (100%) matek získalo 16 respondentek informace od rodičů, 40 respondentek získalo informace od kamarádky, 24 respondentek získalo informace o antikoncepci v rámci vzdělání, 75 respondentkám poskytl informace lékař, 8 respondentkám poskytla informace porodní asistentka. 25 respondentek získalo informace o antikoncepci z časopisu nebo knihy, 22 respondentek pak z informačního letáku či brožury. 18 respondentek uvedlo jako zdroj informací o antikoncepci internet.

Graf 6 Znalost metod antikoncepce

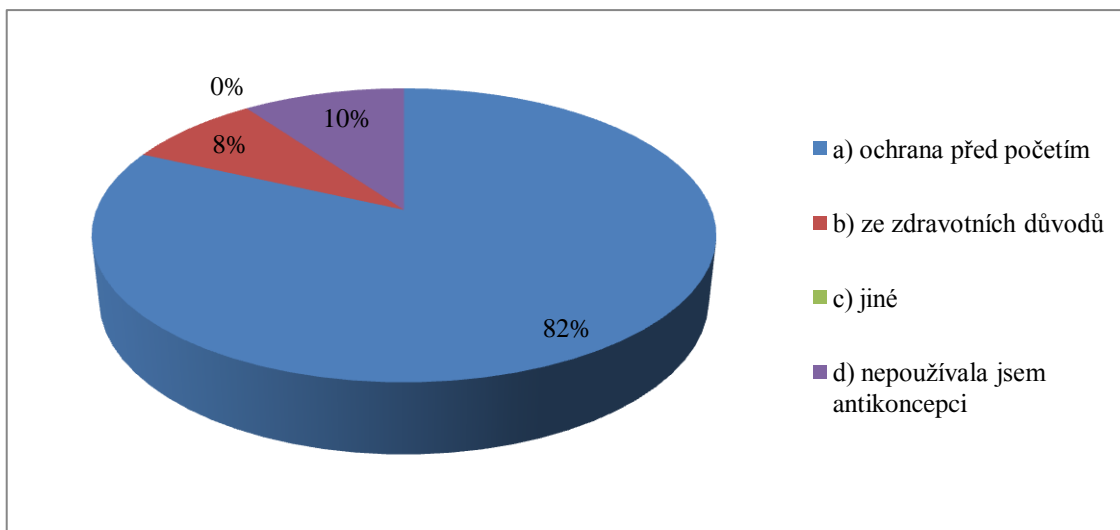
k otázce 6 dotazníku



V otázce 6, která se týká znalosti metod antikoncepce, mohly respondentky označit více možností. Ze 121 (100%) matek má 83 respondentek povědomí o přirozených metodách antikoncepce, 102 respondentek zná metody bariérové antikoncepce, 45 respondentek zná metody chemické antikoncepce, 87 respondentek má povědomí o nitroděložní antikoncepci, 116 respondentek zná metody hormonální antikoncepce, 70 respondentek má povědomí o možnosti pohotovostní antikoncepce a 68 respondentek má povědomí o sterilizaci, jako o chirurgické metodě antikoncepce.

Graf 7 Důvod užívání antikoncepce

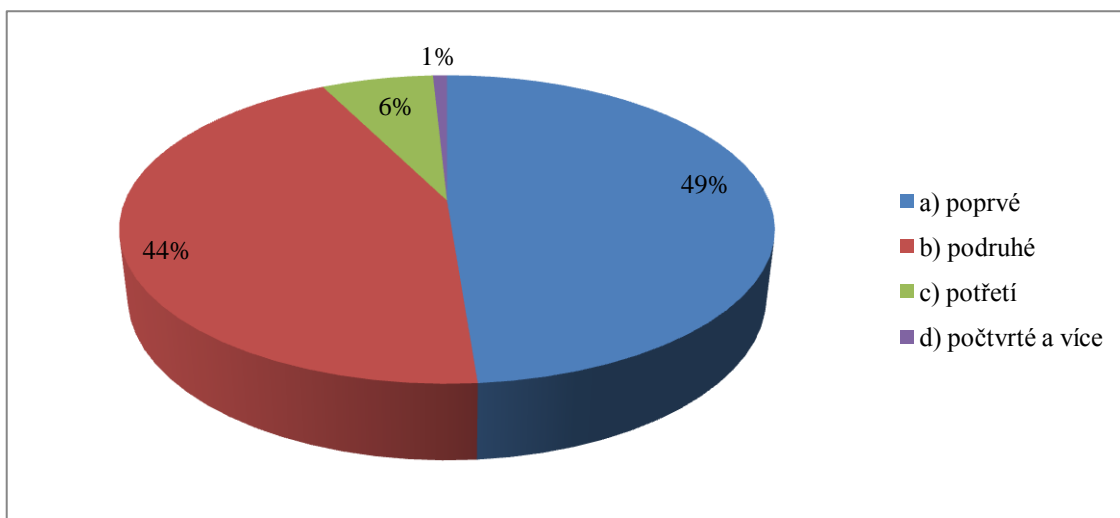
k otázce 7 dotazníku



Z celkového počtu 121 (100%) matek, začalo 99 (82%) žen používat antikoncepci jako ochranu před početím, 10 (8%) žen začalo užívat antikoncepci ze zdravotních důvodů a 12 (10%) žen antikoncepci nepoužívalo.

Graf 8 Parita respondentek

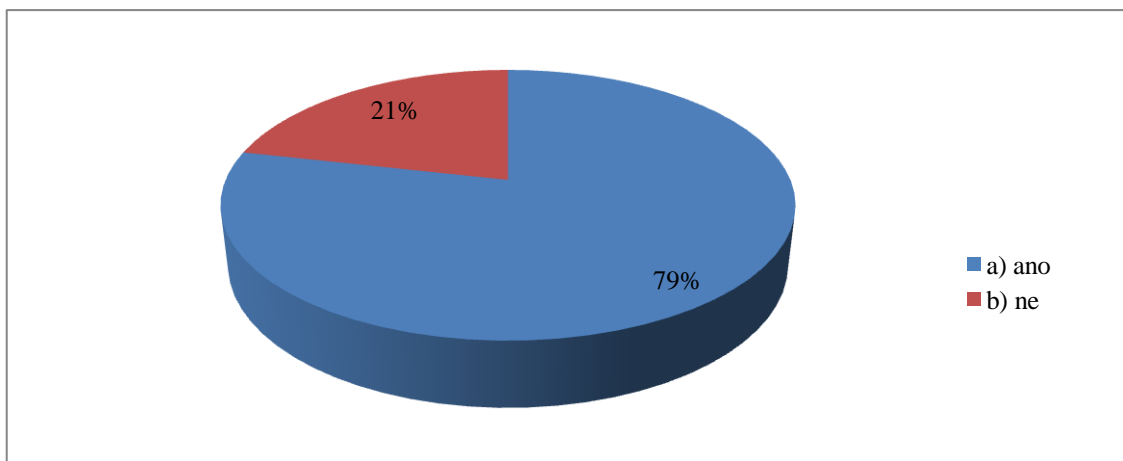
k otázce 8 dotazníku



Z celkového počtu 121 (100%) matek bylo 59 (49%) prvorodiček, 53 (44%) druhorodiček, 8 (6%) žen rodilo potřetí a 1(1%) žena rodila počtvrté.

Graf 9 Použití antikoncepce v období před těhotenstvím

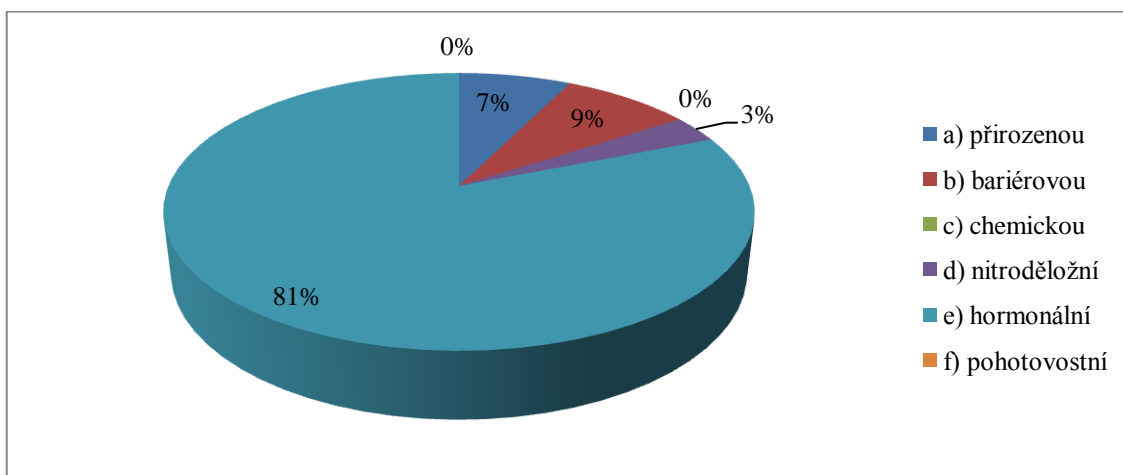
k otázce 9 dotazníku



Z celkového počtu 121 (100%) matek používalo 95 (79%) respondentek některou z metod antikoncepce v období před těhotenstvím a 26 (21%) respondentek žádnou z metod antikoncepce před těhotenstvím nepoužívalo.

Graf 10 Metoda užívané antikoncepce v období před těhotenstvím

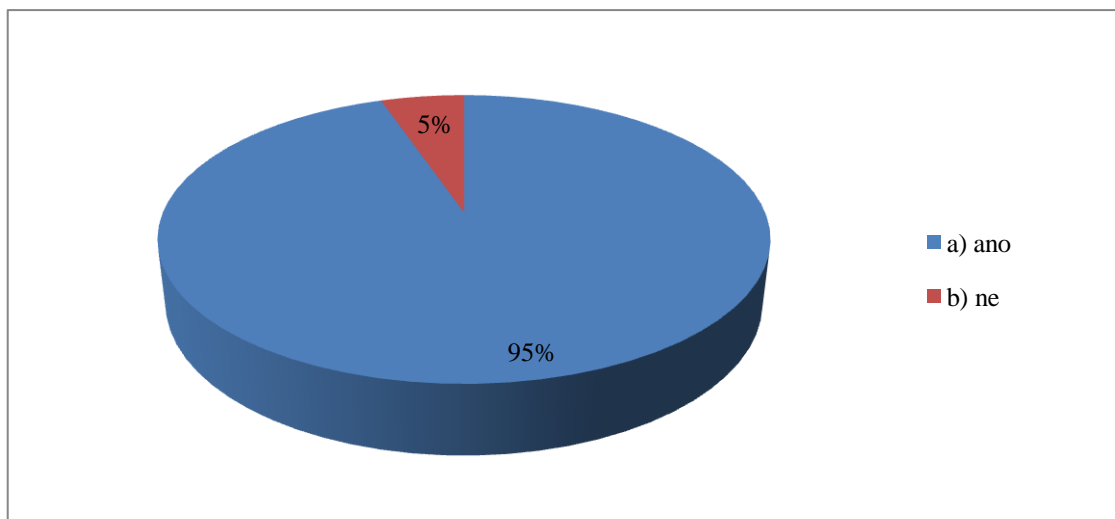
k otázce 10 dotazníku



Z celkového počtu 95 (100%) matek používalo 7 (7%) žen přirozené metody antikoncepce, 8 (9%) žen používalo bariérovou antikoncepci, 3 (3%) ženy měly zavedeno nitroděložní tělísko jako metodu nitroděložní antikoncepce a 77 (81%) žen užívalo hormonální antikoncepci.

Graf 11 Spokojenost s vybranou metodou antikoncepce

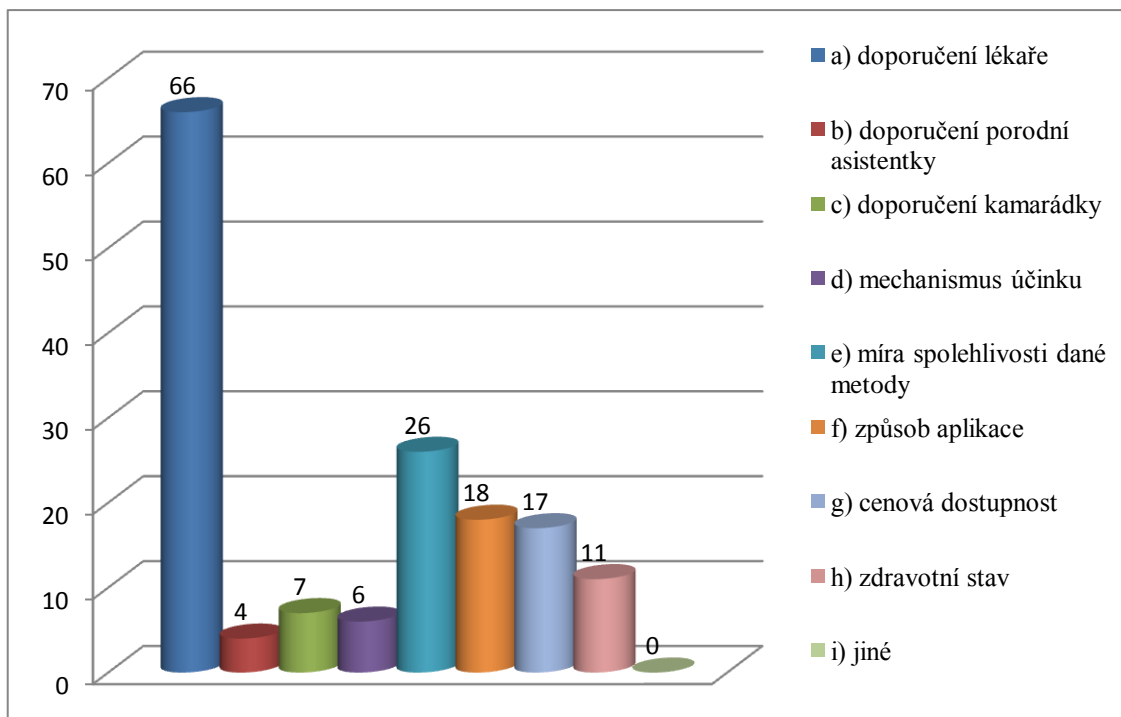
k otázce 11 dotazníku



Z celkového počtu 95 (100%) matek uvedlo 90 (95%) žen spokojenost s používanou metodou antikoncepce. Pouze pro 5 (5%) žen byla používaná metoda antikoncepce nevyhovující. Důvodem byly bolesti břicha a nepravidelná menstruace při zavedeném nitroděložním tělísku a pocit „nafouklého břicha“ a ztráta libida v případě užívání hormonální antikoncepce.

Graf 12 Vliv na výběr antikoncepce před těhotenstvím

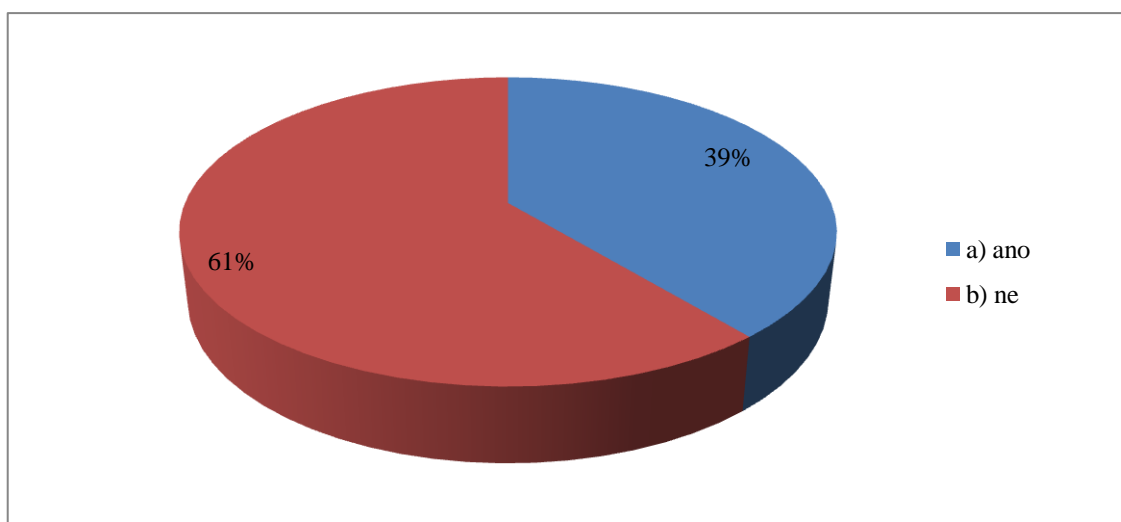
k otázce 12 dotazníku



V otázce 12, která se týká výběru antikoncepce před těhotenstvím, mohly respondenty označit více odpovědí. Z celkového počtu 95 (100%) matek si 66 respondentek vybíralo antikoncepci na základě doporučení lékaře, 4 respondenty uvedly doporučení porodní asistentky a 7 respondentek doporučení kamarádky. 6 respondentek si vybíralo metodu antikoncepce na základě jejího mechanismu účinku, 26 respondentek volilo antikoncepci dle míry spolehlivosti dané metody. Pro 18 respondentek byl při výběru důležitý způsob aplikace, pro 17 respondentek její cenová dostupnost. 11 respondentek vybíralo metodu antikoncepce s ohledem na zdravotní stav.

