

**JIHOČESKÁ UNIVERZITA V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH  
ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍ FAKULTA**

**ANTI-KONCEPCE OČIMA RODIČŮ A SPOLUPRÁCE S PORODNÍ  
ASISTENTKOU**

Bakalářská práce

Vedoucí práce:  
PhDr. Drahomíra Filausová

2011

Autor:  
Jana Šlincová

## **ABSTRAKT**

Contraception is one of the forms of negative parenthood planning which incorporates the effort and measures to regulate population and prevent unwanted pregnancy. At present there are a large number of modern contraception products but not each method is suitable for each woman or couple. Therefore, education in this issue is necessary, in particular for adolescent girls. Parents have the greatest influence on the sexual development of their child since they are the first and the most important teachers of sex education for their child. So it is important that the parents are educated in the field of contraception and are able to advise their daughters. Within the scope of nursing care, a midwife shall assist and educate women in selection of a suitable contraception.

The theoretical part is focused on contraception methods, the role of family in sex education and on the education of midwives.

The practical part addresses parents' awareness of contraception, and the chances of midwives to provide education in the area of planned parenthood and contraception. To handle the given issue, qualitative research in combination with quantitative research was selected.

The quantitative research was conducted in the form of anonymous questionnaires intended for parents of secondary-school girls. The qualitative research used the method of interviews with midwives in gynaecology-obstetrics offices in České Budějovice.

Four objectives and associated hypotheses and research questions were set. Objective 1: To ascertain the knowledge of parents concerning the methods, effects, reliability and other issues of contraception. Objective 2: To ascertain what criteria parents use to select the contraception for their children. Objective 3: To ascertain whether parents prefer information on contraception from a midwife in a gynaecologist's office to other information sources. Objective 4: To ascertain whether a midwife has a chance to inform parents of contraception methods within the scope of her educational activity. The objectives have been fulfilled.

Hypothesis 1: “Parents have information on contraception methods” has been confirmed. Hypothesis 2 and Hypothesis 3, namely that parents leave the decision in the matter of contraception to their child and that the main criterion for the selection of contraception is high reliability, have also been confirmed. Hypothesis 4: “Parents prefer information on contraception from other sources to the information from a midwife” has also been confirmed. The qualitative research has revealed that midwives are well-informed on the latest trends of contraception due to the frequent visits of gynaecologist’s offices by dealers of pharmacological companies. It also follows from the results that the provider of fundamental information is a medical doctor. Although the education in the area of planned parenthood and contraception falls within their competence, midwives do not play any significant role in education concerning this issue.

This bachelor thesis may serve as a source of information and a study material for further midwife students. The thesis may also be used as an educational material for midwives at work and for future users who think of using any of contraception methods.

### **Prohlášení**

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma „*Antikoncepce očima rodičů a spolupráce s porodní asistentkou*“ vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě- v úpravě vzniklé vypuštěním vyznačených částí archivovaných Zdravotně sociální fakultou elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejich 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 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 ..... 2011

.....  
Jana Šlincová

## **Poděkování**

Děkuji Phdr. Drahomíře Filausové za odborné vedení bakalářské práce, za ochotu, vstřícnost, cenné rady a čas, který mi věnovala při zpracování mé práce. Děkuji také ředitelům a ředitelkám středních škol za umožnění výzkumu na jejich školách.

V neposlední řadě bych chtěla poděkovat všem porodním asistentkám a rodičům, kteří se do výzkumného šetření zapojili.

## Obsah:

<b>Úvod .....</b>	<b>3</b>
<b>1 Současný stav .....</b>	<b>4</b>
1.1 Historie antikoncepce .....	4
1.2 Plánované rodičovství .....	6
1.3 Spolehlivost antikoncepce .....	7
1.4 Metody antikoncepce .....	8
1.4.1 Přirozené metody antikoncepce .....	10
1.4.2 Chemické metody antikoncepce .....	13
1.4.3 Bariérové metody antikoncepce .....	14
1.4.4 Intrauterinní antikoncepce .....	16
1.4.5 Hormonální antikoncepce .....	18
1.4.5.1 Kombinovaná hormonální antikoncepce .....	19
1.4.5.2 Gestagenní antikoncepce .....	20
1.4.5.3 Postkoitální kontracepce .....	21
1.4.6 Chirurgická sterilizace .....	22
1.5 Interrupce .....	23
1.6 Rodina .....	25
1.6.1 Rodina a její funkce .....	25
1.6.2 Úloha rodiny v sexuální výchově .....	27
1.7 Porodní asistentka .....	28
1.8 Edukace .....	30
1.8.1 Edukace v ošetrovatelství .....	32
1.8.1.1 Edukace porodní asistentkou .....	33
1.8.1.2 Fáze edukačního procesu porodní asistentky .....	35
<b>2 Cíle práce, hypotézy a výzkumné otázky .....</b>	<b>38</b>
2.1 Cíle práce .....	38
2.2 Hypotézy .....	38

2.3 Výzkumné otázky .....	38
<b>3 Metodika .....</b>	<b>39</b>
3.1 Použité metody .....	39
3.2 Charakteristika výzkumného souboru .....	39
<b>4 Výsledky .....</b>	<b>40</b>
4.1 Výsledky kvantitativního šetření .....	40
4.1.1 Interpretace výsledků kvantitativního šetření .....	40
4.2 Výsledky kvalitativního šetření .....	66
4.2.1 Kazuistiky respondentek .....	66
4.2.2 Sumarizace výsledků z kazuistik respondentek .....	77
<b>5 Diskuse .....</b>	<b>87</b>
<b>6 Závěr .....</b>	<b>101</b>
<b>7 Seznam použitých zdrojů .....</b>	<b>103</b>
<b>8 Klíčová slova .....</b>	<b>107</b>
<b>9 Přílohy .....</b>	<b>108</b>
9.1 Seznam příloh .....	108

## Úvod

Antikoncepce je dnes téměř běžnou součástí života žen i mladých dívek. Výrazně ovlivnila možnost plánovaného rodičovství a díky jejím možnostem se snížil počet umělých přerušení těhotenství. Cílem všech antikoncepčních metod je účinně zabránit nežádoucímu těhotenství. V současnosti rozdělujeme antikoncepční prostředky dle druhu na: přirozené, bariérové, chemické, hormonální, intrauterinní a zařazujeme sem i sterilizaci. Jednotlivé metody se vzájemně liší způsobem použití, spolehlivostí, specifickými zdravotními riziky, vedlejšími účinky a cenou. Doposud neexistuje ideální metoda, která by splňovala všechny tyto požadavky. Výběr je však tak široký že je každému jedinci dostupná vhodná a přijatelná metoda. Právě díky dostupnosti velkého množství moderních antikoncepčních přípravků je důležitá edukace uživatelů.

Problematika antikoncepce by měla být součástí výchovy k reprodukčnímu zdraví, která zahrnuje: sexuální výchovu, výchovu k manželství a rodičovství a také výchovu k odpovědnému partnerství. Výchova k reprodukčnímu zdraví by měla být poskytována již v dětství, kde jsou prvními a nejdůležitějšími učiteli rodiče. V oblasti sexuálního a reprodukčního zdraví nejen žen, ale i jejich rodin a celých komunit poskytuje a zajišťuje zdravotní poradenství a vzdělávání porodní asistentka.

Cílem této bakalářské práce je zjistit rozsah informací o antikoncepci u vybraného vzorku rodičů. Stanovit jejich kritéria při výběru antikoncepce pro své dcery a dále zjistit, jak významnou roli v oblasti edukace o antikoncepci pro ně má porodní asistentka. Také bych si chtěla ověřit, zda má porodní asistentka možnost edukovat rodiče o antikoncepci, neboť se domnívám, že zásadní informace týkající se této problematiky poskytuje lékař.



## 1 Současný stav

### 1.1 Historie antikoncepce

Snahy jak zabránit otěhotnění se objevily, jakmile lidé odhalili souvislost mezi pohlavním stykem a těhotenstvím.

*Téměř ve všech starověkých kulturách* byly používány techniky, jejichž cílem byla antikoncepce. Techniky starověkých kultur byly různorodé a existovalo mnoho pověr. V Indii byla plodnost potlačována zařikáváním, v Egyptě vykuřováním pochvy. V starověké Číně mělo ženu před početím na plných 5 let ochránit spolknutí 24 živých pulců chycených v předjaří, staří Řekové zase tvrdili, že žena předejde nechtěnému otěhotnění, pokud během menstruace třikrát plivne žábě do tlamy. Tyto primitivní metody moc efektivní nebyly a z našeho hlediska postrádají jakýkoliv antikoncepční účinek (1, 4).

První písemné záznamy o antikoncepčních metodách jsou dochovány v egyptských papyrech – Ebertsův a Petrieho papyrus, sepsaných kolem roku 1850 př.n.l. V těchto spisech se mimo jiné doporučuje před souloží aplikace krokodýlího trusu do vagíny. Obdobou této metody byla i pasta z medu a sloního trusu. Tyto metody však mohou mít racionální jádro, neboť v řadě těchto podivně vyhlížejících substancí jsou někdy obsaženy látky usmrcující spermie (1).

Další písemné záznamy o antikoncepčních metodách lze nalézt v Bibli, v mezopotamských tabulkách, indických eposech a ve spisech čínských autorů. Podle mytologie již biblický Onan, který si užíval s manželkou svého zemřelého bratra, prováděl coitus interruptus, pravděpodobně nejstarší a zároveň i nejhojněji používanou antikoncepci. Zmíněný biblický hrdina je tedy legendárním vynálezcem nejprostší antikoncepční metody. Vzhledem k nespolehlivosti této metody vyvstal brzy problém s účinnější ochranou. Ve vykopávkách ze starého Egypta objevili archeologové například jakousi obdobu nitroděložních tělísek, které Egyptanky používaly (1, 31).

*Středověk* mnoho nového v antikoncepci nepřinesl. Objevil se však počátek pánské antikoncepce, kdy se začaly používat prezervativy z přírodních materiálů. Jako vyhovující

tomuto účelu se ukázaly především ovčí střívka, nebo rybí měchýře. První skutečný kondom se podařilo vyrobit v roce 1564, kdy se na penis navléknulo pouzdro zhotovené z lněného plátna napuštěného olejem, do kterého se přidával zvláštní roztok proti infekci. Středověké ženy na tom byly s antikoncepcí mnohem hůř. Byl vynalezen pás cudnosti, což byla nepochybně velmi účinná antikoncepce (4).

*Od 18. století* začala společnost vyžadovat nový postup, který by před těhotenstvím chránil. Na počátku moderního přístupu k antikoncepci stojí německý lékař W. Mensinga, který v 19. století jako první pochopil, že pokud těhotenství ženu ohrožuje, nestačí ji nabádat, že nesmí otěhotnět, je třeba jí něco nabídnout. V roce 1882 německý lékař Hesse, vynalezl prostředek podobný tomu, který se používá i dnes a to gumový pesar. Mensinga tedy nebyl první kdo pesar vytvořil, ale zpopularizoval jej a proto je jeho jméno s touto metodou spojováno.

V první polovině 20. století se rozvoji a propagaci antikoncepce věnovaly speciální antikoncepční poradny, první založila v Anglii M. Stopesová roku 1921. První takovou poradnu v ČSR vedla od 30. let MUDr. Slámová v Praze (4).

Bouřlivý rozvoj metod ochrany před otěhotněním se datuje od začátku 60. let, kdy se odvážili biologové Gregory Pincus a H.C.Chang s porodníkem Johnem Rockem přijít na trh s první kombinovanou antikoncepční pilulkou s názvem Enovid. Objevili se i první přípravky gestagenní antikoncepce, injekční Depo-Provera a „minipilulka“ Nacenyl. Rovněž intrauterinní antikoncepce zažila na přelomu 50. a 60. let bouřlivý rozvoj (1, 4).

*V dnešní době* jsou na trhu moderní antikoncepční přípravky tří skupin.

První skupinou je kombinovaná hormonální antikoncepce, s různou dávkou estrogeneru a s různými progestiny, což umožňuje individuální výběr. Existují ve formě tablet, náplastí, injekcí a v podobě vaginálního tělíska. Další skupinou je gestagenní antikoncepce, která obsahuje pouze hormon žlutého tělíska. Předepisují se jako tzv. minipilulky v různých lékových formách, jako injekce nebo v podobě podkožních tělísek. Poslední skupinou je nitroděložní antikoncepce – používá se s mědí nebo v podobě

hormonálních nitroděložních tělísek. Bariérové metody, s výjimkou kondomu, ztrácejí oblibu (4).

## ***1.2 Plánované rodičovství***

Plánovaným rodičovstvím se rozumí snaha páru, aby otěhotnění a porod nastaly v optimálním období pro partnerský pár, rodinu z nejrůznějších důvodů, nebo naopak z nejrůznějších důvodů těhotenství zabránit. Možnost a právo svobodně se rozhodnout o počtu svých dětí by mělo být umožněno každé ženě.

Populační exploze v nejlidnatějších rozvojových oblastech světa je prioritním problémem současnosti. Jedinou možností jejího řešení je postupné zavádění metod plánovaného rodičovství do zemí s největším přirozeným přírůstkem obyvatelstva. Těhotenství není žádoucí ve špatných ekonomických, zdravotních a hygienických podmínkách. Proto jsou moderní metody plánovaného rodičovství nezastupitelné (20, 31, 35)

Plánované rodičovství dělíme do dvou skupin:

Jako *pozitivní plánované rodičovství*, které zahrnuje opatření státu, společnosti, partnerského páru vedoucí ke zvýšení populace a ve zlepšení sociálních a ekonomických podmínek pro rodičovství v rámci rodiny. Vhodné je zejména ve společnostech s nízkou porodností. Partnerské páry je třeba motivovat k pozitivnímu postoji k rodičovství, aktivně podporovat rodiny s dětmi. Těhotenství je žádoucí tehdy, je-li dobrá ekonomická situace a zdravotní stav partnerů. Z toho vyplývá i péče o neplodné manželské páry.

A jako druhé *negativní plánované rodičovství*, které zahrnuje snahu a opatření v regulaci počtu obyvatelstva a zamezení nežádoucímu těhotenství. Vhodná je ve společnostech s vysokým populačním přírůstkem a hrozícím přelidněním. Mezi metody omezování porodnosti patří antikoncepce, sterilizace a umělé ukončení těhotenství. Pro negativní plánování rodičovství je nejvýhodnější rozšiřování metod antikoncepce na úkor snižování počtu umělých ukončení těhotenství. Interrupce jsou zdravotně a eticky nejméně akceptabilním prostředkem regulace plodnosti (20, 31, 35).

Ve všech civilizovaných zemích světa je plánované rodičovství považováno za základní lidské právo. OSN zahrnuje do Všeobecné deklarace lidských práv, právo naplánovat si počet svých dětí a dobu jejich narození, na mezinárodní konferenci konané v Teheránu v dubnu a v květnu v roce 1968. Toto právo pak bylo ještě potvrzeno a rozšířeno na 1. Světové konferenci, konané v Bukurešti v roce 1974: „Všechny dvojice a jednotlivci mají základní právo rozhodovat svobodně a zodpovědně o počtu svých dětí a 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 (38, s.34).“ Toto prohlášení bylo schváleno 136 státy včetně České republiky. V roce 1991 byla v České republice založena Společnost pro plánování rodiny a sexuální výchovu (SPRSV), jde o nevládní nevydělečnou organizaci zabývající se podporou populačního zdraví a plánování rodiny jako základního lidského práva. Vykonává nezastupitelnou roli garanta v uskutečňování zásad sexuálního a reprodukčního zdraví. Podporuje výchovu k plánování rodiny, k partnerským vztahům a k rodinnému životu včetně výchovy sexuální, pomáhá při přípravě pedagogů, psychologů, lékařů a dalších odborníků v oblasti plánování rodiny a sexuální výchovy (35).