Graf 13 Konzultace výběru antikoncepce s partnerem

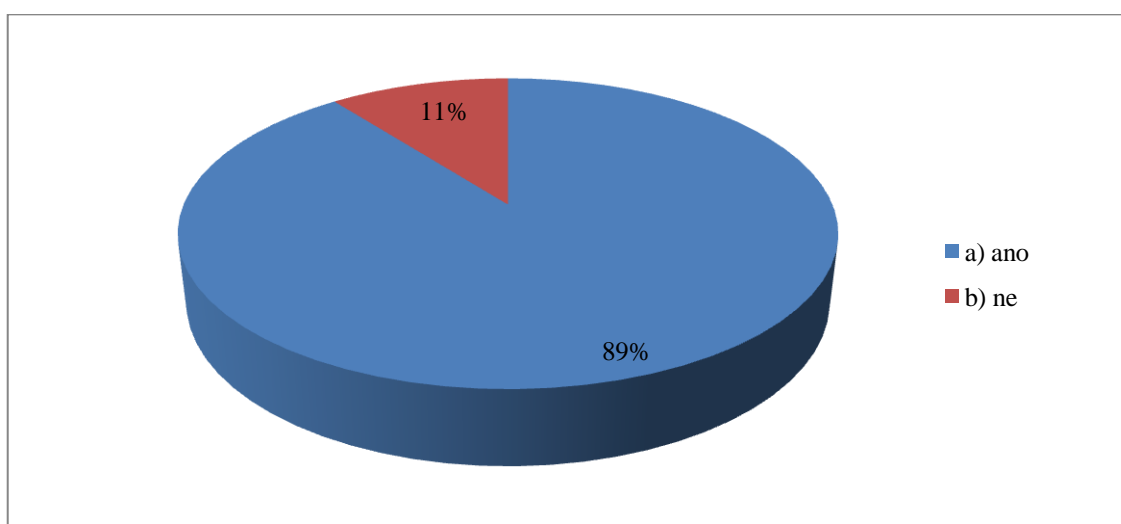
k otázce 13 dotazníku



Z celkového počtu 95 (100%) matek konzultovalo 37 (39%) žen výběr antikoncepce se svým partnerem, 58 (61%) žen uvedlo, že nikoli.

Graf 14 Plánovanost těhotenství

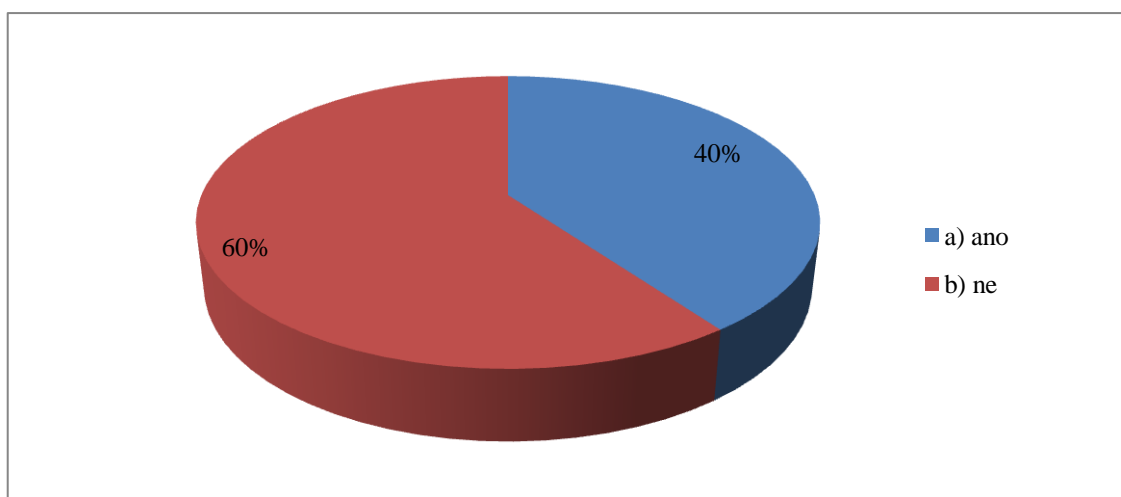
k otázce 14 dotazníku



Z celkového počtu 95 (100%) matek se jednalo u 85 (89%) žen o těhotenství plánované, 10 (11%) žen uvedlo, že těhotenství neplánovaly.

Graf 15 Selhání antikoncepce jako příčina těhotenství

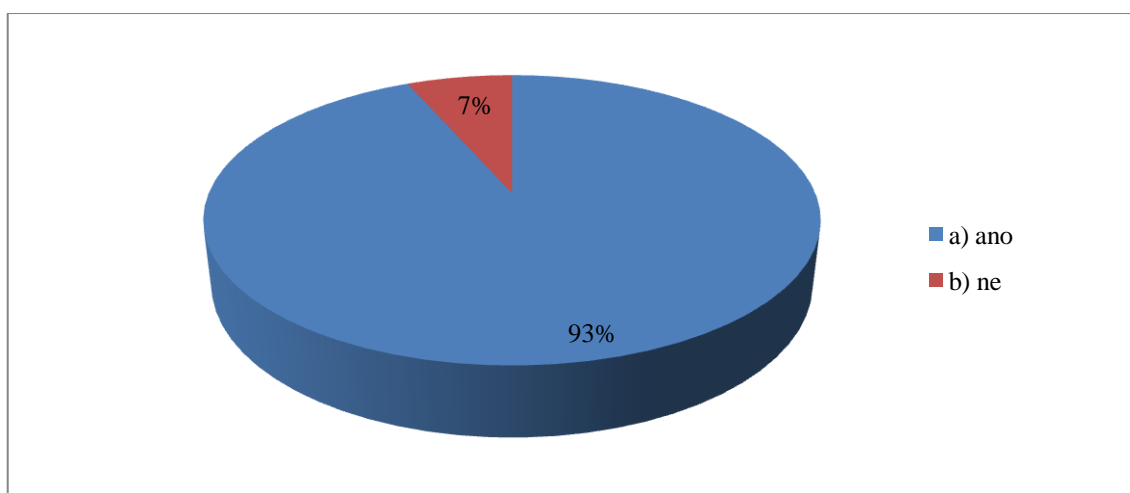
k otázce 15 dotazníku



Z celkového počtu 10 (100%) matek uvedly 4 (40%) respondentky jako příčinu neplánovaného těhotenství selhání antikoncepce, 6 (60%) respondentek selhání antikoncepce neudává.

Graf 16 Povědomí respondentek o možnosti výběru antikoncepce po porodu

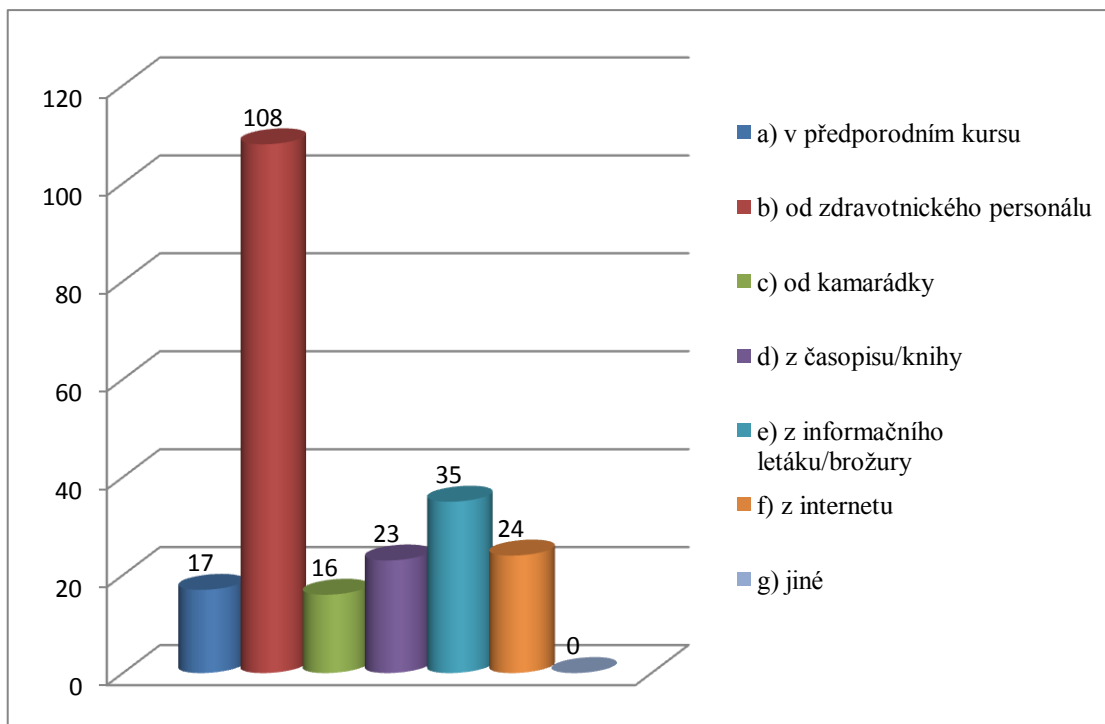
k otázce 16 dotazníku



Z celkového počtu 121 (100%) matek má 113 (93%) žen povědomí o možnosti výběru antikoncepce po porodu, 8 (7%) žen o možnosti výběru antikoncepce po porodu neví.

Graf 17 Zdroje informací o antikoncepci po porodu a jejich úroveň

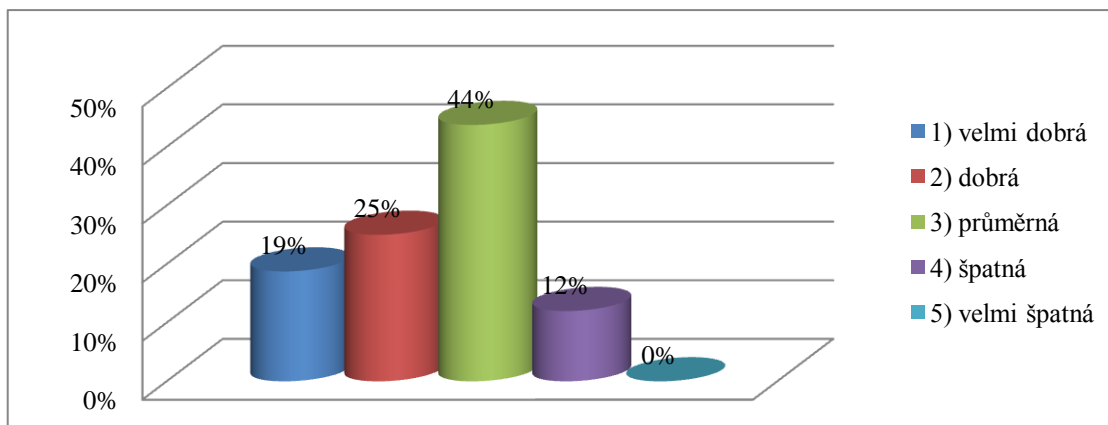
k otázce 17 dotazníku



V otázce 17, která se týká zdrojů informací o antikoncepci vhodné po porodu, mohly respondentky označit více možností. Z celkového počtu 113 (100%) matek získalo 17 respondentek informace o antikoncepci vhodné po porodu v rámci předporodního kurzu, 108 respondentek uvádí jako zdroj informací zdravotnický personál, 16 respondentek získalo informace od kamarádky, 23 respondentek z časopisu nebo knihy, 35 respondentek získalo informace z informačního letáku či brožury a 24 respondentek uvádí jako zdroj informací o této problematice internet.

Graf 17a Úroveň informací o antikoncepci v předporodním kurzu

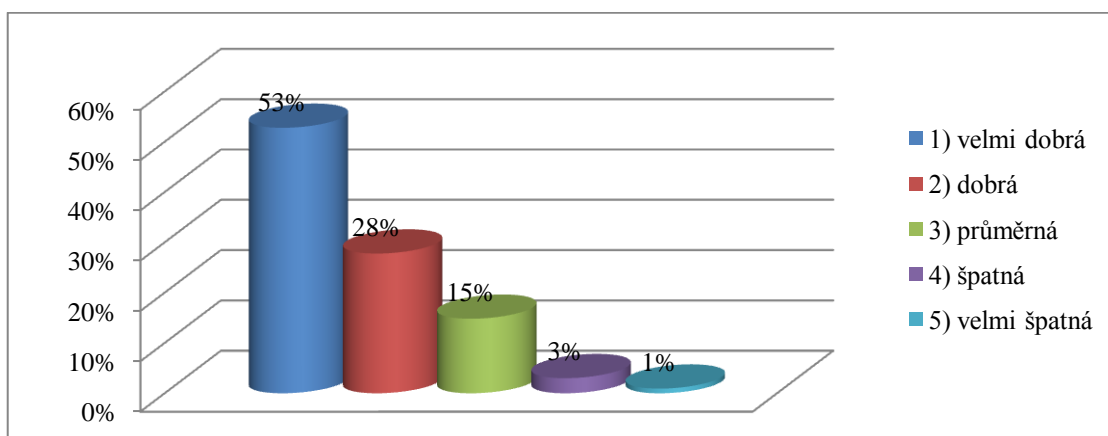
k otázce 17 dotazníku



Graf 17a znázorňuje úroveň informací o antikoncepci vhodné po porodu z předporodního kurzu. Z celkového počtu 16 (100%) matek označily 3 (19%) ženy tuto úroveň jako velmi dobrou, 4 (25%) ženy jako dobrou, 7 (44%) žen jako průměrnou a 2 (12%) ženy jako špatnou.

Graf 17b Úroveň informací o antikoncepci od zdravotnického personálu

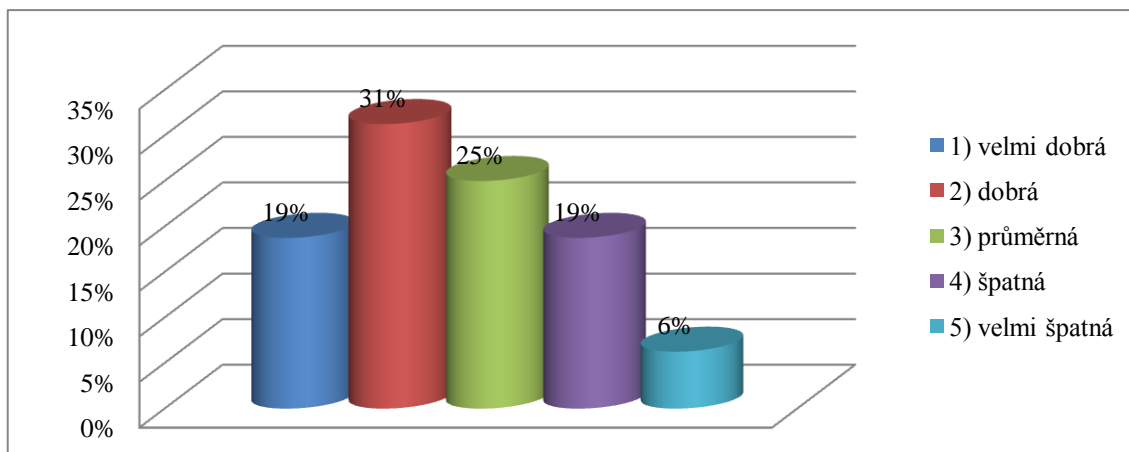
k otázce 17 dotazníku



Graf 17b znázorňuje úroveň informací o antikoncepci vhodné po porodu od zdravotnického personálu. Z celkového počtu 108 (100%) matek označilo 57 (53%) žen tuto úroveň jako velmi dobrou, 30 (28%) žen jako dobrou, 16 (15%) žen jako průměrnou, 4 (3%) ženy jako špatnou a 1 (1%) žena jako velmi špatnou.

Graf 17c Úroveň informací o antikoncepci od kamarádky

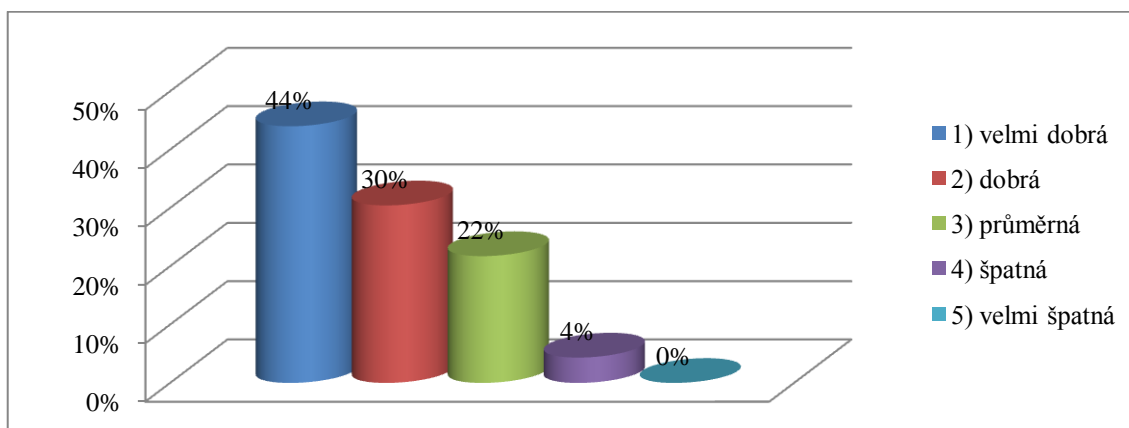
k otázce 17 dotazníku



Graf 17c znázorňuje úroveň informací o antikoncepci vhodné po porodu z od kamarádky. Z celkového počtu 16 (100%) matek označily 3 (19%) ženy tuto úroveň jako velmi dobrou, 5 (31%) žen jako dobrou, 4 (25%) ženy jako průměrnou, 3 (19%) ženy jako špatnou a 1 (6%) žena jako velmi špatnou.