### ***1.3 Spolehlivost antikoncepce***

K hodnocení spolehlivosti antikoncepčních metod se využívají dvě metody. Jedna z metod spolehlivosti antikoncepce se vyjadřuje většinou číslem, takzvaným těhotenským číslem neboli Pearlovým indexem. Tuto metodu popsal v roce 1932 americký biolog Raymond Pearl. Jde o jeden ze způsobů matematického vyjádření spolehlivosti antikoncepce. Jedná se o číslo, které nám říká, kolik žen ze 100 uživatelů při užívání určité kontracepční metody neplánovaně otěhotní v průběhu 1 roku (příloha 2). Způsob výpočtu:

$$\text{Pearl-Index} = \frac{\text{Celkový počet neplánovaných těhotenství}}{\text{Celkový počet měsíců užívání}} \cdot 12 \cdot 100$$

Do této statistiky se pochopitelně zahrnují pouze ty ženy, které jsou riziku otěhotnění vystaveny. Hodnota Pearlova indexu pro pár, neužívající žádnou metodu kontracepce, se pohybuje okolo čísla 88. Jinak řečeno, při snaze o těhotenství otěhotní během jednoho roku 88 žen ze 100. Pokud pár nějakou metodu užívá, těhotenské číslo se pohybuje podle metody od 0,1 do 20. Metoda je tím spolehlivější, čím je číslo nižší. Spolehlivá antikoncepce by měla vykazovat těhotenské číslo nižší než 5 (1, 2, 33, 38).

Další technikou hodnocení spolehlivosti je metoda life-table. Tato metoda zohledňuje spolehlivost kontracepční metody v závislosti na délce jejího užívání. Ve sledované skupině se vypočítává pravděpodobnost početí pro každý měsíc a pak kumulativní (součtovou) pravděpodobnost pro 12 (nebo podle potřeb 6 či 18, 24 atd.) měsíců používání. Sledování je třeba provádět dostatečně dlouho. Metoda life-table hodnotí kromě vlastní spolehlivosti také výskyt vedlejších nežádoucích účinků (2, 33).

Při hodnocení spolehlivosti antikoncepce je třeba brát zřetel na interakce s jinými léky, zhoršené vstřebávání účinné látky v důsledku gastrointestinálních onemocnění, ale především chyby v užívání. Proto, aby antikoncepce byla spolehlivá, je nutná zodpovědnost uživatele a bezchybnost v užívání antikoncepční metody. Spolehlivost každé metody stoupá s délkou užívání.

Riziko selhání antikoncepce je výrazně sníženo současným použitím více metod. Menší riziko selhání také vykazují metody, u kterých je téměř vyloučena možnost chyby uživatele jako: sterilizace, injekce, podkožní tyčinky, nitroděložní tělísko (2, 38).

#### ***1.4 Metody antikoncepce***

Jedním z cílů plánovaného rodičovství je rozšiřování metod antikoncepce a v indikovaných případech sterilizace na úkor snižování počtu umělých ukončení těhotenství. Nejde jen o důvody etické, ale zejména zdravotní. Předcházení těhotenství má daleko méně negativních účinků na organismus ženy než ukončení nechtěného těhotenství (15, 31).

Aktuálně máme k dispozici velké množství antikoncepčních metod. Je ale nutno poznamenat, že žádná z těchto metod není 100% a pro každou ženu nebo každý pár je vhodná určitá metoda. Výběr metody je závislý na následujících faktorech:

Na spolehlivosti metody, která je více rozvedena v kapitole 1.3 s názvem: Antikoncepční spolehlivost. Výběr je závislý na bezpečnosti metody, která je hodnocena podle výskytu nežádoucích vedlejších účinků na organismus uživatele. Dále na aplikačním komfortu, kdy, čím jednodušší je způsob používání, tím kladněji je metoda hodnocena. Na pozitivních vedlejších účincích, jakými mohou být: snížení výskytu zánětu vaječnicků a vejcovodů, snížení výskytu rakoviny vaječnicků a dělohy, snížení intenzity menstruačního krvácení a výskytu premenstruačního syndromu, zmírnění výskytu akné, zlepšení kvality vlasů a menší výskyt osteoporózy. Výběr metody také závisí na prožitku pohlavního styku, který je u každého člověka individuální. Existuje také řada psychických zábran. Některé antikoncepční metody jsou z psychického hlediska uživatelů nerealizovatelné. Určité náboženské a etické postoje mají také vliv na výběr antikoncepce. Ateisté to mají s výběrem jednoduché, závisí na jejich rozhodnutí. Pro katolickou církev je však jakákoli umělá forma antikoncepce morálně nepřijatelná vč. prezervativu a přerušované soulože, vyjma metody sledování plodných a neplodných dnů. Židé jsou v otázce antikoncepce nejvíce benevolentní. Korán zabraňování početí nezakazuje, užití antikoncepce závisí na dohodě manželů. Ve výběru metody antikoncepce se také uplatňuje určitý věk, pro který je stanovená antikoncepce vhodná. Jiné nároky jsou kladené dospívající dívkou, jiné ženou ve fertilním věku. Jiná metoda je vhodná pro ženu zatím bezdětnou, jiná pro ženu, která svoji reprodukční funkci ukončila. Uplatňuje se zde tedy i faktor plánování dalšího těhotenství. Četnost pohlavních styků hraje také důležitou roli při výběru antikoncepce. Zvýšený počet sexuálních partnerů, tedy promiskuita má vliv na výběr antikoncepce, zde je antikoncepce zaměřena mimo hlavní důvod zábrany početí, převážně na ochranu před pohlavními nemocemi. Při výběru antikoncepční metody je nutné zjištění celkových a lokálních onemocnění. Některá onemocnění vylučují použití určitého typu antikoncepce. I dostupnost lékařské péče s čímž souvisí i nutnost lékařské kontroly je jedním z faktorů výběru. Určité

antikoncepční metody vyžadují lékařské vyšetření, či častější prohlídky u lékaře. A v neposlední řadě zde hraje určitou roli i cena antikoncepčního preparátu, která se druh od druhu liší. Přírozené metody antikoncepce nevyžadují oproti např. hormonální antikoncepci žádné finanční náklady (16, 31, 38).

V současnosti lze antikoncepci rozdělit podle mnoha kritérií. Podle pohlaví na kontracepční metody ženské a mužské. Podle dostupnosti na metody, které vyžadují lékařskou účast a metody volně dostupné. Podle délky působení kontracepci rozdělujeme na metody dočasné a metodu trvalou (sterilizace) a podle druhu použitého kontracepčního prostředku (příloha 3) na přírozené metody antikoncepce, chemické metody antikoncepce, bariérové metody antikoncepce, intrauterinní a hormonální antikoncepce, v neposlední řadě sem zařazujeme i chirurgickou sterilizaci (15).

#### ***1.4.1 Přírozené metody antikoncepce***

Výhody těchto metod spočívají v jejich přirozenosti a v absenci vedlejších účinků, nemají také žádné absolutní kontraindikace, ovšem vyznačují se malou mírou spolehlivosti a vysokými nároky na techniku provedení a sebekontrolu. Žádná z těchto metod nechrání před pohlavními nemocemi. Jsou vhodné pro ženy, které z náboženských nebo jiných důvodů odmítají jinou antikoncepci. Mezi tyto metody zařazujeme přerušovaný styk a příbuzné metody založené na periodické sexuální abstinenci (31).