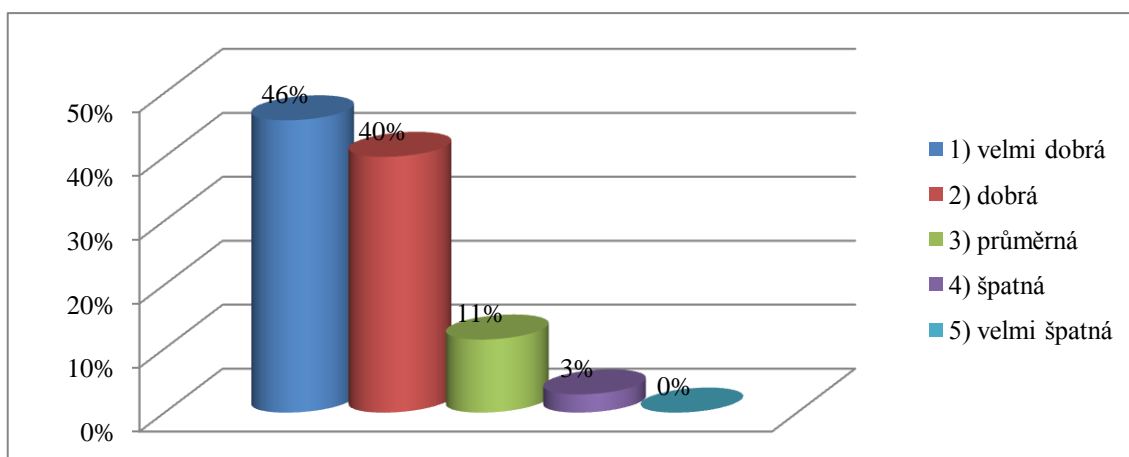
Graf 17d Úroveň informací o antikoncepci z časopisu/knihy

k otázce 17 dotazníku



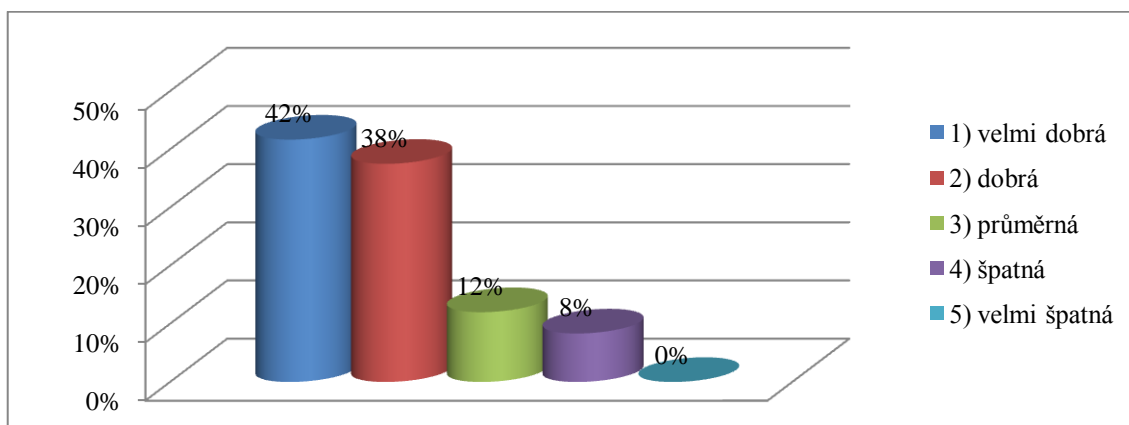
Graf 17d znázorňuje úroveň informací o antikoncepci vhodné po porodu z časopisu nebo knihy. Z celkového počtu 23 (100%) matek označilo 10 (43%) žen tuto úroveň jako velmi dobrou, 7 (30%) žen jako dobrou, 5 (22%) žen jako průměrnou a 1 (4%) žena jako špatnou.

Graf 17e Úroveň informací o antikoncepci z informačního letáku/brožury
k otázce 17 dotazníku



Graf 17e znázorňuje úroveň informací o antikoncepci vhodné po porodu z informačního letáku či brožury. Z celkového počtu 35 (100%) matek označilo 16 (46%) žen tuto úroveň jako velmi dobrou, 14 (40%) žen jako dobrou, 4 (11%) ženy jako průměrnou a 1 (3%) žena jako špatnou.

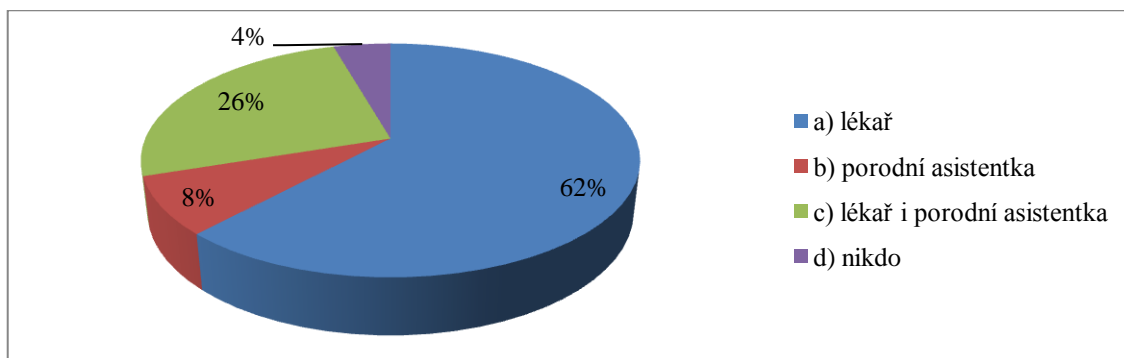
Graf 17f Úroveň informací o antikoncepci z internetu
k otázce 17 dotazníku



Graf 17f znázorňuje úroveň informací o antikoncepci vhodné po porodu z internetu. Z celkového počtu 24 (100%) matek označilo 10 (42%) žen tuto úroveň jako velmi dobrou, 9 (38%) žen jako dobrou, 3 (12%) ženy jako průměrnou a 2 (8%) ženy jako špatnou.

Graf 18 Zdroje informací o antikoncepci po porodu z oblasti zdravotnického personálu

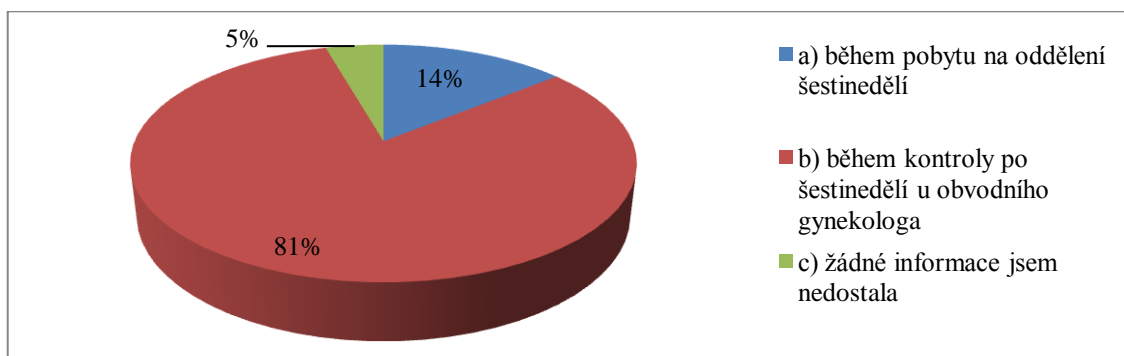
k otázce 18 dotazníku



Z celkového počtu 113 (100%) matek uvádí 70 (62%) respondentek lékaře jako zásadní zdroj informací o výběru antikoncepce vhodné po porodu, 9 (8%) respondentek uvádí porodní asistentku. 29 (26%) respondentek získalo zásadní informace o této problematice od lékaře i porodní asistentky současně. 5 (4%) respondentek nikdo ze zdravotnického personálu needukoval.

Graf 19 Období poskytnutí informací v oblasti antikoncepce po porodu

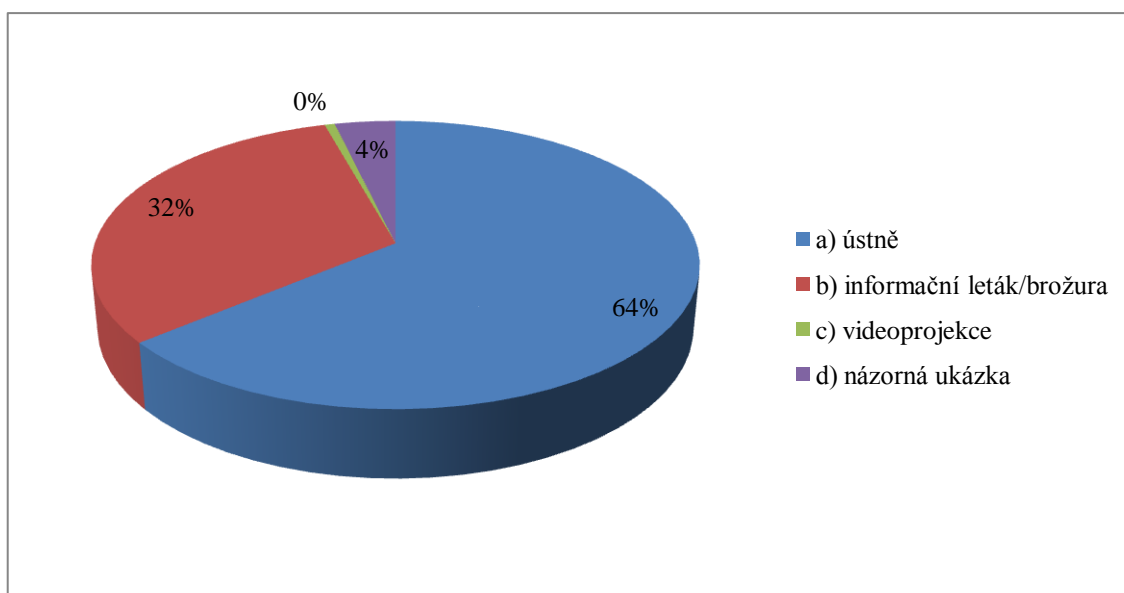
k otázce 19 dotazníku



Z celkového počtu 113 (100%) matek získalo 16 (14%) žen informace o antikoncepci po porodu již během pobytu na oddělení šestinedělí, 92 (81%) žen bylo edukováno během kontroly po šestinedělí u obvodního gynekologa. 5 (5%) žen žádné informace nedostaly.

Graf 20 Metoda poskytnutí informací v oblasti antikoncepce po porodu

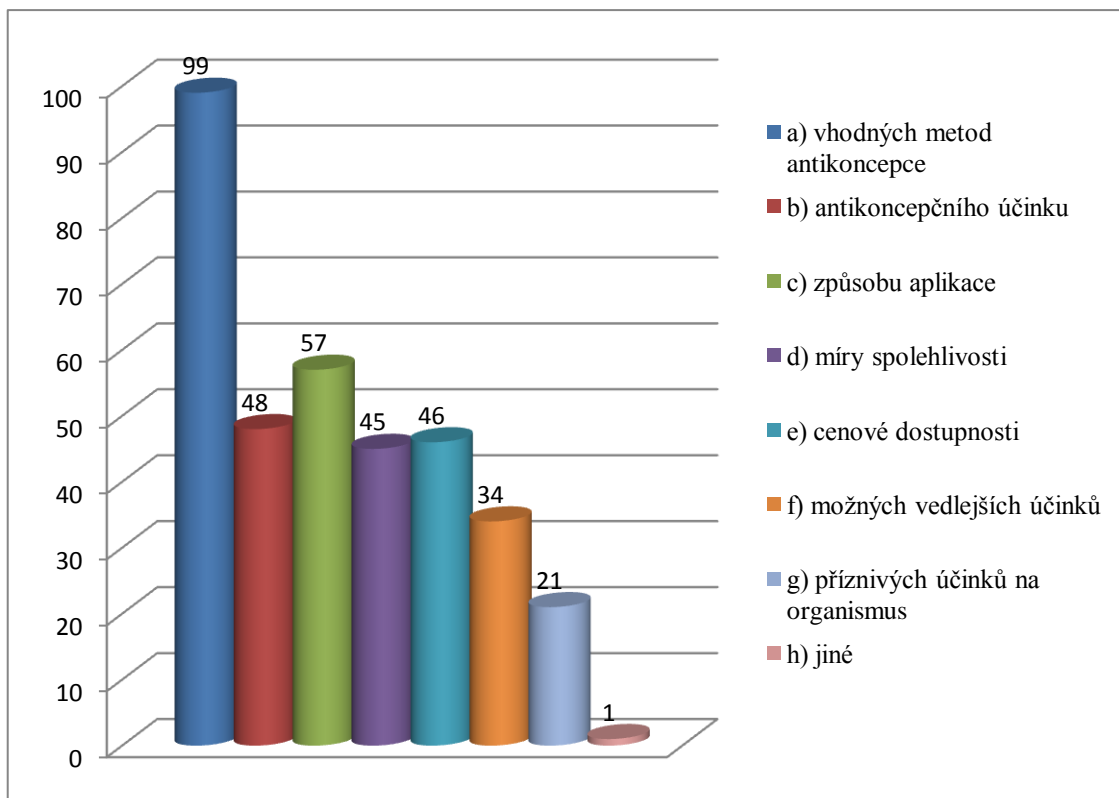
k otázce 20 dotazníku



V otázce 20, která se týká metody poskytnutí informací, mohly respondentky označit více možností. Z celkového počtu 108 (100%) matek bylo 103 žen edukováno ústně, 51 ženám byl poskytnut informační leták nebo brožura, 1 žena byla edukována v rámci předporodní přípravy, kde byl promítnut film týkající se metod antikoncepce a 6 ženám byla předvedena názorná ukázka v podobě obrazového materiálu, plastových modelů a modelů antikoncepce.

Graf 21 Obsah poskytnutých informací v oblasti antikoncepce po porodu

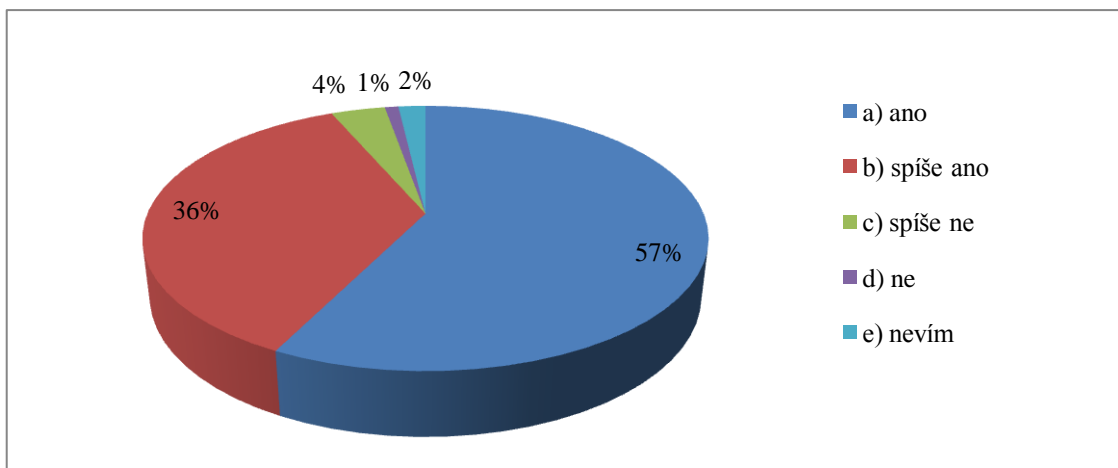
k otázce 21 dotazníku



V otázce 21, která se týká obsahu poskytnutých informací, mohly respondentky označit více možností. Z celkového počtu 108 (100%) matek, 99 žen bylo informováno o vhodných metodách antikoncepce, 48 žen bylo edukováno o antikoncepčním účinku jednotlivých metod, 57 žen bylo informováno o způsobu aplikace, 45 žen dostalo informace o míře spolehlivosti metod antikoncepce, 46 žen zajímala cenová dostupnost, 34 žen bylo edukováno o možných vedlejších účincích na organismus ženy a 21 žen bylo informováno o příznivých účincích jednotlivých metod na organismus ženy.

Graf 22 Úplnost informací v oblasti antikoncepce po porodu

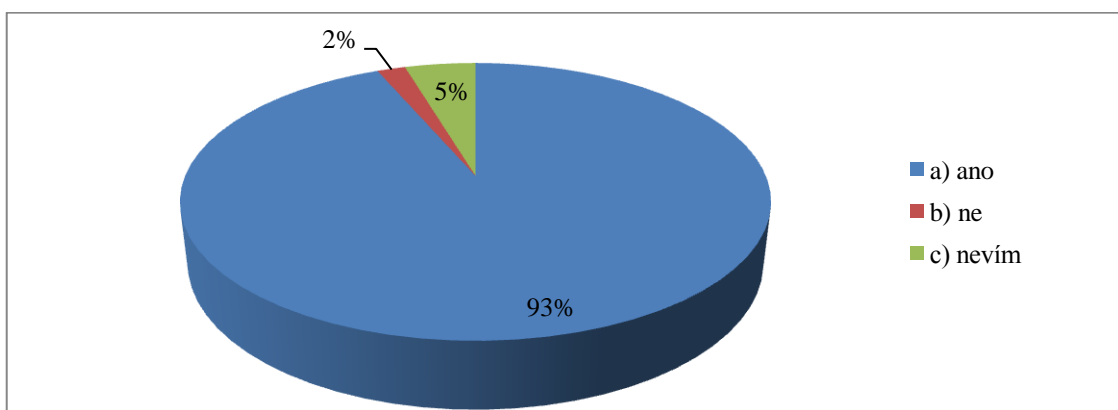
k otázce 22 dotazníku



Graf 22 znázorňuje úplnost podaných informací týkajících se oblasti antikoncepce po porodu. Z celkového počtu 108 (100%) matek, označilo 62 (57%) respondentek tyto informace za úplné, 39 (36%) respondentek odpovědělo, že spíše ano, 4 (4%) respondentky odpověděly, že spíše ne, 1 (1%) respondentka označila tyto informace za neúplné a 2 (2%) respondentky neví.

Graf 23 Přínos informací v oblasti antikoncepce po porodu

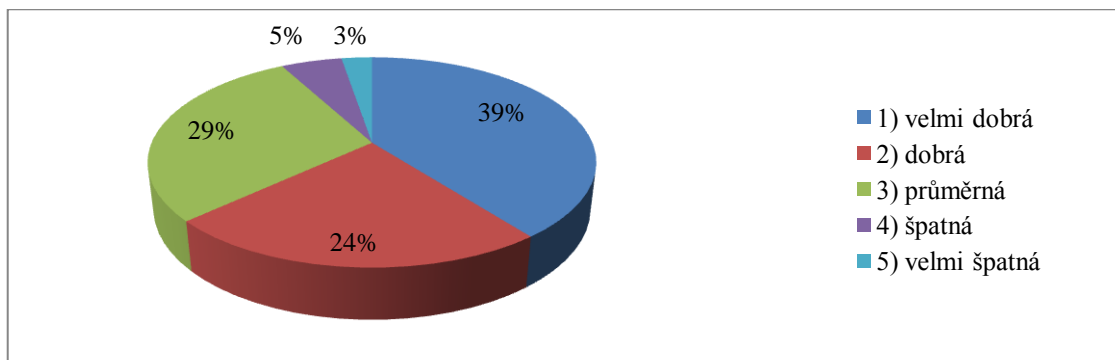
k otázce 23 dotazníku



Z celkového počtu 108 (100%) matek byly pro 101 (93%) respondentek tyto informace přínosné, pro 2 (2%) respondentky tyto informace nebyly přínosem. 5 (5%) respondentek uvedlo, že neví.

Graf 24 Spokojenost se spoluprací porodní asistentky v rámci edukace o výběru vhodné antikoncepce po porodu

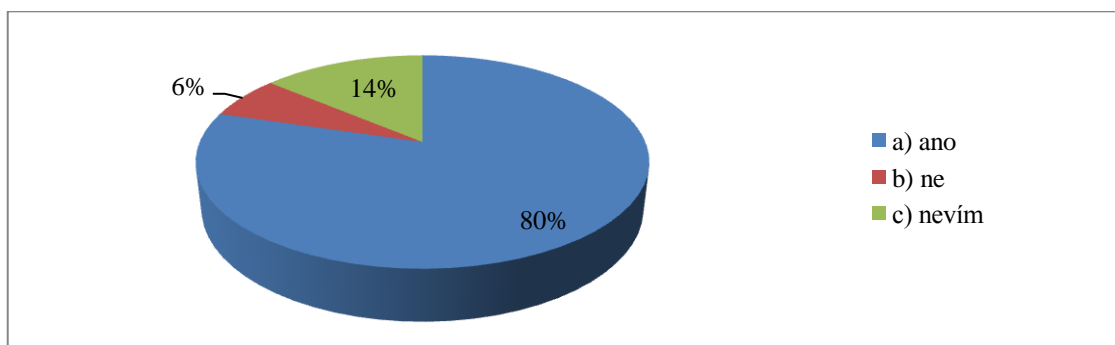
k otázce 24 dotazníku



Z celkového počtu 38 (100%) matek, které uvedly edukaci porodní asistentkou v souvislosti s touto problematikou, označilo 15 (39%) žen spolupráci s porodní asistentkou za velmi dobrou, 9 (24%) žen označilo spolupráci s porodní asistentkou za dobrou, 11 (29%) žen za průměrnou, 2 (5%) ženy za špatnou a 1 (3%) žena označila spolupráci s porodní asistentkou v rámci edukace za velmi špatnou.

Graf 25 Kompetence porodní asistentky k podání informací o možnostech antikoncepce

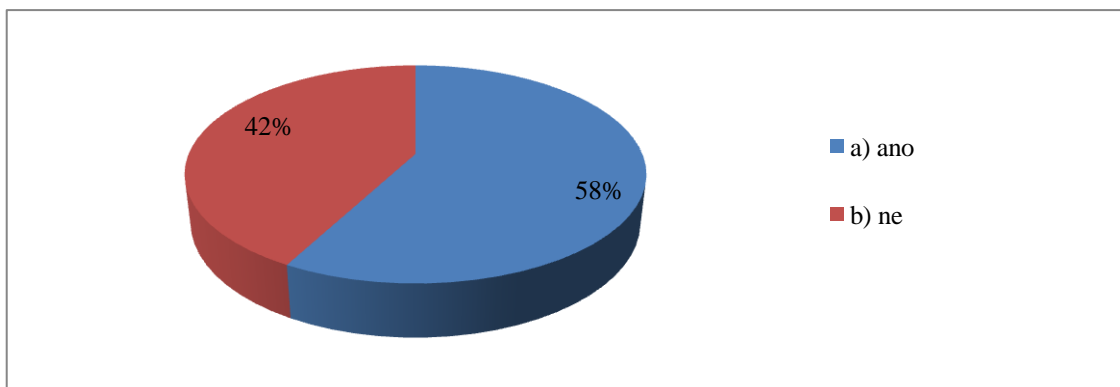
k otázce 25 dotazníku



Z celkového počtu 108 (100%) matek se 86 (80%) respondentek domnívá, že porodní asistentka je kompetentní podávat informace v oblasti výběru antikoncepce po porodu, 7 (6%) respondentek se domnívá, že porodní asistentky tyto kompetence nemají. 15 (14%) respondentek neví.

Graf 26 Obnovení sexuálního života během období šestinedělí

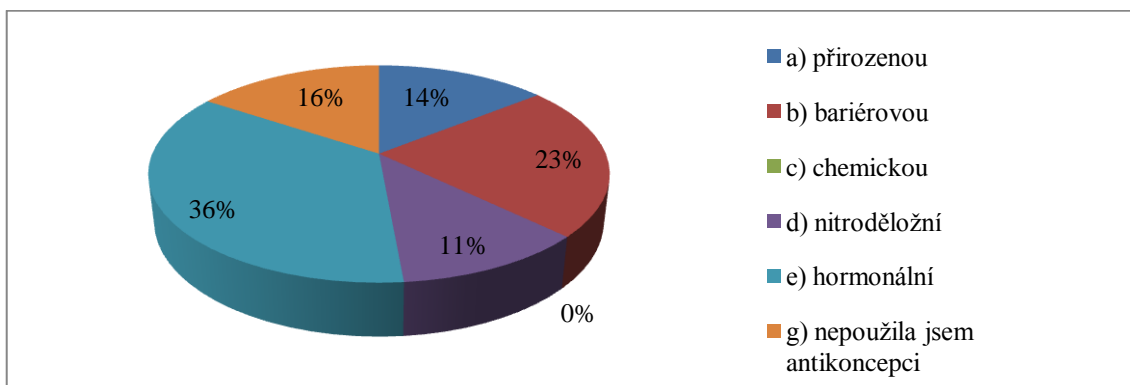
k otázce 26 dotazníku



Graf 26 znázorňuje obnovení sexuálního života u matek po porodu během období šestinedělí. Z celkového počtu 121 (100%) matek 70 (58%) žen obnovilo sexuální život již během období šestinedělí. U 51 (42%) žen sexuální život během období šestinedělí obnoven nebyl.

Graf 27 Metoda použité antikoncepce

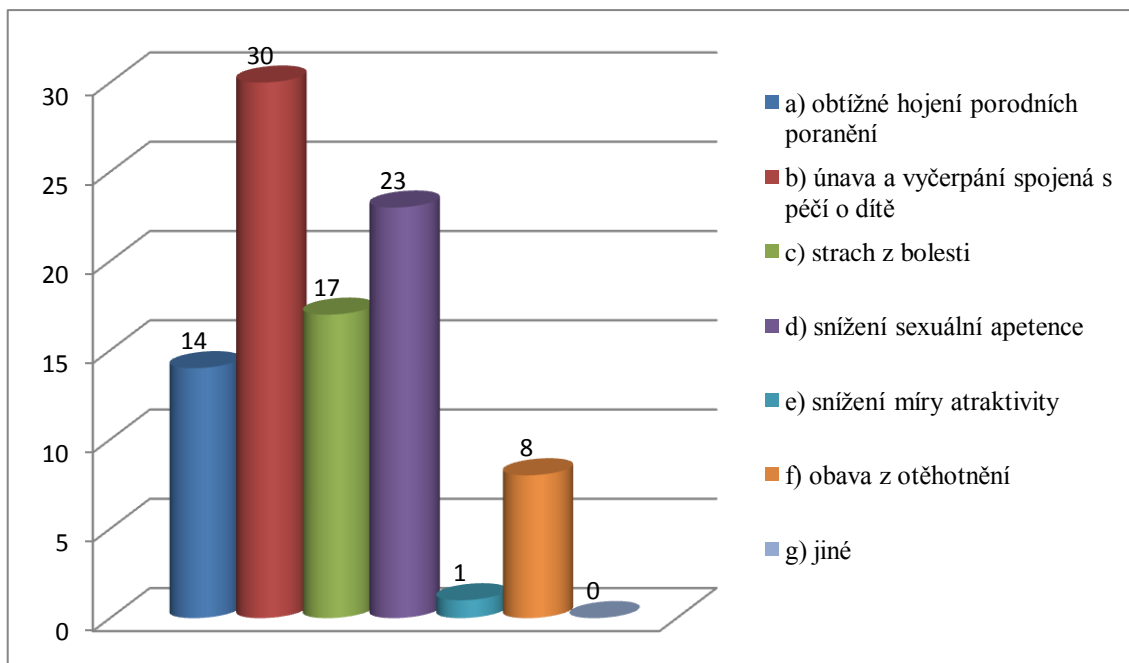
k otázce 27 dotazníku



Z celkového počtu 70 (100%) matek, které již obnovily sexuální život po porodu 10 (14%) respondentek použilo přirozenou metodu antikoncepce, 16 (23%) respondentek využilo bariérových metod antikoncepce, 8 (11%) respondentkám bylo po porodu zavedeno nitroděložní tělíčko jako metoda nitroděložní antikoncepce, 25 (36%) respondentek užilo hormonální antikoncepci a 11 (16%) respondentek nepoužilo antikoncepci žádnou.

Graf 28 Důvod, proč sexuální život nebyl obnoven

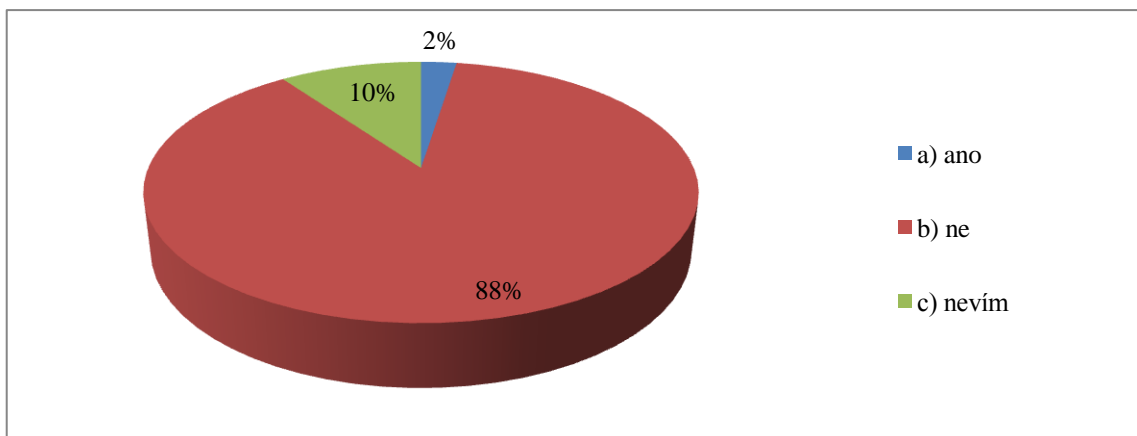
k otázce 28 dotazníku



V otázce 28, která se týká důvodu, pro který nebyl sexuální život u žen po porodu během období šestinedělí obnoven, mohly respondentky označit více možností. Z celkového počtu 51 (100%) matek uvedlo 14 žen jako důvod, pro který nebyl sexuální život obnoven, obtížné hojení poporodních poranění, 30 žen uvedlo únavu a vyčerpání spojenou s péčí o dítě, 17 žen uvedlo strach z bolesti, pro 23 žen bylo důvodem snížení sexuální apetence, 1 žena uvedla jako důvod snížení míry atraktivity a 8 žen uvedlo obavu z dalšího těhotenství.

Graf 29 Spolehlivost kojení jako antikoncepce

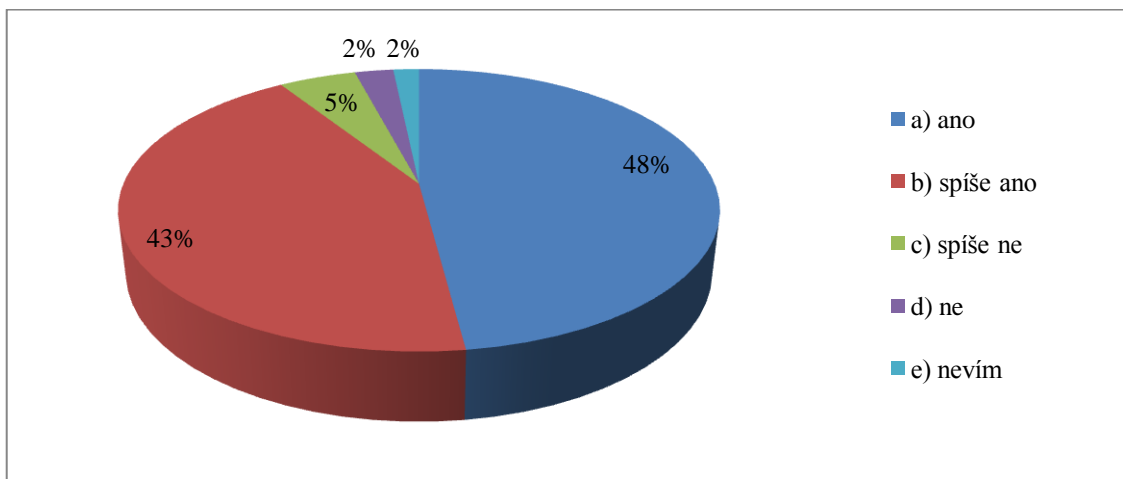
k otázce 29 dotazníku



Z celkového počtu 121 (100%) matek se 3 (2%) respondentky domnívají, že kojení je spolehlivá antikoncepce, 106 (88%) respondentek by na kojení jako antikoncepci nespolehalo, 12 (10%) respondentek neví.

Graf 30 Důvěra v antikoncepci

k otázce 30 dotazníku



Z celkového počtu 121 (100%) matek na otázku, zda mají důvěru v antikoncepci, odpovědělo 58 (48%) respondentek, že ano, 52 (43%) respondentek odpovědělo spíše ano, 6 (5%) respondentek důvěru spíše nemá, 3 (2%) respondentky důvěru v antikoncepci nemají a 2 (2%) respondentky neví.

5 Diskuse

V současné době plánované rodičovství a antikoncepce patří k životnímu stylu. Každá žena si může vybrat antikoncepční metodu a to s ohledem na své zdraví, pohodlí a ekonomický aspekt. V České republice je dostupná široká paleta moderních prostředků, jen některé jsou však vhodné v období po porodu a při kojení. V rámci výzkumného šetření nás zajímalo, jakou roli mají porodní asistentky při edukaci v této oblasti, jakým způsobem tuto edukaci provádí a jak se orientují v jednotlivých metodách, které jsou vhodné pro matky v poporodním období.

V rámci kvalitativního výzkumného šetření se věk respondentek pohyboval v rozmezí 34 až 55 let. 3 respondentky uvedly 2leté pomaturitní studium porodní asistence, 1 respondentka vyšší odborné vzdělání v porodní asistenci, 5 respondentek specializační vzdělání v oboru porodní asistence a 2 respondentky uvedly vzdělání vysokoškolské – bakalář v oboru porodní asistence (tabulka 12). Délka praxe v oboru se u dotazovaných respondentek pohybovala od 2 do 32 let. Nejkratší praxi uváděla respondentka pracující v terénní péči (tabulka 12). 4 respondentky vykonávají praxi na oddělení šestinedělí, 4 respondentky pracují v ordinacích praktických gynekologů a 3 respondentky vykonávají praxi v oblasti terénní péče (tabulka 12).

I přesto, že pojem edukace je pro většinu nezdravotníků, ale i zdravotníků neznámým, všechny respondentky prokázaly jeho znalost, neboť se ve své praxi s edukací často setkávají. A porodní asistentka, jak uvádí vyhláška č. 55/2011 Sb. o činnosti zdravotnických a jiných odborných pracovníků, je kompetentní podle § 3 odst. 1, zajišťovat edukaci žen v rámci ošetrovatelského procesu. Dle názoru všech dotazovaných respondentek „edukace“ znamená „vysvětlení, poučení, radu, vzdělání, výchovu, podání informace“ (tabulka 13). Mezi oblastí edukace, jak uvedly respondentky pracující na oddělení šestinedělí, patří převážně informace týkající se managementu šestinedělí, který zahrnuje péči o matku v poporodním období (tabulka 13). Překvapující bylo, že žádná z dotazovaných respondentek neuvedla edukaci v oblasti péče o fyziologického novorozence a podpory kojení, jak je dále uvedeno ve vyhlášce č. 55/2011 Sb. o činnosti zdravotnických a jiných pracovníků. Zřejmě je to dáno systémem práce v Nemocnici Strakonice, a.s., kdy je součástí oddělení šestinedělí

i oddělení novorozenecké a přítomna je dětská sestra, na kterou se matky obrací s větší důvěrou, než na porodní asistentku. Porodní asistentka by však neměla zapomínat, že i edukace v tomto směru patří do její kompetence, stejně tak, jako edukace v rámci plánovaného rodičovství, a měla by mít potřebné znalosti a tuto edukaci by měla provádět. 1 respondentka navíc uvádí edukaci, kterou provádí při předporodní přípravě párů k porodu v rámci nemocnice. Respondentky pracující v ordinaci praktického gynekologa uvádějí nejčastěji edukaci v oblasti životosprávy, hygieny u žen netěhotných. Či v případě „problému“, se kterým ženy přicházejí do ordinace praktického gynekologa, jak uvedla jedna z respondentek. Těhotným ženám pak poskytují informace v průběhu celého těhotenství. Jedna z respondentek také zmínila edukaci v rámci preventivních prohlídek a vyšetření. Respondentky pracující v terénní péči provádí edukaci formou kurzů předporodní přípravy. Pokud si ženy přejí, doprovází je i k porodu, kde je edukují v průběhu porodu. 2 respondentky následně uvádí edukaci matek po porodu v rámci návštěvní služby v období šestinedělí v domácím prostředí (tabulka 13). Pouze jedna respondentka z ordinace praktického gynekologa zmínila edukaci v oblasti plánovaného rodičovství, z čehož vyplývá, že edukace v této oblasti není pro porodní asistentku běžnou záležitostí.