*Přerušovaný styk*, neboli coitus interruptus je metoda nejstarší, nejlevnější, nevyžadující žádné pomůcky a je dostupná prakticky vždy. Jde o předčasné vysunutí pohlavního údu z pochvy ještě před ejakulací. Tato metoda byla popsána už v bibli v 1. knize Mojžíšově. Užíval ji již zmíněný Onan, který nechtěl zplodit potomka se svou ovdovělou švagrovou. Přerušovaný styk je ovšem antikoncepce nejméně spolehlivá, protože již před ejakulací se může objevit malé množství předejakulační tekutiny, která často obsahuje malé množství spermií. Také opakovaný pohlavní styk tuto metodu dělá ještě méně spolehlivou. Přerušovaný styk vyžaduje také značnou sebekázeň muže, může selhat odhad blížící se ejakulace. Pearl index je 8-38. Výhrady mají převážně sexuologové,

neboť sexuální prožitek je narušen a není plně využit. I přes tyto vyjmenované nevýhody jde o metodu velmi rozšířenou (5, 9, 15, 33, 38).

„Více než polovina mladých lidí uvádí, že přerušovaná soulož je jejich jedinou ochranou před nechtěným těhotenstvím při jejich prvním pohlavním styku“ (38, s.47).

K dalším však méně používaným metodám patří: *coitus reservatus*, kdy během styku u muže nedojde vůbec k vyvrcholení. Dále *coitus saxonicus*, technika kdy před ejakulací stiskne partnerka mužův penis a tak zabrání vystříknutí semene. Nastává tzv. retrográdní ejakulace do močového měchýře. Metodu je třeba nacvičit předem při onanii a i tak je ještě nespolehlivější než přerušovaný styk. A poslední *coitus ante nortas*, je pohlavní styk do poševní předsíně, před panenskou blánu. Metoda nemá prakticky žádný antikoncepční efekt a v žádném případě ji nelze doporučit ani jako nouzové opatření (5).

Známou přirozenou metodou antikoncepce je tzv. Knaus - Oginova metoda. Základem této metody je vyhnout se pohlavnímu styku v době ovulace, která nastává 14 dní před začátkem dalšího menstruačního krvácení, spermie mají životnost 48 hodin a vajíčko je možno oplodnit 24 hodin. Odhadování doby ovulace, tím i plodného období ženy, zavedli v roce 1929 Rakušan Knaus a 1930 Japonec Ogino. Jedná se o tzv. využití neplodných dnů. Předpokládá se zde sledování délky menstruačního cyklu. Aby byla tato metoda skutečně spolehlivá, je zapotřebí zcela pravidelná perioda. Tato metoda se dnes jako antikoncepce nedoporučuje, jde o velmi nespolehlivou metodu. Literatura udává překvapivě vysoký Pearl index 1-3, ale také 14-40 (9, 20).

Předpokladem je sledování délky menstruačního cyklu po 12. kalendářních měsících a určení nejkratšího a nejdelšího cyklu. Výpočet plodných a neplodných dnů vypočteme dle následujícího vzorce:

Od nejkratšího cyklu odečteme 18. dnů = první plodný den

Od nejdelšího cyklu odečteme 11 dnů = poslední plodný den

Př. Nejkratší cyklus trval 25. dní –  $25-18=7$  – prvním plodným dnem je 7. den cyklu. Nejdelší cyklus trval 32. dní –  $32- 11=21$  – posledním plodným dnem je 21. den cyklu. Pokud je rozdíl mezi nejkratším a nejdelším cyklem 10 dnů, je tato metoda



nepoužitelná. Tuto metodu lze zpřesnit měřením bazálních teplot. Pearl index se uvádí 5-10 (31).

Další přirozenou metodou antikoncepce je zmíněná metoda *měření bazální teploty*. Metoda využívá zvýšení bazální teploty po ovulaci v důsledku termogenního efektu progesteronu, hormonu žlutého tělíska. Těsně před ovulací bazální teplota lehce poklesne a po ovulaci se zvýší o 0,2-0,5 °C. Tato teplota trvá až do konce cyklu. Vhodné je si teploty zaznamenávat do menstruačního kalendáře (příloha 4). Neplodné dny začínají čtvrtým dnem po tzv. rozhodujícím vzestupu teploty, od této doby je tedy možno provozovat nechráněný styk. Předpokladem spolehlivosti této metody je pravidelné měření bazální teploty ráno po probuzení (minimálně po 6 hodinovém spánku) v pochvě, ale může i v ústech nebo konečníku, vždy však na stejném místě, ve stejnou hodinu a před pohlavním stykem za použití stále jednoho a téže teploměru (7, 9, 20, 27, 31, 33).

Přirozenou antikoncepcí je i známá *Billingsova metoda*, která využívá k diagnostice plodných a neplodných dnů sledování změn v množství a konzistenci cervikálního hlenu v období ovulace. Hlenová metoda vychází z poznatku, že během menstruačního cyklu se mění množství a charakteristika hlenu přítomného ve vulvě. V preovulační sterilní fázi je hlenu málo, je-li přítomen, je hustý. Tato konzistence znamená neplodnou fázi cyklu. Fertilní fáze začíná, když se objeví první známky vlhkosti poševního vchodu. Je charakterizovaná postupným přibýváním hlenu působením estrogenů. Hlen se postupně stává řidším, vodnatějším s větší tažností. Poslední den, kdy se tento typ hlenu objeví, je nejplodnější. Po ovulaci pod vlivem progesteronu se struktura hlenu náhle mění, je ho opět málo a je vazký. Tři dny po té začínají neplodné dny. Tato metoda je brána za velmi nespolehlivou a kontrola hlenu se musí provádět denně. Pearl index se pohybuje od 0,4 po 39,7 (9, 27, 31, 33).

Do přirozených metod antikoncepce také řadíme *změny krystalizace slin*. Touto metodou sledujeme pomocí laboratorního mikroskopu změnu koncentrace solí ve slinách. Metoda je postavena na skutečnosti, že plodné a neplodné dny se projevují změnou množství hormonu estrogeneru a tím i změnou koncentrace solí ve slinách. Přibližně 3 až 4

dny před uvolněním vajíčka mění sliny struktury na krystalickou, která asi 2-3 dny po ovulaci zmizí. Metoda je známá už poměrně dlouho a používaná hlavně na klinikách zabývajících se léčbou a výzkumem neplodnosti.

Další metodou je *sledování změn děložního čípku* (příloha 5). Bezprostředně po menstruaci je děložní čípek tvrdý asi jako nosní chrupavka. Před ovulací měkne, vytahuje se nahoru, proto je také obtížněji dosažitelný, branka se pootevívá. Po ovulaci opět tvrdne, klesá dolů a branka se uzavírá (33, 38).

Používá se také *symptotermální metoda*, jde o tři metody v jednom. Metoda je založena na poznacích měření bazálních teplot a sledování několika tělesných příznaků v průběhu menstruačního cyklu, a to změny hlenu v děložním hrdle a změny na děložním čípku. Právě sledování několika různých příznaků na jednou se tato metoda stává nejspolehlivější z přirozených metod antikoncepce. Pearl index se uvádí až 0,2 (20).