Jak ukázalo výzkumné šetření, všechny dotazované respondentky mají povědomí o metodách antikoncepce, které jsou vhodné u žen po porodu a při kojení. Z těchto metod antikoncepce respondentky uvádějí hormonální gestagenní antikoncepci, která je nejvíce ženami po porodu využívána, neboť jak uvádí Čepický a kolektiv v Doporučení k předpisu gestagenní antikoncepce, je tato metoda vhodná pro většinu žen, nemá žádné věkové omezení. 8 respondentek pro přesnost uvádí formu perorální, 3 respondentky uvádí formu injekční. 1 respondentka prokazuje znalost existence podkožního implantátu jako poslední z metod hormonální gestagenní antikoncepce. Mezi další metody, které jsou vhodné pro kojící ženy v období po porodu, označuje 7 respondentek metody bariérové, z nichž 2 respondentky uvádějí použití kondomu, jako způsobu bariérové antikoncepce. O možnosti nitroděložní antikoncepce má povědomí 7 respondentek. Zajímavé je, že z přirozených metod antikoncepce vhodných v období po porodu, zmínily pouze 2 respondentky plné kojení a 2 respondentky přerušovanou

soulož. Respondentka z ordinace praktického gynekologa doplňuje výčet možností o kombinovanou formu hormonální antikoncepce, kterou, jak uvádí, lze použít u nekojících žen (tabulka 14). Zdrojem informací týkající se problematiky antikoncepce, byly odborné semináře a konference, odborná literatura, odborné časopisy a informační letáky. 4 respondentky uvedly již samotné vzdělání v oboru. Respondentky, pracující v primární péči, považují za zásadní zdroj informací v oblasti antikoncepce svou praxi v ordinaci praktického gynekologa. 1 z respondentek pak praxi v oblasti terénní péče. Překvapující byla odpověď respondentky, která uvedla „vlastním studiem.“ V současné době je dostupné velké množství antikoncepčních metod a preparátů a objevují se stále nové, proto je důležité průběžné vzdělávání porodních asistentek v této oblasti, aby jejich informace byly kvalitní a pro ženy a matky po porodu přínosné. Všechny dotazované respondentky pak shodně potvrdily, že by tyto vědomosti dokázaly uplatnit v praxi (tabulka 14).

Podstatné zjištění pro výzkumné šetření přinesla tabulka 15, která mapuje provádění edukace, týkající se oblasti antikoncepce po porodu, v praxi porodní asistentkou. Většina respondentek uvedla, že své znalosti v této problematice uplatňují pouze v případě zájmu ze strany ženy nebo matky po porodu. Respondentka z oblasti terénní péče tyto informace „přenechává“ lékaři (tabulka 15). Jako metodu, kterou respondentky používají k edukaci matek o antikoncepci, uvedly shodně všechny respondentky metodu slovní – rozhovor. 4 respondentky z ordinací praktických gynekologů navíc zmínily i metodu demonstrační – názornou ukázkou (tabulka 15). Důvodem, pro který respondentky v praxi edukaci v oblasti plánovaného rodičovství a antikoncepce neprovádí, je dle názoru většiny respondentek, nezájem ze strany žen a matek. 1 respondentka jako důvod označila edukaci lékařem. Respondentka z ordinace praktického gynekologa pak uvádí samotnou „přítomnost lékaře“. Tím poukazuje na důležitost spolupráce lékaře a porodní asistentky, která ne vždy funguje tak, jak by měla. Lékař by si měl uvědomit, že porodní asistentka je uznávaná jako plně zodpovědný pracovník a má též důležitou úlohu ve zdravotním poradenství a vzdělávání žen, jak uvádí Mezinárodní definice porodních asistentek z 19. července 2005.

Většina respondentek používá jako pomůcky k edukaci v oblasti antikoncepce informační letáky a informační brožury, které jsou dostupné. Respondentky z ordinací praktických gynekologů mají navíc k dispozici modely nitroděložní antikoncepce či model vaginálního kroužku, jako jedné z metod kombinované hormonální antikoncepce. Také uvádí možnost použití obrazového materiálu. Ordinace praktických lékařů jsou po této stránce vybaveny nejlépe. Dle výsledků kvantitativního výzkumu (graf 19), právě v ordinacích praktických gynekologů probíhá edukace v oblasti antikoncepce nejčastěji. 2 z respondentek nepoužívají k edukaci o antikoncepci pomůcky žádné (tabulka 16).

Jak vyplývá z tabulky 17, 6 respondentek uvádí, že ženy o edukaci porodní asistentkou v oblasti antikoncepce zájem nemají. 2 respondentky se shodly v názoru, že některé zájem mají a některé ne. Jak uvádí jedna z respondentek, ženy v 50% zájem mají a ptají se i na osobní zkušenost, kterou lze považovat za velice přínosnou. Ne vždy jen vědomosti, ale i zkušenosti mají důležitou úlohu v edukaci. 2 respondentky pracující v ordinaci praktického gynekologa uvedly, že ženy zájem o tuto edukaci mají, neboť si tak ověřují informace získané z jiných zdrojů, a to převážně z internetových stránek. Respondentky pracující na oddělení šestinedělí se domnívají, že důvodem, proč matky po porodu o edukaci porodní asistentkou v této problematice zájem nemají je časné období po porodu. Jak dále uvádějí, matky na oddělení šestinedělí preferují informace týkající se péče o novorozence a informace o kojení. Téhož názoru byla i respondentka z oblasti terénní péče. Zajímavá byla odpověď jedné z respondentek z oddělení šestinedělí, která se domnívá, že důvodem, proč matky po porodu o edukaci porodní asistentkou zájem nemají, je jejich nedůvěra. Dále respondentky uvádí jako důvod dostatek vědomostí nebo předchozí zkušenost v případě vícerodiček a edukaci lékařem. Neboť, jak se domnívá respondentka z ordinace praktického gynekologa, ženy a matky po porodu mají větší důvěru v informace, které poskytuje lékař.

2 respondentky uvádí jako vhodnou dobu pro poskytnutí informací o antikoncepci po porodu konec těhotenství. 2 respondentky z oblasti terénní péče se domnívají, že je vhodné podat ženě tyto informace během předporodního kurzu. Jedna z nich pak doporučuje reedukaci v rámci návštěvní služby v období šestinedělí v domácím prostředí. 3 respondentky by edukovaly matky po porodu v otázce antikoncepce při

jejich propuštění do domácí péče. 4 respondentky považují za vhodnou dobu k poskytnutí těchto informací konec období šestinedělí, a to při kontrole u praktického gynekologa (tabulka 18). Dle jejich názoru by matky neměly mít po dobu šestinedělí pohlavní styk z důvodu hojení porodního poranění a z důvodu hygieny. Z lékařského hlediska však nelze mít námitek proti pohlavnímu styku již po 3 týdnech, kdy jsou již zhojena porodní poranění, včetně fyziologické rané plochy v děloze, jak uvádí Weiss ve své knize *Sexuologie*.

Většina respondentek doporučuje ženám jako zdroj informací zdravotnický personál – porodní asistentku, či praktického gynekologa. Jako další zdroje pak uvádějí informační letáky a informační brožury. 5 respondentek ženám a matkám po porodu doporučuje internetové stránky, kde ne vždy bývají kvalitní informace (tabulka 19).

Dle názoru dotazovaných respondentek, je porodní asistentka kompetentní podávat ženám informace týkající se antikoncepce po porodu, a to v rozsahu svých znalostí. Respondentka z terénní péče se domnívá, že porodní asistentka je kompetentní podávat ženám informace v plném rozsahu, podmínkou jsou však její znalosti (tabulka 20). I přesto, že respondentky své kompetence znají, edukaci žen v této problematice provádí pouze v případě zájmu ze strany ženy, jak již bylo zmíněno výše. Edukace v této oblasti by se proto měla stát pro porodní asistentku přirozenou součástí náplně její práce.

Jak uvádí tabulka 21, většina dotazovaných respondentek nemá doporučení v oblasti antikoncepce vhodné po porodu a při kojení. Při výběru vhodné antikoncepce respektují přání ženy. 1 respondentka navíc uvádí, stejně jako Pařízek ve své *Knize o těhotenství a dítěti*, že důležitým kritériem ženy pro výběr antikoncepce, bývá dosti často její cenová dostupnost. Mezi další doporučení patří i nitroděložní antikoncepce Mirena, a to pouze ženám, které neplánují během 5 let další těhotenství. Respondentka z ordinace praktického gynekologa tvrdí, že antikoncepci je třeba vyzkoušet, zda bude vyhovující (tabulka 21).

V rámci kvantitativního výzkumného šetření nejvíce respondentek – 38%, bylo ve věku 25 – 29 let. Druhou nejpočetnější skupinu tvořily respondentky ve věku 30 – 34 let, z čehož vyplývá, že ženy odsouvají založení rodiny do pozdějšího věku. A to i

přesto, že z biologického a genetického hlediska je pro první otěhotnění optimální věk ženy mezi 20. až 24. rokem, jak uvádí Pařízek. V současné době se plánované rodičovství stává součástí životního stylu a řada párů se na těhotenství pečlivě připravuje. Ať už je důvodem ekonomické zázemí, studium či profesionální růst. Také klesá sňatečnost a zvyšuje se počet svobodných matek. Rodinný stav respondentek je patrný z grafu 2. 74% respondentek bylo vdaných, 21% svobodných a 5% rozvedených. Vzdělání respondentky uváděly nejčastěji středoškolské s maturitou – 51%.

Z grafu 4 vyplývá, že všech 100% respondentek zná pojem antikoncepce, jako metody, které zabrání vzniku nechtěného těhotenství. Z tohoto důvodu ji také začalo 82% z dotazovaných respondentek používat. Tento výsledek nebyl překvapující. Přitom 8% respondentek z celkového počtu dotazovaných uvedlo, že antikoncepci začaly užívat ze zdravotních důvodů a 10% respondentek uvedlo, že antikoncepci nepoužívalo (graf 7).

Podstatné zjištění přinesl graf 6, který znázorňuje oblast informovanosti o antikoncepci, a to znalost jednotlivých metod. Respondentky mohly označit více možností. Nejvíce respondentek uvedlo znalost metod hormonální antikoncepce – 116. Pouze 45 respondentek uvedlo metody antikoncepce chemické. Zajímavé a pro výzkumné šetření důležité bylo též zjištění, že nejčastějším zdrojem informací o antikoncepci byl lékař. Nejméně respondentkám poskytla informace porodní asistentka (graf 6, graf 5).

Výzkumného šetření se účastnilo 59 prvorodiček, 53 druhorodiček, 8 žen rodilo potřetí, 1 žena rodila počtvrté (graf 8). Některou z metod antikoncepce před těhotenstvím používalo 95 z dotazovaných respondentek, přičemž nejvíce respondentek uvedlo metodu hormonální (81%). Tento výsledek se dal předpokládat. Jak uvádí Machová, hormonální antikoncepce je v současné době nejspolehlivější a velmi rozšířená metoda antikoncepce. Pearlův index je udáván 0,3 - 0,4. Předpokladem této spolehlivosti je však její pravidelné užívání, na které by měl být kladen při edukaci důraz. 7% respondentek pak uvedlo přirozené metody antikoncepce, 9% bariérové metody antikoncepce a 3% respondentek uvedly metodu mitroděložní. 26 respondentek

pak nepoužívalo před těhotenstvím antikoncepci žádnou. 95% respondentek bylo s vybranou metodou spokojeno. Pouze pro 5% respondentek byla používaná metoda antikoncepce nevyhovující. Důvodem byly bolesti břicha a nepravidelná menstruace při zavedeném nitroděložním tělísku a pocit „nafouklého břicha“ a ztráta libida v případě užívání hormonální antikoncepce (graf 11). Z výzkumného šetření vyplývá, že doporučení lékaře bylo opět tím nejdůležitějším faktorem, který ovlivnil výběr této metody antikoncepce, a to u 66 respondentek. Nejméně respondentek (4), znovu označilo doporučení porodní asistentky.

Zajímavé bylo také zjištění, že pouze 39% respondentek konzultovalo výběr antikoncepce se svým partnerem. 61% respondentek nikoliv (graf 13). Přitom úspěšnost některých metod antikoncepce právě spočívá ve vzájemném respektování a spolupráci partnerů.

Jak vyplývá z grafu 14, 89% respondentek své těhotenství plánovalo, pouze 11% ne. Přičemž 4 respondentky uvádí jako příčinu neplánovaného těhotenství selhání antikoncepce (graf 14, graf 15).

Další podstatné zjištění přinesly grafy 16, 17, 18. Z celkového počtu dotazovaných respondentek má 93% z nich povědomost o možnosti výběru antikoncepce po porodu. Pouze 7% respondentek uvedlo, že o této možnosti neví (graf 16). Graf 17 znázorňuje zdroje informací o vhodných metodách antikoncepce po porodu. Nejvíce respondentek označilo zdravotnický personál (108). Graf 17b, pak hodnotí úroveň těchto informací. Ze 108 respondentek, 57 respondentek tuto úroveň jako velmi dobrou, 30 respondentek jako dobrou, 16 respondentek jako průměrnou, 4 respondentky jako špatnou a 1 respondentka jako velmi špatnou. 62% respondentek pak uvádí jako zásadní zdroj informací lékaře. Pouze 8% respondentek uvedlo porodní asistentku. 26% respondentek získalo informace od lékaře i porodní asistentky. 4% nikdo ze zdravotnického personálu needukoval (graf 18). Tímto výsledkem nebyla potvrzena hypotéza 2. 81% respondentkám, byly informace v oblasti antikoncepce po porodu poskytnuty již na oddělení šestinedělí, 81% respondentek získalo tyto informace během kontroly v ordinaci praktického gynekologa po ukončení období šestinedělí (graf 19). A to

nejčastěji metodou rozhovoru (64%). V 32% byl respondentkám podán informační leták či brožura (graf 20). V edukaci je velice důležitý individuální přístup. Nejvíce vhodná je metoda ústní, a to formou rozhovoru. Každá žena má možnost se ptát a porodní asistentka pak může zpětnou vazbou snadno ověřit vědomosti, které žena edukací získala a zhodnotit tak, zda byl cíl edukace splněn.

Graf 21 vypovídá o obsahu edukace v rámci oblasti antikoncepce. Respondentky opět mohly označit více možností. Ze 108 respondentek bylo 99 respondentek informováno o vhodných metodách antikoncepce, 48 respondentek o antikoncepčním účinku jednotlivých metod, 57 respondentek o způsobu aplikace, 45 respondentek dostalo informace o míře spolehlivosti metod antikoncepce, 46 respondentek zajímala cenová dostupnost, 34 respondentek bylo edukováno o možných vedlejších účincích na organismus ženy a 21 respondentkám byly poskytnuty informace o příznivých účincích jednotlivých metod na organismus ženy. Zda tyto informace byly úplné, odpovědělo nejvíce respondentek, že ano (57%). 93% respondentek tyto informace označuje za přínosné (grafy 22, 23). Tímto výsledkem byla potvrzena hypotéza 1.

Zajímavé bylo i hodnocení spolupráce s porodní asistentkou v rámci edukace. Jak vyplývá z výzkumného šetření, edukováno porodní asistentkou bylo pouze 38 respondentek. Z toho 15 respondentek označilo spolupráci s porodní asistentkou za velmi dobrou, 9 respondentek ji označilo za dobrou, 11 respondentek za průměrnou, 2 respondentky za špatnou a 1 respondentka za velmi špatnou (graf 24). I přesto, že se 80% respondentek domnívá, že porodní asistentka je kompetentní podávat matkám informace týkající se vhodného výběru antikoncepce po porodu, jak vyplývá z dotazníkového šetření, možnost edukace porodní asistentkou nevyužívají (graf 25).

Velmi zajímavé bylo zjištění, že více než polovina dotazovaných respondentek – 58%, obnovila sexuální život již během období šestinedělí (graf 26). Respondentkami nejčastěji uváděnou metodou antikoncepce, která jimi byla použita v období šestinedělí, je metoda hormonální antikoncepce (30%). 16% respondentek naopak uvedlo, že žádnou z metod antikoncepce nepoužilo (graf 27). Jak vyplývá z výzkumného šetření, ženy je potřeba informovat včas, a to již při propuštění z oddělení šestinedělí do domácí

péče. Nutné je také ženy poučit o kojení – jako metodě antikoncepce, i když jak znázorňuje graf 29, jsou rodičky dostatečně informovány. 88% respondentek by na kojení, jako na antikoncepci nespolehalo.

42% respondentek obnovení sexuálního života během období šestinedělí neuvedlo. Nejčastěji uváděným důvodem byla únava a vyčerpání spojená s péčí o dítě, nejméně častým pak snížení míry atraktivity (graf 28).