#### **1.4.2 Chemické metody antikoncepce**

Jedná se o lokální nehormonální antikoncepci známou také jako spermicidní látky. Dostupné jsou ve formě krémů, želé, čípků, vaginálních tablet nebo tampónů a nejnověji jako antikoncepční pěna. Tyto látky působí imobilizaci spermií a zkracují jejich životaschopnost. V České republice jsou na trhu k dispozici 2 přípravky. Po léta byl dostupný pouze Patentem Oval, který obsahuje látku nonoxynol 9. Ten byl v současné době nahrazen preparátem s lepšími vlastnostmi – Pharmatexem, který obsahuje novější spermicid nové generace obsahující látku benzalkonium chlorid. Právě benzalkonium chlorid působí rovněž na stěnu mikroorganismů a narušuje ji. Není účinný proti *Lactobacillu* a nenarušuje tak přirozenou poševní floru. Tímto novým přípravkem se snížily počty nežádoucích vedlejších účinků, zejména podráždění poševní sliznice. Pearl index je 0,68 – 2,6. Výhodou spermicidů je jednoduchá aplikace, není nutná lékařská kontrola a jsou volně prodejné. Nevýhodou je nutnost zavádět spermicidy do pochvy před pohlavním stykem a jejich relativně krátký účinek, maximálně 10 hodin. Hlavní nevýhodou je menší spolehlivost. Častěji se používají s nějakou bariérovou metodou. (1, 8, 38).

### ***1.4.3 Bariérové metody antikoncepce***

Bariérové metody antikoncepce zabraňují průniku spermie do dutiny děložní. Dělíme je na mužské – kondom a ženské – pesary, femidom.

Z bariérových metod antikoncepce je nejznámější *kondom*. Kondom neboli prezervativ patří k mužské bariérové antikoncepci a zároveň také k nejtypičtější a nejvýznamnější bariérové antikoncepci vůbec. Nasazuje se na ztopořený pohlavní úd před pohlavním stykem a odstraňuje se po jeho ukončení. Zabraňuje průniku spermií do rodidel ženy a tím k setkání spermie a vajíčka. Kondomy se vyrábějí převážně z latexu, nyní jsou již v ČR k dispozici i kondomy vyrobené z polyuretanu. Polyuretanový kondom vydrží až třikrát větší zátěž než běžný kondom latexový, je naprosto jemný a tenký, jeho další výhodou je průhlednost a nepřítomnost jakéhokoliv zápachu. V literatuře jsou kondomy uvedeny jako třetí nejčastěji používaná antikoncepce. Literatura také udává, že dnešní roční světová produkce dosahuje asi 8,5 bilionu kusů. Používání kondomu je nejvhodnější metodou u sexuálně aktivních dospívajících. Jednak brání nežádoucímu těhotenství, avšak nejpodstatnější význam má v ochraně přenosu pohlavních chorob především HIV. Zde má kondom nezastupitelné místo a jde o jednu z jeho nejhlavnějších výhod. Další výhodou je nízká cena, žádná nutnost lékařské kontroly a také nemá vedlejší účinky. Jedinou kontraindikací je alergie na latex, které se lze snadno vyhnout používáním polyuretanových kondomů, které mohou používat i ti jedinci, kteří jsou na klasické latexové kondomy alergičtí, díky absenci latexu. Spolehlivost kondomu je Pearlovým indexem vyjádřena v rozmezí 2-14, závisí však na správném užívání, na zkušenostech muže a ve vědomostech, že latexový kondom nesmí přijít do styku s mastnými přípravky (krémy, oleje, pleťová mléka) V každém balení kvalitních kondomů je příbalový leták (příloha 6), který názorně popisuje správné použití kondomu. (1, 8, 9, 20, 31, 32, 38).

Latexové kondomy jsou k dostání v nejrůznějších provedeních a velikostech, tvarech i barvách, s povrchovou úpravou, s příchutěmi či s vůní, suché nebo zvlhčené silikonovým olejem s příměsí spermicidních látek. Na našem trhu je mnoho firem,

nabízející tyto produkty např. Durex, Pepino. Polyuretanové kondomy jsou u nás k dostání od firmy Sagami v internetových obchodech, např. [www.ekondomy.cz](http://www.ekondomy.cz) (8, 32).

Ženskou bariérovou metodou antikoncepce je *vaginální pesar*. Známý je také pod názvem diafragma. Vypadá jako gumový klobouček, je vyroben z latexu nebo ze silikonu, zavádí se do poševní klenby, mezi stydkou a křížovou kost, tak aby překrýval hrdlo děložní. Velikost pesaru bývá 60-105 mm. Potřebnou velikost určuje lékař, který ženě poskytne technické informace. Tento pesar se zavádí před pohlavním stykem a je vhodná jeho kombinace se spermicidními prostředky. Po styku by měl být přítomen alespoň 6 hodin. V pochvě jej lze ponechat nejdéle 24 hodin. Kromě překážky pro spermie představuje diafragma také překážku pro choroboplodné zárodky nemocí a výhodou je i to, že po omytí a osušení se diafragma může znovu použít. Nevýhodou je vysoká míra selhání, zavádění před stykem, někdy i dráždění a pocit tlaku v místě zavedení. Kontraindikací jsou vaginální a urogenitální záněty, stavy po vaginálních operacích, anatomické abnormality pochvy a alergie na gumu. Pearl index je 1-20 (8, 15, 18, 38).

Další bariérovou metodou určenou pro ženy je cervikální pesar. Jedná se o gumový, latexový nebo umělohmotný klobouček tvarem odpovídající děložnímu čípku. Klobouček se nasazuje přímo na děložní čípek, čímž se zakryje zevní branka a spermiím je znemožněna cesta k vajíčku. K jeho používání je taktéž vhodná kombinace se spermicidy. Touto kombinací je navíc zvyšována jeho účinnost a Pearlův index je proto udáván číslem 6. Stejně jako u vaginálního pesaru je při výběru velikosti a první aplikaci nutná konzultace s lékařem. Cervikální pesar lze ponechat v pochvě až 3 týdny. Opakovaně jej lze používat nejdéle 2 roky, jeden klobouček je tedy určen i pro více použití. Kontraindikací jsou cervicitida, vaginální endometrióza, stav po konizaci, alergie na gumu, ale i výrazné trhliny a jizvy po porodu a některé abnormální tvary čípku (8, 35).

V současné době nejsou vaginální a cervikální pesary pro malý zájem žen na našem trhu běžně dostupné (9).

A v neposlední řadě byly, vedle klasických mužských kondomů, v 90. letech minulého století vyvinuty i kondomy pro ženy tzv. *femidomy*. Jsou vyrobeny z polyuretanu

se zesíleným vnějším okrajem, který se upevňuje na introitus, a s vnitřním okrajem, který se uchycuje na děložní čípek stejně jako vaginální pesar. Tato metoda je ženami používaná nejčastěji v případě, kdy se jí nedaří partnera přesvědčit k užití kondomu a přesto se chce chránit před šířením infekce. Hlavní výhodou tedy je, že její žena může ke své ochraně použít bez souhlasu muže, a dále jde o první ženu kontrolovanou metodu s výraznou prevencí před pohlavními nemocemi. Větší oblíbenosti u nás prozatím nezískaly a obvykle je jejich koupě možná pouze v sexshopech (33, 38).

#### ***1.4.4 Intrauterinní antikoncepce***

Pro intrauterinní antikoncepci se užívá zkratka IUD z anglického překladu Intrauterine Device. U nás se vžil název DANA, podle jména prvního českého tělíška. Jde o metodu zavedení tělíška do dutiny děložní. IUD bylo navrženo v roce 1920 německým gynekologem Gräfenbergem, vytvořil jej ze slitiny mědi, niklu a zinku. V roce 1934 tělíško vylepšil Japonec Oto, a protože byla vysoká poptávka po spolehlivé antikoncepci, začala se IUD rozvíjet dále (3, 38).