Z výsledků dotazníkového šetření vyplývá, že více jak 50% respondentek má v antikoncepci důvěru.

Výzkumná otázka 1 *„Jakým způsobem porodní asistentky edukují matky po porodu v oblasti vhodného výběru antikoncepce?“* byla zodpovězena. Cíl 1 byl splněn.

Výzkumná otázka 2 *„Jak se porodní asistentky orientují v antikoncepčních metodách používaných po porodu?“* byla též zodpovězena. Cíl 2 byl rovněž splněn.

Výsledná hypotéza z první výzkumné otázky zní: *„Porodní asistentky edukují ženy a matky po porodu pouze v případě jejich zájmu a to formou individuální, metodou slovní – rozhovorem, případně metodou názornou – demonstrováním. Pro doplnění informací doporučují ženám informační letáky, brožury, odbornou literaturu, eventuálně internet“*

Výsledná hypotéza z druhé výzkumné otázky zní: *„Porodní asistentky se orientují v antikoncepčních metodách používaných po porodu. Prokazují kvalitní znalosti a zkušenosti v této oblasti.“*

Hypotéza 1 *„Matky po porodu jsou edukované v oblasti vhodného výběru antikoncepce“* byla potvrzena grafy 16, 17, 19, 20, 21. Cíl 3 byl splněn.

Hypotéza 2 *„Dle názoru dotazovaných matek, porodní asistentka má významnou roli v oblasti edukace při výběru vhodné antikoncepce po porodu“* nebyla potvrzena grafem 18. Cíl 4 byl splněn.

6 Závěr

Plánované rodičovství a dostupnost antikoncepce se v dnešní době staly součástí životního stylu. Důležité proto je, aby porodní asistentky byly vzdělány v této oblasti a byly schopny matkám po porodu poskytnout v rámci ošetrovatelské péče kvalitní informace týkající se této problematiky.

Teoretická část práce je zaměřena na shrnutí poznatků o fyziologickém šestinedělí, o edukaci v ošetrovatelství, zejména pak o úloze porodní asistentky v edukaci ženy v oblasti poporodní péče, v oblasti plánovaného rodičovství a výběru vhodných antikoncepčních prostředků, které jsou dostupné v České republice.

V praktické části byly stanoveny 4 cíle. Cílem 1 bakalářské práce bylo zmapovat způsob edukace porodních asistentek v oblasti antikoncepce po porodu a cílem 2 zjistit, jak se porodní asistentky orientují v antikoncepčních metodách, které lze využít v období po porodu a při kojení. Cílem 3 bylo zjistit, zda jsou matky po porodu informované v oblasti vhodného výběru antikoncepce a cílem 4, zda porodní asistentka má významnou roli v edukaci matek o antikoncepci po porodu. Na dané cíle byly stanoveny výzkumné otázky a hypotézy.

Pro zpracování dané problematiky bylo zvoleno kvalitativní výzkumné šetření v kombinaci s kvantitativním výzkumným šetřením. Kvalitativní výzkumné šetření probíhalo metodou nestandardizovaného rozhovoru s otevřenými otázkami. Rozhovory byly vedeny s porodními asistentkami na gynekologicko-porodnickém oddělení Nemocnice Strakonice, a.s., dále s porodními asistentkami z ordinací praktických gynekologů ve Vodňanech, ve Vimperku a v Českých Budějovicích a s porodními asistentkami z terénní péče v oblasti Strakonice, Písek a Tábor. Kvantitativní výzkumné šetření bylo provedeno v ordinacích praktických gynekologů ve Strakonících, ve Vodňanech a v Českých Budějovicích. K provedení výzkumu byla zvolena technika anonymního dotazníku se 30 otázkami. Respondentkami byly ženy po porodu přicházející do ordinace praktického gynekologa na kontrolu po období šestinedělí. Výsledky kvalitativního výzkumného šetření byly zpracovány do jednotlivých kazuistik

a tabulek, kde byly zhodnoceny jednotlivé odlišnosti a výsledky kvantitativního výzkumného šetření byly zpracovány pomocí grafů.

Výzkumná otázka 1 „*Jakým způsobem porodní asistentky edukují matky po porodu v oblasti vhodného výběru antikoncepce?*“ byla zodpovězena. Cíl 1 byl splněn.

Výzkumná otázka 2 „*Jak se porodní asistentky orientují v antikoncepčních metodách používaných po porodu?*“ byla zodpovězena. Cíl 2 byl rovněž splněn.

Hypotéza 1 „*Matky po porodu jsou edukované v oblasti vhodného výběru antikoncepce*“ byla potvrzena. Cíl 3 byl splněn.

Hypotéza 2 „*Dle názoru dotazovaných matek, porodní asistentka má významnou roli v oblasti edukace při výběru vhodné antikoncepce po porodu*“ potvrzena nebyla. Cíl 4 byl splněn.

Z celkového výzkumného šetření vyplývá, že porodní asistentky se orientují v metodách antikoncepce vhodné po porodu a při kojení. Prokazují kvalitní znalosti potřebné pro edukaci v této problematice. I přesto jsou tyto vědomosti porodními asistentkami uplatňovány pouze v případě zájmu ze strany matek. Porodní asistentky pak matkám poskytují informace formou individuální, metodou slovní – rozhovorem, případně metodou názornou – demonstrováním. Pro doplnění informací doporučují ženám informační letáky, brožury, odbornou literaturu, eventuálně internet. Samozřejmě zásadními zdroji informací jsou ony samy, případně praktický gynekolog. Z výzkumného šetření dále vyplývá, že matky po porodu jsou edukované v oblasti vhodného výběru antikoncepce. Bohužel zásadní informace týkající se této problematiky jsou ženám poskytovány lékařem a to i přesto, že edukace v oblasti plánovaného rodičovství a antikoncepce po porodu patří do kompetencí porodní asistentky. Tudíž porodní asistentka nemá významnou roli v oblasti edukace o antikoncepci vhodné po porodu a při kojení.

Na základě těchto poznatků a výsledků výzkumného šetření byl vytvořen návrh edukačního plánu a edukačního standardu jako návod k edukaci pro porodní asistentky.

7 Seznam použitých zdrojů

1. *Antikoncepce použitelná i pro kojící ženy* [online]. [cit. 13.1.2011] dostupné z www: <http://www.naseantikoncepce.cz/antikoncepce-pro-kojici-zeny.php>
2. BARTÁK, A. *Antikoncepce*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a. s., 2006. 132 s. ISBN 80-247-1351-9.
3. CIBULA, D. *Shrnutí výsledků farmakologických a klinických studií s Implanonem*. In *Moderní gynekologie a porodnictví – Implanon – antikoncepční tyčinka*. Praha: 2003, vol. 12, č. 2, str. 366-370. ISSN 1214-2093.
4. ČEPICKÝ, P. et al. *Doporučení k předpisu gestagenní kontracepce*. In *Moderní gynekologie a porodnictví – Kontracepce, sterilizace, interrupce*. Praha: 2001, vol. 10, č. 2, str. 209-212. ISSN 1211-1058.
5. ČEPICKÝ, P. et al. *Doporučení k předpisu kombinované hormonální kontracepce. Aktualizace 2005*. In *Moderní gynekologie a porodnictví – Doporučené postupy v gynekologii a porodnictví*. Praha: 2007, vol. 16, č. 1, str. 152-158. ISSN 1214-2093.
6. ČEPICKÝ, P. *Doporučení WHO k předpisu kombinované hormonální antikoncepce (2004)* [online]. [cit. 20.1.2011] dostupné z www: <http://www.levret.cz/antikoncepce/doporuceni-who>
7. ČEPICKÝ, P. *Historie antikoncepce*. In *Moderní babictví 3*. Praha: 2004, str. 48-50. ISSN 1214-5572.
8. *Edukace v ošetrovatelství II.část* [online]. [cit. 4.1.2011] dostupné z www: <http://projekty.osu.cz/mentor/III-edukace.pdf>
9. FAIT, T. *Antikoncepce, průvodce ošetřujícího lékaře*. Praha: Maxdorf, s.r.o., 2008. 103 s. ISBN 978-80-7345-172-1.
10. FAIT, T. *Šestinedělí*. In *Moderní babictví 9*. Praha: 2006, str. 43-51. ISSN 1214-5572.
11. HANÁKOVÁ, T. *Jak dál po porodu – změny v šestinedělí* [online]. [cit. 13.1.2011] dostupné z WWW: http://hanakova-gynekologie.wz.cz/10_02.html

12. JIRKOVSKÝ, D. *Edukační a ošetrovatelský proces v programu rozšířené primární preventivní péče*. In *Vojenské zdravotnické listy*. Praha: 2004, ročník LXXIII, č. 2, str. 48-50. ISSN 0372-7025.
13. JUŘENÍKOVÁ, P. *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a. s., 2010. 80 s. ISBN 978-80-247-2171-2.
14. KOLAŘÍK, D., HALAŠKA, M., FEYEREISL, J. *Repetorium gynekologie*. Praha: Maxdorf, s.r.o., 2008. 1030 s. ISBN 978-80-7345-138-7.
15. KUBEROVÁ, H. *Didaktika ošetrovatelství*. 1.vyd. Praha: Portál, s.r.o., 2010. 248 s. ISBN 978-80-7367-684-1.
16. KUČERA, E. *Sterilizace ženy a muže – indikace, technika, komplikace*. In *Moderní gynekologie a porodnictví – Kontracepce, sterilizace, interrupce*. Praha: 2001, vol. 10, č. 2, str. 173-177. ISSN 1211-1058.
17. KUŽELOVÁ, M. *Co by měla sestra vědět o antikoncepci*. Praha: LEVRET, s.r.o., 2005. 59 s. ISBN 80-903183-7-1.
18. LÍBALOVÁ, Z. *Sexuální poporodní dysfunkce*. In *Moderní gynekologie a porodnictví – Sexualita ženy*. Praha: 2005, vol. 14, č. 1, str. 99-102. ISSN 1211-1058; 1214-2093 (supplementum).
19. MACHOVÁ, J., HAMANOVÁ, J. *Reprodukční zdraví v dospívání (příručka k sexuální výchově)*. 1. vyd. Praha: Nakladatelství H&H, 2002. 197 s. ISBN 80-86022-94-3.
20. MAGUROVÁ, D., MAJERNÍKOVÁ, Ľ. *Edukácia a edukační proces v ošetrovatelstve*. Martin: Vydavateľstvo Osveta, spol. s.r.o., 2009. 155 s. ISBN 978-80-8063-326-4.
21. Ministerstvo zdravotnictví České republiky. *Vyhláška 55/2011 Sb. ze dne 1.března 2011, která stanoví činnosti zdravotních pracovníků a jiných odborných pracovníků* [online]. [cit. 20.3.2011] dostupné z [www: http://www.sbirka.cz/POSLATYD/NOVE/11-055.htm](http://www.sbirka.cz/POSLATYD/NOVE/11-055.htm)
22. Ministerstvo zdravotnictví České republiky. *Zákon 96/2004 Sb. Ze dne 4. února 2004 o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním*

- zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních)* [online]. [cit. 20.1.2011] dostupné z www: <http://www.sagit.cz/pages/sbirkatxt.asp?zdroj=sb04096&cd=76&typ=r>
23. PAŘÍZEK, A. *Kniha o těhotenství a dítěti*. 4. vyd. Praha: Galén, s.r.o., 2009. 776 s. ISBN 978-80-7262-653-3.
 24. RATISLAVOVÁ, K. *Aplikovaná psychologie – porodnictví*. 1. vyd. Praha: Area s.r.o., 2008, s. ISBN 978-80-254-2186-4.
 25. ROB, L., MARTAN, A., CITTERBART, K. et al. *Gynekologie*. 2.vyd. Praha: Galén, s.r.o., 2008. 319 s. ISBN 978-80-7262-501-7.
 26. ROZTOČIL, A. a kolektiv. *Porodnictví*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a. s., 2008. 408 s. ISBN 978-80-247-1941-2.
 27. ROZTOČIL, A. *Šestinedělí*. In *Moderní babičtví 3*. Praha: 2004, 64 s. ISSN 1214-5572.
 28. SEIDLOVÁ, D. *Kontrace pro praxi, průvodce metodami zábrany otěhotnění*. 1. vyd. Praha: Maxdorf, s.r.o., 1997. 148 s. ISBN 80-85800-39-X.
 29. STOLÍNOVÁ, J. *Právní aspekty antikoncepce, sterilizace a interrupce*. In *Moderní babičtví 4*. Praha: 2004, str. 39-44. ISSN 1214-5572.
 30. UZEL, R. *Antikoncepce po porodu* [online]. [cit. 21.1.2011] dostupné z www: <http://www.planovanirodiny.cz/view.php?cisloclanku=2006011008>
 31. WEISS, P. a kolektiv. *Sexuologie*. Praha: Grada Publishing, a. s., 2006. 744 s. ISBN 978-80-247-2492-8.

8 Klíčová slova

Antikoncepce

Edukace

Edukační plán

Porodní asistentka

Role porodní asistentky

Žena po porodu

9 Přílohy

9.1 Seznam příloh

Příloha 1 Koncept rozhovoru pro porodní asistentky

Příloha 2 Dotazník pro matky po ukončení období šestinedělí

Příloha 3 Edukační plán pro porodní asistentky v primární péči

Příloha 4 Edukační standard pro porodní asistentky v primární péči

Příloha 5 Vyhláška 55/2011 Sb.

Příloha 6 Zákon 96/2004 Sb.

Příloha 7 Záznamový list o edukaci v oblasti antikoncepce

Příloha 8 Pearlův index

Příloha 9 Dostupné přípravky antikoncepce

Příloha 10 Rozdělení přípravků kombinované hormonální antikoncepce

Příloha 11 Hormonální gestagenní antikoncepce – forma perorální

Příloha 12 Hormonální gestagenní antikoncepce

Příloha 13 Hormonální kombinovaná antikoncepce

Příloha 14 Nitroděložní antikoncepce

Příloha 1 Koncept rozhovoru pro porodní asistentky

- 1) Jaký je Váš věk?
- 2) Jaké je Vaše vzdělání?
- 3) Jaká je délka Vaší praxe v oboru?
- 4) Jaké je místo výkonu Vašeho povolání?
- 5) Co znamená pojem edukace? Jak edukujete ženy v praxi?
- 6) Jaké znáte vhodné metody antikoncepce, které lze použít v období po porodu a při kojení? Kde jste tyto znalosti získala? Myslíte, že tyto znalosti dokážete uplatnit v praxi?
- 7) Edukujete ženy/matky po porodu v oblasti vhodného výběru antikoncepce? Pokud ano, jakou metodou? Pokud ne, jaký je důvod?
- 8) Jaké používáte k edukaci žen/matek po porodu pomůcky?
- 9) Mají ženy/matky po porodu o edukaci porodní asistentkou v oblasti antikoncepce zájem? Pokud ne, jaký je důvod?
- 10) Kdy myslíte, že je vhodná doba podat ženě/matce po porodu informace o vhodných metodách v oblasti antikoncepce?
- 11) Které zdroje informací ženám/matkám po porodu doporučujete ohledně vhodného výběru antikoncepce?
- 12) V jakém rozsahu je porodní asistentka kompetentní podávat ženám/matkám po porodu informace v oblasti antikoncepce?
- 13) Jaká máte doporučení v oblasti vhodných metod antikoncepce?

Příloha 2 Dotazník pro respondentky

Vážená maminko,

jsem studentkou Zdravotně sociální fakulty Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích, obor porodní asistentka. Tímto bych Vás ráda požádala o vyplnění níže uvedeného dotazníku, jehož výsledky budou použity pouze ke zpracování mé bakalářské práce na téma: „**Edukace porodní asistentky o možnosti využití antikoncepčních metod u žen po porodu**“. Dotazník je anonymní. U každé otázky prosím zakroužkujte jednu odpověď, pokud nebude uvedeno jinak, eventuálně doplňte. Děkuji Vám za spolupráci a čas věnovaný vyplnění dotazníku.