Dnes se vyrábějí tělíška různých tvarů a jsou vyrobená z plastické hmoty, která obsahuje některé kovy, např. měď, zinek, stříbro, eventuálně i hormony, např. progesteron. IUD zabraňují uhnízdění vajíčka v děloze a antikoncepční účinek zvyšuje přidaná látka, jež se z nosiče pomalu a pravidelně uvolňuje a tak likviduje spermie nebo alespoň omezí jejich mobilitu. Tvary tělíšek jsou různé a pro antikoncepční účinek nemají velký význam, spíše jde o to, aby se přizpůsobila tvaru dělohy a bylo snadné jejich zavedení. Nitroděložní tělíško umísťuje do dělohy lékař v ambulanci po důkladné gynekologické prohlídce a po vyléčení případného onemocnění. Zavádějí se nejvýše na 5 let a pak po krátké pauze, v níž proběhnou 2-3 menstruační cykly, se zavede tělíško nové. Pokud si žena přeje otěhotnět, lze tělíško kdykoli odstranit. Tato metoda antikoncepce není vhodná pro dospívající dívky, protože může ohrozit její reprodukční zdraví. Nejvhodnější je u žen, které již rodily a plánují další dítě po delším období, dále u kojících matek, protože neovlivňuje tvorbu ani složení mateřského mléka. V současné době jsou tělíška obvykle tvaru písmena T a jsou

opatřena vlascem, který vyčnívá hrdlem do pochvy, díky kterému se dá tělísko v případě potřeby snadno vytáhnout. Existují dva druhy nitroděložních tělísek, s dávkou mědi (IUD) nebo nitroděložní tělísko s hormonem, levonorgestrem (LNG-IUS) (1, 3, 8, 20, 38).

IUD je tělísko s příměsí mědi, která negativně působí na implantaci vajíčka. Je doporučována při přání reverzibilní, dlouhodobé, efektivní kontracepční metody přiměřené ceny, u multipary, kojící matky, u kontraindikací hormonální antikoncepce. Hlavní výhodou tělísek s mědí je jednoduchost užívání a jejich cena, která je nejnižší ze všech moderních antikoncepčních metod. Zdravotní výhody nemají. Pearlův index u této metody je 4 (3, 5, 8).

LNG-IUS je kombinace nitroděložního tělíska a gestagenní antikoncepce. Jde o nitroděložní hormonální systém s levonorgestrem pod názvem Mirena. Levonorgestrel působí na cervikální hlen, který se stává vazkým a pro spermie nepropustným a dále brzdí růst děložní sliznice, proto stoupá možnost, že po roce po zavedení až do doby odstranění tělíska, žena přestane menstruat. Mirena je výslovně vhodná ve většině případů, kdy je kombinovaná hormonální antikoncepce kontraindikována např. u ženy s anamnézou tromboembolické nemoci. Kontraindikací jsou vrozené vady dělohy a karcinom prsu. LNG-IUS vykazuje jednu z nejvyšších antikoncepčních spolehlivostí vůbec, Pearlův index je asi 0,1, právem se tedy označuje za antikoncepci 21. století (1, 3, 18, 38).

Nitroděložní tělísko zavádí gynekolog ambulantně. Zavádí se za zachování všech zásad aseptiky po vyšetření ženy v zrcadlech, kolposkopii, onkologické cytologii, vyšetření mikrobiálního obrazu poševního (MOP), eventuálně vyšetření leukocytů a sedimentace erytrocytů. Zavádí se při menstruaci vzhledem k mírnému otevření děložního hrdla, nicméně při uzavřeném děložním hrdle lze provést dilataci. Zavést lze také bezprostředně po porodu placenty, po císařském řezu nebo do 48 hodin po porodu. Žena s IUD musí být pravidelně dispenzarizována. Kontraindikace zavedení IUD jsou zánětlivé procesy v malé pánvi, prekancerózy hrdla a těla děložního, metroragie nejasného původu, vrozené vývojové vady dělohy, myxomatózní uterus, diabetes mellitus a podezření na graviditu (8, 15, 31, 38).

IUD mají také časté komplikace. U nitroděložního tělíska s mědí jsou komplikace převážně místního charakteru: nepravidelné, někdy silné krvácení a špinění, objevuje se častěji mimoděložní těhotenství (GEU). Největším nebezpečím je možnost zánětlivých onemocnění, zánět vejcovodů a vaječnicků, které mohou vést až k zánětlivé pánevní nemoci, která ohrožuje ženu na životě. Tělíska s hormonem sice zahušťují hlen v hrdle, tím vzestup infekce blokují, v žádném případě však nejsou dokonalou zábranou infekce (15, 38).

#### ***1.4.5 Hormonální antikoncepce***

Hormonální antikoncepce je u nás nejrozšířenější spolehlivou metodou zábrany početí. Mechanismus účinku hormonální antikoncepce je komplexní, působí na několika úrovních reprodukčního systému. Nejvýznamnějším efektem je ovlivnění hypothalamo-hypofýzo-ovariální osy. Kromě kontracepčního efektu má řadu příznivých vedlejších účinků, kterých se využívá v prevenci i v léčbě mnoha gynekologických onemocnění. Přináší výhody, jako např. kvalitní pleť, úbytek hmotnosti, má příznivý vliv na premenstruační syndrom a hyperandrogenní syndrom. Má však také řadu nepříznivých vedlejších účinků a kontraindikací, proto požaduje-li žena hormonální antikoncepci, je nezbytné, aby lékař nejprve zajistil její podrobnou anamnézu a na jejím základě posoudil vhodnost hormonální antikoncepce. Právě z tohoto důvodu je u nás předepisování hormonální antikoncepce v rukou gynekologů (2, 10, 12, 38).

V současné době je k dispozici široké spektrum hormonální antikoncepce, které umožňují maximálně individuální přístup při jejich volbě pro konkrétní ženu. Hormonální antikoncepci lze rozdělit podle mnoha kritérií. Podle způsobu aplikace na perorální, injekční, intrauterinní, na podkožní implantáty, náplasti, vaginální kroužky. Podle obsahu ženských pohlavních hormonů na kombinovanou hormonální antikoncepci, gestagenní a postkoitální antikoncepci (4, 15, 31).

#### ***1.4.5.1 Kombinovaná hormonální antikoncepce***

U kombinované hormonální antikoncepce je obsažena dávka estrogenu i gestagenu. Podle dávky těchto hormonů v jednotlivých tabletách měsíčního balení je rozdělujeme na přípravky monofazické, kdy jsou dávky obou složek konstantní. Dalším typem jsou bifazické tablety, kdy se progestiny přidávají k estrogenům až v druhé polovině cyklu a třetím typem jsou trifazické přípravky, které se snaží napodobit fyziologický rytmus menstruačního cyklu. Hladina estrogenů působí na folikulostimulační hormon (FSH) a luteinizační hormon (LH), snižuje jeho produkci a tím brání zrání a uvolňování vajíčka. Gestageny mají vliv na cervikální hlen, který se stává neprostupný pro spermie a bakterie a mají také vliv na pravidelnou menstruaci. Nejznámější je ve formě tablet, existují však také jako antikoncepční náplasti, princip je stejný jako u tablet, užívají se tři týdny, každý týden jedna náplast a následuje sedmidenní pauza bez aplikace náplasti. U nás na trhu je známá antikoncepční náplast pod názvem Evra, s Pearllovým indexem 0,5. Dalším typem je vaginální kroužek NuvaRing, který byl u nás na trhu zaregistrován na podzim roku 2007, je zde obsažena také dávka estrogenu a progesteronu. Zavádí se do pochvy, kde spolehlivě působí po dobu 3 týdnů, poté se odstraní na 7 dní, během nichž dojde k pseudomenstruačnímu krvácení, poté se zavede nový kroužek. Zavádění je snadné a nevyžaduje asistenci gynekologa ani porodní asistentky (1, 8, 15, 24).

Kombinovaná hormonální antikoncepce má však řadu kontraindikací. Za absolutní kontraindikace se považuje prodělaná nebo současná trombóza nebo tromboembolie, prokázaný sklon k tvorbě krevních sraženin, těhotenství, kojení, neléčené onkologické onemocnění, právě probíhající jaterní onemocnění, stav po cévní mozkové příhodě a migréna s neurologickými příznaky. K relativním kontraindikacím se řadí plánované rozsáhlé operace, vrozené koagulopatie, kouření u ženy starší 35 let, rodinná anamnéza tromboembolické příhody a ischemické choroby srdeční, cholecystolitiáza, hyperlipidemie, léčená hypertenze, diabetes mellitus (2, 12).

Vedle kontraindikací má i řadu nežádoucích vedlejších účinků. Mezi méně závažnými nežádoucími účinky jsou nevolnost, nepravidelné krvácení, napětí prsou, kožní



změny, změny nálad, deprese, snížení libida, přírůstek hmotnosti nebo bolest hlavy. Většinou se objevují převážně na začátku užívání přípravku. Pozornost však musí být věnována převážně závažným nežádoucím účinkům. Jejich výskyt je vzácný, přesto pečlivě sledovaný. Může se jednat o tzv. tromboembolickou nemoc (TEN), ale s dnešní nízkou dávkou estrogenní složky jde o relativně nízké riziko. K dalším rizikům můžeme zařadit vznik infarktu myokardu, cévní mozkové příhody (CMP), tvorbu žlučových kamenů a karcinom prsu (2).

Spolehlivost této antikoncepční metody převyšuje mnohonásobně možnost nežádoucích vedlejších účinků Pearlův index je udáván mezi 0,10 - 0,40 (12).

#### ***1.4.5.2 Gestagenní antikoncepce***

Gestagenní antikoncepce, jak již z názvu plyne je antikoncepce, která obsahuje pouze určitou dávku synteticky vyrobeného progesteronu. Kontracepčním mechanismem je účinek progesteronu na cervikální hlen a na strukturu endometria, způsobující zhoustnutí hlenu a tím znemožňují prostup spermií do dělohy a ovlivňují dozrávání sliznice tak, že děložní sliznice není schopná nidace oplozeného vajíčka. Jeho hlavní výhodou je absence estrogenních nežádoucích účinků, je proto vhodná pro ženy s kontraindikací užívání estrogenů. Je vhodnou metodou pro kojící ženy, nemá vliv na složení mateřského mléka a laktaci. Není vhodná pro ženy plánující těhotenství brzy po vysazení antikoncepce, protože návrat fertility je průměrně za 10-18. měsíců. Vedlejším účinkem může být přírůstek hmotnosti, vyšší riziko výskytu ovariálních cyst a mimoděložního těhotenství. Vyjma těhotenství a karcinomu prsu nemá absolutní kontraindikaci podání, za relativní kontraindikace se považuje: ischemická choroba srdeční a CMP, akutní TEN, recidivující ovariální cysty, nadváha, akutní virová hepatitida, vysoké riziko osteoporózy (2, 8, 19).

Existují ve formě perorální, injekční, nebo depotních přípravků a také jako intrauterinní antikoncepce (Kapitola 1.3.4). Depotní přípravky jsou nejlepší volbou pro ženy, kterým velmi záleží na spolehlivosti metody. Nehrozí zde žádná chyba v pravidelnosti užívání. Perorální gestagenní antikoncepci je nutné užívat ve stejnou denní

dobu z důvodu, že cervikální hlen mění svou kvalitu již po 24 hodinách po užití jedné pilulky. V případě opoždění užití pilulky by žena měla užívat při pohlavním styku současně některou bariérovou metodu kontracepce. Mechanismem účinku injekčních přípravků gestagenní antikoncepce je inhibice ovulace, tento účinek vydrží zpravidla 3 až 6 měsíců. V České republice je tato aplikační forma dostupná jako Depo-Provera a její aplikace probíhá v 3. měsíčních intervalech. Ženy užívající tuto metodu téměř nemenstruují, je zablokováno menstruační krvácení, z toho vyplývají její výhody. Výhodou je vymizení menstruačních nepříjemností, bolestí a křečí, a v důsledku snížení menstruačního krvácení mizí ohrožení úbytku železa, je tedy vhodná pro ženy trpící anémií. Jde o metodu velmi oblíbenou u kojících žen. Pearl index u této formy a metody je menší než 0,5. Další formou gestagenní antikoncepce jsou podkožní implantáty, jde o systém šesti kapslí obsahujících levonorgestrel, která se graduálně uvolňuje do organismu ženy po dobu 5 roků. Pearl index se udává číslem 0,5 až 1. Nejznámější systém se nazývá Norplant. Zavádí se speciální jehlou v místním znecitlivění subkutánně do paže ženy, jeho extrakce po 5 letech je však často technicky obtížným výkonem (2, 8, 31, 38).

#### ***1.4.5.3 Postkoitální antikoncepce***

Latinsky post-coitum znamená „po souloži“. Je známá také pod názvem intercepce. Tato metoda je považována za záchranou, aplikuje se po nechráněném pohlavním styku, u kterého je značné podezření na možnost otěhotnění. Zabránit otěhotnění po nechráněném pohlavním styku se dá 2 způsoby: zavedením nitroděložního tělíska do 5 dnů od nechráněného styku, které zabrání případné nidaci vajíčka nebo podáním vyšší hormonální dávky (1, 20).

Podle obsahujících hormonů vysoké dávky rozlišujeme postkoitální antikoncepci na kombinovanou a gestagenní. U kombinované hormonální postkoitální antikoncepce s podáním vyšší dávky estrogenu a progesteronu, se naráz podají 4 tablety běžné kombinované hormonální antikoncepce nejlépe do 12 hodin po styku a za 12 hodin se podají další 4 tablety. Druhou metodou je podání vyšší dávky progesteronu

(levonorgestrelu), k němuž existuje dlouhou dobu na českém trhu preparát nazývaný Postinor, obsahující 0,75 mg levonorgestrelu. Přípravek se užívá ve dvou dávkách po 12 hodinách. Spolehlivost metody je vyšší, pokud je první tablety podána do 12 hodin po styku, metodu však lze použít až do 72 hodin. Nově je tento preparát nahrazen jednorázovou aplikací 1,5 mg levonorgestrelu pod názvem Escapelle. Zcela nově je na trhu přípravek s účinnou látkou uliprostal acetát, užití jedné tablety s 30 mg účinně brání otěhotnění do 120 hodin od nechráněného pohlavního styku.

Mechanismus účinku hormonální postkoitální antikoncepce spočívá v narušení ovulace, změnou endometria, ve kterém se oplozené a rýhující vajíčko není schopné nidace. Hormonální postkoitální metody nejsou vhodné pro běžné každodenní užití. Gestagení postkoitální metoda by měla být použita maximálně 4krát během jednoho menstruačního cyklu (1, 2, 8, 20).

#### ***1.4.6 Chirurgická sterilizace***

Sterilizace je lékařský výkon, který trvale zabraňuje plodnosti, aniž jsou odstraněny nebo poškozeny pohlavní žlázy. Pohlavní cesty jsou přerušeny pouze tak, aby nemohlo dojít k setkání a spojení spermií s vajíčkem. Antikoncepční účinek je téměř 100%.

V České republice může být sterilizace provedena pouze podle Směrnice ministerstva zdravotnictví ČSR o provádění sterilizace z roku 1972. Sterilizace může být provedena pouze ze zdravotních indikací a žádost o sterilizaci schvaluje sterilizační komise složená nejméně ze tří členů. Sterilizace lze provést jak u muže, tak u ženy (31).

Ženská chirurgická sterilizace spočívá v přerušení obou vejcovodů, čímž je znemožněn transport vajíčka od vaječnicků do dělohy. Přerušení vejcovodů je možno provést laparotomicky, hysteroskopicky a s rozvojem endoskopických metod je upřednostňováno laparoskopicky (31).