Eva Falářová

1. Jaký je Váš věk?

- a) 19 – 24
- b) 25 – 29
- c) 30 – 34
- d) 35 – 39
- e) 40 a více

2. Jaký je Váš rodinný stav?

- a) svobodná
- b) vdaná
- c) rozvedená
- d) vdova

3. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

- a) základní
- b) středoškolské bez maturity
- c) středoškolské s maturitou
- d) vyšší odborné
- e) vysokoškolské

4. Co znamená pojem antikoncepce?

- a) metody, které zabrání vzniku nechtěného těhotenství

- b) metody, které slouží k úpravě menstruačního cyklu
- c) metody, které chrání před pohlavními nemocemi
- d) nevím (*nevyplňujte dále, děkuji Vám za spolupráci*)

5. Kde jste získala informace o antikoncepci?

(můžete označit více možností)

- a) od rodičů
- b) od kamarádky
- c) ve škole
- d) od lékaře
- e) od porodní asistentky
- f) z časopisu/knihy
- g) z informačního letáku/brožury
- h) z internetu
- i) jiné

6. Jaké znáte metody antikoncepce?

(můžete označit více možností)

- a) přirozenou (kojení, přerušovaný styk, metoda plodných a neplodných dní)
- b) bariérovou (kondom, pesar)
- c) chemickou (spermicidy – vaginální globule, krémy)
- d) nitroděložní (nitroděložní tělíčko)
- e) hormonální (antikoncepční tablety, náplasti, injekce, podkožní tyčinky, kroužek)
- f) pohotovostní (antikoncepce po styku)
- g) chirurgickou (sterilizace)

7. Z jakého důvodu jste začala používat antikoncepci?

- a) ochrana před početím
- b) ze zdravotních důvodů
- c) jiné.....
- d) nepoužívala jsem antikoncepci

8. Pokolikáté jste rodila?

- a) poprvé
- b) podruhé
- c) potřetí
- d) počtvrté a více

9. Používala jste některou z metod antikoncepce v období před těhotenstvím?

- a) ano
- b) ne (*pokračujte otázkou č.16*)

10. Pokud ano, jakou?

- a) přirozenou (přerušovaný styk, metoda plodných a neplodných dní)
- b) bariérovou (kondom, pesar)
- c) chemickou (spermicidy – vaginální globule, krémy)
- d) nitroděložní (nitroděložní tělísko)
- e) hormonální (antikoncepční tablety, náplasti, injekce, podkožní tyčinky, kroužek)
- f) pohotovostní (antikoncepce po styku)

11. Byla pro Vás tato metoda antikoncepce vyhovující? Pokud ne, tak z jakého důvodu?

- a) ano
 - b) ne
-

12. Kdo a co ovlivnilo výběr Vaší antikoncepce před těhotenstvím?

(můžete označit více možností)

- a) doporučení lékaře
- b) doporučení porodní asistentky
- c) doporučení kamarádky
- d) mechanismus účinku
- e) míra spolehlivosti dané metody

- f) způsob aplikace
- g) cenová dostupnost
- h) zdravotní stav
- i) jiné

13. Konzultovala jste výběr vhodné antikoncepce se svým partnerem?

- a) ano
- b) ne

14. Bylo toto těhotenství plánované?

- a) ano
- b) ne

15. Pokud ne, bylo příčinou selhání antikoncepce?

- a) ano
- b) ne

16. Víte o možnosti výběru antikoncepce po porodu?

- a) ano
- b) ne (*pokračujte otázkou č. 26*)

17. Kde jste získala informace o antikoncepci vhodné po porodu a jak hodnotíte úroveň těchto informací? (1 – velmi dobrá, 2 – dobrá, 3 – průměrná, 4 – špatná, 5 – velmi špatná)

(můžete označit více možností)

- a) v předporodním kurzu (1 2 3 4 5)
- b) od zdravotnického personálu (1 2 3 4 5)
- c) od kamarádky (1 2 3 4 5)
- d) z časopisu/knihy (1 2 3 4 5)
- e) z informačního letáku/brožury (1 2 3 4 5)
- f) z internetu (1 2 3 4 5)
- g) jiné

18. Kdo ze zdravotnického personálu Vám poskytl zásadní informace o možnostech antikoncepce po porodu?

- a) lékař
- b) porodní asistentka
- c) lékař i porodní asistentka
- d) nikdo

19. Kdy Vám tyto informace byly poskytnuty?

- a) během pobytu na oddělení šestinedělí
- b) během kontroly po šestinedělí u obvodního gynekologa
- c) žádné informace jsem nedostala (*pokračujte otázkou č. 25*)

20. Jakou metodou Vám byly tyto informace poskytnuty?

(můžete označit více možností)

- a) ústně (rozhovor, vysvětlování)
- b) informační leták/brožura
- c) videoprojekce (v případě předporodního kurzu)
- d) názorná ukázka
- e) jiné

21. Čeho se informace týkaly?

(můžete označit více možností)

- a) vhodných metod antikoncepce
- b) antikoncepčního účinku
- c) způsobu aplikace
- d) míry spolehlivosti
- e) cenové dostupnosti
- f) možných vedlejších účinků
- g) příznivých účinků na organismus
- h) jiné

22. Byly tyto informace pro Vás úplné?

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

23. Byly tyto informace pro Vás přínosné?

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

24. Jak hodnotíte spolupráci s porodní asistentkou? (*1 – velmi dobrá, 2 – dobrá, 3 – průměrná, 4 – špatná, 5 – velmi špatná*)

(vyplňte v případě edukace porodní asistentkou)

1 2 3 4 5

25. Myslíte si, že je porodní asistentka kompetentní podávat tyto informace?

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

26. Došlo u Vás po porodu již k obnovení sexuálního života?

- a) ano
- b) ne

27. Pokud ano, jakou metodu antikoncepce jste použila/používáte?

- a) přirozenou (kojení, přerušovaný styk, metoda plodných a neplodných dní)
- b) bariérovou (kondom, pesar)
- c) chemickou (spermicidy – vaginální globule, krémy)
- d) nitroděložní (nitroděložní tělísko)

- e) hormonální (antikoncepční tablety, náplasti, injekce, podkožní tyčinky, kroužek)
- f) nepoužila/nepoužívám antikoncepci

28. Pokud ne, tak z jakého důvodu?

(můžete označit více možností)

- a) obtížné hojení poporodních poranění
- b) únava a vyčerpání spojená s péčí o dítě
- c) strach z bolesti
- d) snížení sexuální apetence
- e) snížení míry atraktivity
- f) obava z otěhotnění
- g) jiné

29. Myslíte si, že kojení je spolehlivá antikoncepce?

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

30. Máte důvěru v antikoncepci?

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

Příloha 3 Edukační plán pro porodní asistentku v primární péči

Téma edukačního plánu:

Výběr vhodné metody antikoncepce u klientky po porodu.

Edukační diagnózy:

Deficit vědomostí v souvislosti s nedostatkem informací o vhodných antikoncepčních metodách u klientky po porodu projevující se slovním vyjádřením problému.

Deficit zručnosti v souvislosti s aplikací jednotlivých mechanických metod antikoncepce projevující se slovním vyjádřením problému.

Informace o edukantech:

Klientky přicházející do ordinace praktického gynekologa na kontrolní vyšetření po ukončení období šestinedělí.

Cíl edukačního setkání:

Cílem edukace je obeznámit klientku s vhodnými metodami antikoncepce po porodu, poukázat na výhody a nevýhody plynoucí z jednotlivých metod, které se týkají aplikačního komfortu, výskytu nežádoucích účinků a cenové dostupnosti.

V případě, že si klientka neví s něčím rady, porodní asistentka klientce poskytne telefonní číslo pro možnost případné konzultace.

Afektivní cíl: Klientka má snahu získat vědomosti o vhodných metodách antikoncepce, uvědomuje si následky zanedbání a zaujímá k antikoncepci pozitivní postoj.

Kognitivní cíl: Klientka je informována o celé problematice týkající se oblasti antikoncepce. Je seznámena s metodami antikoncepce, mechanismem jejich účinku, s mírou spolehlivosti, způsobem užívání, výskytem případných nežádoucích účinků plynoucích z jednotlivých forem a cenovou dostupností.

Behaviorální cíl: Klientka zná jednotlivé metody a je schopna se adekvátně rozhodnout.

Datum: 1. setkání

Doba trvání: individuální dle potřeby klientky.

Prostředí: ordinace praktického gynekologa, kde bude zajištěno soukromí.

Druh edukace:

Základní edukace – v případě, že klientka nebyla obeznámena s problematikou antikoncepce. Reedukace – porodní asistentka navazuje na předchozí znalosti a zkušenosti klientky v této oblasti.

Výukové strategie:

Forma edukace: individuální, popř. skupinová – klientka a partner.

Metody edukace: metody slovní – rozhovor, vysvětlování; metoda názorně demonstrační.

Pomůcky: naučné materiály, texty – informační letáky, informační brožury; modely a makety antikoncepčních forem.

Struktura edukačního setkání:

Důležité je získat důvěru klientky po celou dobu edukace. Porodní asistentka pomocí otázek nejprve zjistí, jaké má klientka dosavadní znalosti a zkušenosti v oblasti antikoncepce. Otázky formuluje jasně a srozumitelně; používá terminologii, které klientka rozumí. Metodou vysvětlování pak porodní asistentka navazuje na předcházející vědomosti klientky. Poučí klientku o možnostech výběru vhodné metody antikoncepce po porodu s ohledem na její věk, zdravotní stav, zda kojí či nekojí. Důležitá je také informace, zda klientka plánuje v dohledné době další těhotenství, či si již další dítě nepřeje. Porodní asistentka klientku seznámí s mechanismem účinku a mírou spolehlivosti jednotlivých metod. Vyjmenuje zásady správné aplikace. V případě mechanických metod antikoncepce (pesar, vaginální kroužek) demonstruje manipulaci a způsob zavedení dle předlohy. Součástí je i péče o mechanickou formu antikoncepce po

použití. Důležitá je informace o cenové dostupnosti, která je mnohdy prvotním kritériem pro její výběr. Poté porodní asistentka nechá prostor pro otázky klientky.

Vyhodnocení edukačního setkání: Na konci setkání porodní asistentka zjistí, zda byly cíle edukace splněny a do jaké míry. Porodní asistentka klientce klade vhodné otázky a zjišťuje tak její vědomosti. Zpětnou vazbou si ověřuje, zda porozuměla dané problematice.

Realizuje zápis o edukaci klientky.

Téma edukačního plánu:

Seznámení s metodou antikoncepce dle výběru klientky.

Informace o edukantovi:

Klientka přicházející do ordinace praktického gynekologa.

Cíl edukačního setkání:

Cílem edukace je obeznámit klientku s vybranou metodou antikoncepce, mechanismem účinku, mírou spolehlivosti, zásadami užívání v případě perorální aplikace. V případě mechanické metody antikoncepce je důležité klientku seznámit s aplikační technikou dle předlohy a formou údržby po aplikaci.

Afektivní cíl: Klientka má snahu získat vědomosti o vybrané metodě antikoncepce.

Kognitivní cíl: Klientka je seznámena s metodou antikoncepce, mechanismem účinku, s mírou spolehlivosti, způsobem užívání, výskytem případných nežádoucích účinků a cenovou dostupností.

Behaviorální cíl: Klientka správně používá vybranou formu antikoncepce.

Datum: 2. setkání

Doba trvání: individuální dle potřeby klientky.

Prostředí: ordinace praktického gynekologa, kde bude zajištěno soukromí.

Druh edukace:

Reedukace – porodní asistentka navazuje na znalosti a zkušenosti klientky z předchozího edukačního setkání.

Výukové strategie:

Forma edukace: individuální.

Metody edukace: metody slovní – rozhovor, vysvětlování; metoda názorně demonstrační.

Pomůcky: naučné materiály, texty – informační letáky, informační brožury; model a maketa vybrané antikoncepční formy.

Struktura edukačního setkání:

Porodní asistentka navazuje na předcházející vědomosti klientky. Seznámí klientku s mechanismem účinku a mírou spolehlivosti dané metody. Vyjmenuje zásady správné aplikace. Dále klientku poučí o možnostech výskytu nežádoucích účinků. Důležité je klientku upozornit i na množství příznivých účinků na její organismus plynoucích z dané metody antikoncepce. V případě mechanické formy antikoncepce (pesar, vaginální kroužek), porodní asistentka klientku seznámí s manipulací a naučí ji správné aplikační technice. Součástí je i poučení týkající se péče o mechanickou antikoncepci po aplikaci. Nutná je zmínka o cenové dostupnosti. Na konci edukace porodní asistentka nechá prostor pro otázky klientky. Následuje zpětná vazba a vyhodnocení dle otázek.

Vyhodnocení edukačního setkání:

Porodní asistentka zjistí, zda byly cíle edukace splněny a do jaké míry. Porodní asistentka klientce klade vhodné otázky a zjišťuje tak její vědomosti. Zpětnou vazbou si ověřuje, zda porozuměla dané problematice. Porodní asistentka klientce naslouchá, nepřerušuje ji a využívá otázek k objasnění.

Realizuje zápis o edukaci klientky.

Zdroj: Vlastní návrh edukačního plánu

Příloha 4 Standardní ošetřovatelský postup

Název SOP: Výběr vhodné antikoncepční metody u ženy po porodu - edukace

Charakteristika standardu	Standardní ošetřovatelský postup
Oblast péče	Individualizovaná péče
Cílová skupina pacientů	Klientky přicházející do ordinace praktického gynekologa na kontrolní vyšetření po ukončení období šestinedělí.
Místo použití	Ordinace praktického gynekologa
Poskytovatelé péče, pro něž je standard závazný	Lékař Porodní asistentky, které získaly kvalifikaci dle zákona č. 96/2004 Sb., ve znění pozdějších předpisů. Porodní asistentky specialistky v rozsahu získané specializace.
Odpovědnost za realizaci	Lékař
Platnost standardu od:	1.1.2011
Frekvence kontroly	1x za 2 roky
Revize standardu provedena dne:	
Kontrolu vykoná	Lékař
Kontaktní osoba	Lékař
Odborný garant	Lékař
Schválil	Lékař

Standardní ošetrovatelský postup

Výběr vhodné antikoncepční metody u ženy po porodu - edukace

Úvod

Antikoncepce je souborný termín pro metody používané k reverzibilní zábraně početí. Antikoncepci dělíme na přirozené metody, které nevyžadují žádné speciální pomůcky nebo farmaka, bariérové metody, nitroděložní antikoncepci, gestagenní antikoncepci, kdy je kontinuálně aplikován progestin a kombinovanou hormonální antikoncepci, kdy je kontinuálně aplikován estrogen a progestin. Ireverzibilní metodou zábrany početí je sterilizace.

Indikace

Deficit informací v oblasti antikoncepce po porodu.

Definice standardu

Plánované rodičovství patří mezi základní lidská práva, která umožňují každé ženě svobodně se rozhodnout o počtu svých dětí a době jejich narození. Po sobě jdoucí těhotenství představují pro ženu zátěž jak po stránce fyzické, tak i po stránce psychické. Proto je důležitá edukace klientek po porodu o možnosti vhodných metod antikoncepce.

Cíl standardu

Cílem edukace je seznámit klientku s vhodnými metodami antikoncepce po porodu, poukázat na výhody a nevýhody plynoucí z jednotlivých metod, které se týkají aplikačního komfortu, výskytu nežádoucích účinků a cenové dostupnosti.

KRITÉRIA STRUKTURY

S1 Kompetentní osoby k výkonu

Lékař

Porodní asistentka

Porodní asistentka DiS.

Porodní asistentka Bc.

Porodní asistentka specialista v rozsahu získané specializace

S2 Pomůcky

Informační letáky

Informační brožury

Informační video

Makety (vzorky) dané antikoncepce

Plastové modely dané antikoncepce

Obrazový materiál

S3 Dokumentace

Záznam o edukaci

S4 Prostředí

Ordinace praktického gynekologa

KRITÉRIA PROCESU

Ošetřovatelský postup

PA = porodní asistentka

• před výkonem

P1 PA získá důvěru klientky.

P2 PA pomocí otázek nejprve zjistí, jaké má klientka dosavadní znalosti a zkušenosti v oblasti antikoncepce.

• při / během výkonu

P3 PA poučí klientku o možnostech výběru vhodné metody antikoncepce po porodu s ohledem na její věk, zdravotní stav, zda kojí či nekojí, zda plánuje v dohledné době další těhotenství, či si již další těhotenství nepřeje.

P4 PA klientku seznámí s mechanismem účinku vhodných metod antikoncepce.

P5 PA klientku seznámí s mírou spolehlivosti jednotlivých metod.

P6 PA vyjmenuje zásady správné aplikace.

P7 PA seznámí klientku s možnými příznivými, ale i nežádoucími účinky jednotlivých metod.

P8 PA demonstruje manipulaci a způsob zavedení dle předlohy v případě mechanických metod antikoncepce a seznámí klientku s péčí o tuto formu antikoncepce po použití.

P9 PA informuje klientku o cenové dostupnosti jednotlivých metod antikoncepce.

• po výkonu

P10 PA zodpoví otázky klientky.

P11 PA klientce klade vhodné otázky a zjišťuje tak její vědomosti.

Záznam do dokumentace

P12 PA provede záznam o edukaci do dokumentace.

Komplikace

Jazyková bariéra

Smyslová bariéra

KRITÉRIA VÝSLEDKU

V1 PA informovala klientku o vhodných metodách antikoncepce po porodu.

V2 PA seznámila klientku s mechanismem účinku a s mírou spolehlivosti jednotlivých metod.

V3 PA seznámila klientku s příznivými i nežádoucími účinky na organismus ženy plynoucí z jednotlivých metod antikoncepce.

V4 PA informovala klientku o cenové dostupnosti jednotlivých metod antikoncepce.

V5 PA klientce názorně ukázala manipulaci s mechanickou formou antikoncepce a seznámila ji s péčí o tuto formu po použití.

V6 PA provedla záznam o edukaci.

Literatura

1. ROB, L., MARTAN, A., CITTERBART, K. et al. *Gynekologie*. 2.vyd. Praha: Galén, s.r.o., 2008. 319 s. ISBN 978-80-7262-501-7.
2. JUŘENÍKOVÁ, P. *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a. s., 2010. 80 s. ISBN 978-80-247-2171-2.
3. KUBEROVÁ, H. *Didaktika ošetrovatelství*. 1.vyd. Praha: Portál, s.r.o., 2010. ISBN 978-80-7367-684-1.

Zpracovala

Falářová Eva – porodní asistentka

Zdroj: Vlastní návrh standardního ošetrovatelského postupu

Příloha 5 Vyhláška 55/2011 Sb.

Vyhláška č. 55/2011 Sb.

ze dne 14.3.2011,

o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků.

§ 5

Porodní asistentka

(1) Porodní asistentka vykonává činnosti podle § 3 odst. 1 a dále poskytuje a zajišťuje bez odborného dohledu a bez indikace základní a specializovanou ošetrovatelskou péči těhotné ženě, rodící ženě a ženě do šestého týdne po porodu prostřednictvím ošetrovatelského procesu. Přitom zejména může

a) poskytovat informace o životosprávě v těhotenství a při kojení, přípravě na porod, ošetření novorozence a o antikoncepci; poskytovat rady a pomoc v otázkách sociálně-právních, popřípadě takovou pomoc zprostředkovat,

b) provádět návštěvy v rodině těhotné ženy, ženy do šestého týdne po porodu a gynekologicky nemocné, sledovat její zdravotní stav,

c) podporovat a edukovat ženu v péči o novorozence, včetně podpory kojení a předcházet jeho komplikacím,

d) diagnostikovat těhotenství, předepisovat, doporučovat nebo provádět vyšetření nutná ke sledování fyziologického těhotenství, sledovat ženu s fyziologickým těhotenstvím, poskytovat jí informace o prevenci komplikací; v případě zjištěného rizika

předávat ženu do péče lékaře se specializovanou způsobilostí v oboru gynekologie a porodnictví,

e) sledovat stav plodu v děloze všemi vhodnými klinickými a technickými prostředky, rozpoznávat u matky, plodu nebo novorozence příznaky patologií, které vyžadují zásah lékaře, a pomáhat mu v případě zásahu; při nepřítomnosti lékaře provádět neodkladná opatření,

f) připravovat rodičku k porodu, pečovat o ni ve všech dobách porodních a vést fyziologický porod, včetně případného nástřihu hráze; v neodkladných případech vést i porod v poloze koncem pánevním; neodkladným případem se rozumí vyšetřovací nebo léčebný výkon nezbytný k záchraně života nebo zdraví,

g) ošetřovat porodní a poporodní poranění a pečovat o ženu do šestého týdne po porodu,

h) přejímat, kontrolovat, ukládat léčivé přípravky¹⁰⁾ a manipulovat s nimi a zajišťovat jejich dostatečnou zásobu,

i) přejímat, kontrolovat a ukládat zdravotnické prostředky¹¹⁾ a prádlo, manipulovat s nimi, a zajišťovat jejich dezinfekci a sterilizaci a jejich dostatečnou zásobu.

(2) Porodní asistentka může poskytovat bez odborného dohledu a bez indikace ošetrovatelskou péči fyziologickému novorozenci prostřednictvím ošetrovatelského procesu a provádět jeho první ošetření, včetně případného zahájení okamžité resuscitace.

(3) Porodní asistentka pod přímým vedením lékaře se specializovanou způsobilostí v oboru gynekologie a porodnictví může

a) asistovat při komplikovaném porodu,

b) asistovat při gynekologických výkonech,

c) instrumentovat na operačním sále při porodu.

(4) Porodní asistentka pod odborným dohledem porodní asistentky se specializovanou způsobilostí v oboru nebo všeobecné sestry se specializovanou způsobilostí v oboru, v souladu s diagnózou stanovenou lékařem může vykonávat činnosti podle § 4 odst. 1 písm. b) až i) při poskytování vysoce specializované ošetrovatelské péče.

(5) Porodní asistentka dále vykonává činnosti podle § 4 odst. 1, 3 a 4 u těhotné a rodící ženy, ženy do šestého

Příloha 6 Zákon 96/2004 Sb.

ZÁKON 96/2004 Sb.

ze dne 4. února 2004,

o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních).

§ 6

Odborná způsobilost k výkonu povolání porodní asistentky

- (1) Odborná způsobilost k výkonu povolání porodní asistentky se získává absolvováním
- a) nejméně tříletého akreditovaného zdravotnického bakalářského studijního oboru pro přípravu porodních asistentek,
 - b) tříletého studia v oboru diplomovaná porodní asistentka na vyšších zdravotnických školách, pokud bylo studium prvního ročníku zahájeno nejpozději ve školním roce 2003/2004,
 - c) střední zdravotnické školy v oboru ženská sestra nebo porodní asistentka, pokud bylo studium prvního ročníku zahájeno nejpozději ve školním roce 1996/1997.
- (2) Porodní asistentka, která získala odbornou způsobilost podle odstavce 1 písm. c), může vykonávat své povolání bez odborného dohledu až po 3 letech výkonu povolání porodní asistentky. Do té doby musí vykonávat své povolání pouze pod odborným dohledem.
- (3) Za výkon povolání porodní asistentky se považuje poskytování zdravotní péče v porodní asistenci, to je zajištění nezbytného dohledu, poskytování péče a rady ženám během těhotenství, při porodu a šestinedělí, pokud probíhají fyziologicky, vedení fyziologického porodu a poskytování péče o novorozence; součástí této zdravotní péče je také ošetrovatelská péče o ženu na úseku gynekologie. Dále se porodní asistentka ve spolupráci s lékařem podílí na preventivní, léčebné, diagnostické, rehabilitační, neodkladné nebo dispenzární péči.

(4) Pokud způsobilost k výkonu porodní asistentky získal muž, je oprávněn používat označení odbornosti porodní asistent.

(5) Praktické vyučování v oboru uvedeném v odstavci 1 písm. a) musí být prováděno v akreditovaném zařízení.

Zdroj: http://portal.gov.cz/wps/portal/_s.155/701?kam=zakon&c=96/2004 [1.4.2011]

Příloha 7 Edukační záznamový list

Edukační záznamový list Antikoncepce		Datum:
Jméno a příjmení:		
Téma edukace	Charakter edukace	Pomůcky k edukaci
<input type="checkbox"/> Metoda antikoncepce <input type="checkbox"/> Mechanismus účinku <input type="checkbox"/> Způsob aplikace <input type="checkbox"/> Míra spolehlivosti <input type="checkbox"/> Nežádoucí účinky <input type="checkbox"/> Cenová dostupnost <input type="checkbox"/> Jiné	<input type="checkbox"/> Základní <input type="checkbox"/> Komplexní <input type="checkbox"/> Reedukační Průběh edukace <input type="checkbox"/> Jednorázová <input type="checkbox"/> Průběžná	<input type="checkbox"/> Informační letáky <input type="checkbox"/> Informační brožury <input type="checkbox"/> Odborná literatura <input type="checkbox"/> Obrazový materiál <input type="checkbox"/> Model antikoncepce <input type="checkbox"/> Jiné
	Forma edukace	
	<input type="checkbox"/> Individuální <input type="checkbox"/> Skupinová	
	Metoda edukace	
	<input type="checkbox"/> Rozhovor <input type="checkbox"/> Přednáška <input type="checkbox"/> Názorná ukázka <input type="checkbox"/> Video	
Reakce na edukaci	Komunikační bariéra	Doporučení
<input type="checkbox"/> Verbalizuje pochopení <input type="checkbox"/> Ptá se <input type="checkbox"/> Prokazuje vědomosti <input type="checkbox"/> Odmítá výuku <input type="checkbox"/> Nezájem <input type="checkbox"/> Není schopna pochopit <input type="checkbox"/> Jiné	<input type="checkbox"/> Smyslová <input type="checkbox"/> Fyzická <input type="checkbox"/> Jazyková <input type="checkbox"/> Etnická <input type="checkbox"/> Psychická <input type="checkbox"/> Duchovní <input type="checkbox"/> Jiné	<input type="checkbox"/> Cíl splněn <input type="checkbox"/> Cíl splněn částečně <input type="checkbox"/> Cíl nesplněn <input type="checkbox"/> Nutno opakovat
		Podpis :

Zdroj: Vlastní návrh edukačního záznamového listu

Příloha 8 Pearlův index

Přehled antikoncepčních metod		
Antikoncepční metoda	Pearlův index	Poznámka
žádná	88	
přerušovaná soulož	20	
kondom	5	velmi závisí na zkušenosti muže
neplodné dny	5-10	podle konkrétní metody zjišťování neplodných dnů
spermicidní poševní čípky	5	
hormonální antikoncepce minipilulky	2	výrazná úloha lidského faktoru
kombinované hormonální tablety	0,5-1	výrazná úloha lidského faktoru
nitroděložní tělíska běžná	4	
nitroděložní tělíska hormonální	0,1	
podkožní implantáty	0,5-1	
injekční antikoncepce	<0,5	
antikoncepční náplasti	0,5	

Zdroj: BARTÁK, A. *Antikoncepce*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a. s., 2006. 132 s. ISBN 80-247-1351-9.

Příloha 9 Dostupné přípravky antikoncepce

(aktualizace 19.4.2011)

Kombinovaná perorální kontracepce	
<i>S estradiol valerátem</i>	
Qlaira (2 tbl. estradiol valerát 2 mg, 5 tbl. estradiol valerát 2 mg + dienogest 2 mg, 17 tbl. estradiol valerát 2 mg + dienogest 3 mg, 2 tbl. estradiol valerát 1 mg, 2 tbl. placebo)	
<i>S etinylestradiolem</i>	
<i>vysoká dávka EE (50 µg)</i>	progestiny s reziduální androgenní aktivitou monofázické
Gravistat 125 (EE 50 µg + levonorgestrel 125 µg)	
<i>nízká dávka EE (30–37,5 µg)</i>	progestiny s reziduální androgenní aktivitou monofázické
Microgynon (EE 30 µg + levonorgestrel 150 µg) Minisiston (EE 30 µg + levonorgestrel 125 µg)	
<i>nízká dávka EE (30–37,5 µg)</i>	progestiny s reziduální androgenní aktivitou trifázické
Trinordiol 21 (1. fáze: EE 30 µg + levonorgestrel 50 µg, 2. fáze: EE 40 µg + levonorgestrel 75 µg, 3. fáze: EE 30 µg + levonorgestrel 125 µg) Trinovum (1. fáze: EE 35 µg + norethisteron acetát 500 µg, 2. fáze: EE 40 µg + norethisteron acetát 750 µg, 3. fáze: EE 30 µg + norethisteron acetát 1000 µg) Triquilar (1. fáze: EE 30 µg + levonorgestrel 50 µg, 2. fáze: EE 40 µg + levonorgestrel 75 µg, 3. fáze: EE 30 µg + levonorgestrel 125 µg) Tri-Regol (1. fáze: EE 30 µg + levonorgestrel 50 µg, 2. fáze: EE 40 µg + levonorgestrel 75 µg, 3. fáze: EE 30 µg + levonorgestrel 125 µg) Tri-Regol 21+7 (má navíc 7 placebových tablet)	
<i>nízká dávka EE (30–37,5 µg)</i>	progestiny s minimální androgenní aktivitou monofázické
Cilest 21 (EE 35 µg + norgestimát 250 µg) Cilest 28 (navíc 7 placebových tablet) Femoden (EE 30 µg + gestoden 75 µg) Katya (EE 30 µg + gestoden 75 µg)	

Marvelon (EE 30 µg + desogestrel 150 µg) Minulet (EE 30 µg + gestoden 75 µg) Regulon (EE 30 µg + desogestrel 150 µg)	
<i>nízká dávka EE (30–37,5 µg)</i>	progestiny s minimální androgenní aktivitou trifázické
Milligest (1. fáze: EE 30 µg + gestoden 50 µg, 2. fáze: EE 40 µg + gestoden 70 µg, 3. fáze: EE 30 µg + gestoden 100 µg) Pramino 21 (1. fáze: EE 35 µg + norgestimát 180 µg, 2. fáze: EE 35 µg + norgestimát 215 µg, 3. fáze: EE 35 µg + norgestimát 250 µg) Pramino 28 (navíc 7 placebových tablet) Tri-Minulet (1. fáze: EE 30 µg + gestoden 50 µg, 2. fáze: EE 40 µg + gestoden 70 µg, 3. fáze: EE 30 µg + gestoden 100 µg)	
<i>nízká dávka EE (30–37,5 µg)</i>	progestiny s minimální androgenní aktivitou kombifázické
Gracial (1. fáze: EE 40 µg + desogestrel 25 µg, 2. fáze: EE 30 µg + desogestrel 125 µg)	
<i>nízká dávka EE (30–37,5 µg)</i>	progestiny s antiandrogenní aktivitou monofázické
Belara (EE 30 µg + chlormadinon acetát 2 mg) Diane-35 (EE 35 µg + cyproteron acetát 2 mg) Dienille (EE 30 µg + dienogest 2 mg) Chloe (EE 35 µg + cyproteron acetát 2 mg) Jeanine (EE 30 µg + dienogest 2 mg) Minerva (EE 35 µg + cyproteron acetát 2 mg) Vreya (EE 35 µg + cyproteron acetát 2 mg) Yadine (EE 30 µg + drospirenon 3 mg) (navíc antimineralokortikoidní aktivita)	
<i>velmi nízká dávka EE (20 µg)</i>	progestiny s minimální androgenní aktivitou monofázické
Artizia (EE 20 µg + gestoden 75 µg) Harmonet (EE 20 µg + gestoden 75 µg) Lindynette 20 (EE 20 µg + gestoden 75 µg) Logest (EE 20 µg + gestoden 75 µg) Lunafem (EE 20 µg + gestoden 75 µg)	

Mercilon (EE 20 µg + desogestrel 150 µg) Novynette (EE 20 µg + desogestrel 150 µg) Studette (EE 20 µg + gestoden 75 µg) Sunya (EE 20 µg + gestoden 75 µg)	
<i>velmi nízká dávka EE (20 µg)</i>	progestiny s reziduální androgenní aktivitou monofázické
Loette (EE 20 µg + levonorgestrel 0,1 mg) (+ 7 tablet placeba)	
<i>velmi nízká dávka EE (20 µg)</i>	progestiny s antiandrogenní a antimineralokortikoidní aktivitou monofázické
Yasminelle (EE 20 µg + drospirenon 3 mg) YAZ (EE 20 µg + drospirenon 3 mg) (+4 tablety placeba)	
<i>velmi nízká dávka EE (15 µg)</i>	progestiny s minimální androgenní aktivitou monofázické
Minesse (EE 15 µg + gestoden 60 µg) (+ 4 tablety placeba) Mirelle (EE 15 µg + gestoden 60 µg) (+ 4 tablety placeba)	
Kombinovaná parenterální kontracepce	
Evra (náplasti) (EE 600 µg + norelgestormin 6 mg) NuvaRing (vaginální kroužek) (EE 2,7 mg + etonogestrel 11,7 mg)	
Gestagenní kontracepce	
Azalia tablety (75 µg desogestrel) Cerazette tablety (75 µg desogestrel) Depo-Provera injekce (150 mg depotní medroxyprogesteron acetát) Implanon implantát (68 mg etonogestrel) Sayana injekce (104 mg medroxyprogesteron acetát)	
Nitroděložní gestagenní kontracepce	
Mirena (levonorgestrel 52 mg)	
Nitroděložní nehormonální kontracepce	
<i>inertní</i>	Goldlily Plastic
<i>s mědí</i>	Ancora de Cobre 250 Ancora de Cobre 375 Gyne-Fix Medusa normal

	Medusa mini Multiload 375 Cu T de Cobre 200 T de Cobre 380
<i>se slitinou mědi a zinku</i>	Silverlily Zinc
<i>se stříbrem</i>	Ancora de Plata 250 Goldring Medusa normal Goldring Medusa mini Silverlily T de Plata 200 T de Plata 375
<i>se zlatem</i>	Goldlily Goldlily Conditioned Goldlily Double Goldlily Exclusive T de Oro 375
Vaginální chemická kontracepce	
Patentex oval vaginální tablety Pharmatex vaginální globule Pharmatex vaginální krém	

Zdroj: <http://www.levret.cz/doskolovani/nesnaze/prusvihy/files/coc.htm> [30.4.2011]

Formát textu byl pro účely této práce upraven.

Příloha 10 Rozdělení perorální kombinované antikoncepce

Perorální kombinovanou hormonální antikoncepci (COC) rozdělujeme podle:

a) cyklicity

- monofázické preparáty (dávky estrogenů a gestagenů konstantní)
- bifázické preparáty (vyšší dávka gestagenu ve druhé polovině cyklu)
- trifázické preparáty (kombinace estrogenů a gestagenů napodobuje

fyziologický rytmus menstruačního cyklu, u těchto preparátů je možné několik dávkových kombinací)

b) dávky estrogenu

- s vysokou dávkou etinilestradiolu (50 µg)
- s nízkou dávkou etinilestradiolu (30 – 35 µg)
- s velmi nízkou dávkou etinilestradiolu (15 – 20 µg)

c) typu estrogenu (COC obsahující etinylestradiol)

d) typu progestinu

- COC obsahující progestiny s reziduálním androgenním účinkem
- COC obsahující progestiny s minimálním androgenním účinkem
- COC obsahující progestiny s antiandrogenním účinkem
- COC obsahující progestiny s antimineralokortikoidním účinkem.

Zdroj: ČEPICKÝ, P. et al. *Doporučení k předpisu kombinované hormonální kontracepce. Aktualizace 2005. In Moderní gynekologie a porodnictví – Doporučené postupy v gynekologii a porodnictví.* Praha: 2007, vol. 16, č. 1, str. 152-158. ISSN 1214-2093.

Příloha 11 Hormonální gestagenní antikoncepce – forma perorální



Zdroj: http://www.rxpark.com/index.php?main_page=index&cPath=12 [10.4.2011]



Zdroj: <http://lochneska.cz/antikoncepce-metody-druhy-anglie-zdarma> [10.4.2011]



Zdroj: <http://www.lekarnaave.cz/zbozi/5997001313619/azalia-75mcg-pot-tab-por-tbl-flm-28x75mcg> [10.4.2011]

Příloha 12 Hormonální gestagenní antikoncepce



Zdroj: <http://contraception.about.com/od/prescriptionoptions/ss/depoprovera.htm>
[10.4.2011]



Zdroj: http://www.bijtijds.nl/fit_en_gezond/article1414.ece [10.4.2011]



Zdroj: <http://drpinna.com/contraceptive-alert-unwanted-pregnancies-14455>
[10.4.2011]

Příloha 13 Hormonální kombinovaná antikoncepce



Zdroj: <http://tema.novinky.cz/antikoncepce> [10.4.2011]



Zdroj: <http://www.anticonceptivas.org/tag/evra-parches-prospecto?lang=cs>
[10.4.2011]



Zdroj: <http://red-angell.blog.cz/rubrika/typy-a-rady> [10.4.2011]

Příloha 14 Nitroděložní antikoncepce



Zdroj: <http://www.mylot.com/w/photokeywords/mirena.aspx> [10.4.2011]