Mužská chirurgická sterilizace neboli vazektomie se provádí v místním znecitlivění, kdy se provedou dvě drobné incize na kůži na stranách šourku, pohmatem se naleznou chámovod, který se podváže, tak dojde k přerušení transportu spermií z nadvarlete do

semenných váčků. Neplodnost nenastupuje okamžitě po výkonu, proto je doporučován tříměsíční pohlavní styk s kondomem a kontrolou spermiogramu potvrzujícího azoospermii (19).

### **1.5 Interrupce**

Žádná antikoncepční metoda nemůže být stoprocentně spolehlivá. Antikoncepce možnost početí dítěte snižuje, ale nikdy nevylučuje. Pro případy antikoncepčního selhání je v záloze interrupce, jako poslední záchranná brzda. Interrupce neboli umělé přerušení těhotenství (UPT) však není v žádném případě antikoncepčním prostředkem (38).

Interrupce je velmi diskutované téma, které vyvolává vášnivé diskuze. Jedna strana zaujímá liberální postoj a obhajuje interrupci, druhá strana pak žádá zákaz interrupcí.

Na interrupci lze tedy pohlížet ze dvou hledisek. Zastánci *strategie pro life*, tedy pro život jsou jednoznačně proti interrupci. Interrupci považují za nemravný a opovržením hodný čin, za vraždu nebo minimálně za zabití. Tvrdí, že žena nemá právo rozhodovat o smrti svého nenarozeného dítěte a nemá uplatňovat převahu v situaci, kdy se nenarozené dítě nemůže žádným způsobem bránit (11).

*Strategie pro choice*, tedy pro volbu zastává názor, že o počtu a době narození dětí rozhodují výhradně rodiče, respektive ženy. Reprezentanti této strategie hlásí: „Nikdo nemá právo zasahovat do volby ženy ani do jejich představ o tom, od kterého okamžiku je život člověka životem lidským (11, s. 47).“ Respektují a souhlasí s názorem, že interrupce představuje krajní řešení mezní situace a proto akceptují všechny formy prevence nechtěných těhotenství (11).

V současnosti existují dvě možnosti UPT, medikamentózní nebo instrumentální potrat (18).

V 80. letech 20. století vyvinula francouzská firma Russel látku RU 486. Jde o metodu vyžadující postupné užití několika pilulek, které způsobí samovolný potrat. Hovorově se jí říká „potratová pilulka“, Mifegyn je firemní název. Podáním po ovulaci zabrání implantaci blastocytu tím, že přeruší výstavbu endometria. U implantované

blastocyty zabrání jejímu dalšímu vývoji. Mechanismus účinku spočívá v absolutním přerušení účinnosti žlutého tělíska, což vede k potracení oplodněného vajíčka. Jedná se o potrat úplný, nemusí se provádět žádný další lékařský výkon (1, 15, 18, 38).

Tato metoda UPT není dosud v České republice možná, protože narazila na tuhý odpor ochránců nenarozeného života, zejména příznivce katolické církve. RU 486 se zatím používá ve Francii, Velké Británii, Švédsku a Číně (38).

Více náročný na organizmus i výkonově je instrumentální potrat, který v ČR podléhá Zákonu České národní rady č. 66/1986 Sb (příloha 7). Podle tohoto zákona se UPT na základě písemné žádosti ženy provádí, nepřesahuje-li těhotenství 12. týdnů a nebrání-li tomu její zdravotní důvody. Dále může být UPT provedeno na žádost do 24. týdnů těhotenství při ohrožení života ženy, těžkém poškození plodu nebo je-li plod neschopen života.

Těhotenství do 8. týdne se nejčastěji provádí metodou miniinterrupce. Tento zákrok začíná dilatací děložního hrdla Hegerovými dilatátory a následným odsátím zárodku v děloze tzv. vakuumaspirací nebo vakuumexhauscí. Výkon se provádí nejčastěji ambulantně v celkové anestezii. Pokud nenastanou komplikace, je žena za několik hodin po výkonu propuštěna domů. Výhodou je mírnější rozevření děložního hrdla.

Interrupce pokročilejšího těhotenství začíná taktéž dilatací děložního hrdla. Tato dilatace však musí být větší z důvodu zavedení nástrojů (kyret), díky kterým se provede kyretáž děložní sliznice. Tento výkon vyžaduje předoperační vyšetření, hospitalizaci po výkonu, domácí rekonvalescenci při pracovní neschopnosti a následnou gynekologickou prohlídku.

Interrupce má určitá rizika, proto je nutná výchova k plánovanému rodičovství v rodině, ve škole a zdravotnických zařízeních, jako prevence nežádoucích těhotenství (1, 20).

„Světová zdravotnická organizace odhaduje, že ze všech umělých potratů, které se na světě provádějí, je nejméně třetina vykonávána ve zdravotně naprosto nevyhovujících podmínkách, což vede každodenně na světě k úmrtí asi 500 žen (38, s. 130).“

Počet UPT v ČR od počátku 90. let klesá. V České republice bylo v roce 2008 dle Statistického úřadu hlášeno 25.760 umělých přerušení těhotenství (6).

## **1.6 Rodina**

V nejširším vymezení Ivo Možný definuje rodinu jako „institucionální zajištění lidské reprodukce, legitimní v dané společnosti, aneb česky, společností uznávaný způsob, jak mít a vychovávat děti (23, s.116).“

Rodina je společenská instituce a primární skupina, vznikající sňatkem muže a ženy, pokrevním vztahem rodičů a dětí, založením společné domácnosti, kde každý člen plní svoji funkci. Nejčastější, nikoli však jedinou známou formou rodiny, je tedy párová monogamická rodina. Rodinou je v tomto případě bezprostřední soužití otce, matky a dětí, kteří jsou spojeni morálními, citovými, právními a pokrevními vazbami. Rodina tvoří více generační soužití několika osob a místo, kam se mají potřebu všichni vracet. Párová monogamická rodina je kulturním ideálem západní civilizace. S měnící se funkcí rodiny ve společnostech se v současné době stává velmi častou seriální monogamie, tedy několik následných monogamických párových soužití za život (23).

Rozličné kultury v rozličných historických dobách zaznamenávají jako sociálně přijatelná, doporučená nebo vyžadovaná nejenom párová, ale i asymetrická heterosexuální soužití, která souhrnně nazýváme polygamie (23).

### **1.6.1 Rodina a její funkce**

Rodina jako celek má čtyři základní funkce, které se vyvíjely zároveň se změnou společnosti a ovlivnily rodinné vztahy. Některé funkce se staly důležitějšími, než tomu tak bylo dříve, souvisí to s modernizací rodiny. Aby rodina plnila všechny 4 funkce, musí být zapojeni všichni její členové a rodina musí být úplná. Pokud chybí jeden z rodičů, má to negativní vliv na sociální i emocionální vývoj dítěte a funkce nemohou být dostatečně zajištěny.

*Biologicko - reprodukční funkce* - je stěžejní funkcí rodiny, která má význam hlavně pro společnost, zajišťuje růst populace a je základem pro rozvoj a vývoj společnosti. Partneři by měli plodit potomky, aby se populace rozrůstala.

*Sociálně - ekonomická funkce* - sem spadá zabezpečování chodu domácnosti, uspokojování základních biologických potřeb. Sociálně – ekonomická funkce spočívá i v zajištění ochrany a biologických, hygienických, zdravotních i emocionálních potřeb rodiny – dospělých i dětí. (14).

*Výchovná funkce* - rodiče jsou první, kdo učí dítě přizpůsobivosti k životu, orientaci ve světě, základním návykům a vystupováním ve společnosti a zajišťují vymizení negativního a nesprávného chování, chápou potřeby dítěte a snaží se je plnit. Základním úkolem je vychování dítěte tak, aby bylo schopno žít v běžném, praktickém životě s určitými morálními zásadami. Nejedná se pouze o výchovné působení rodičů na děti, ale i o působení opačném – dětí na rodiče, prarodiče, atd. Mladiství jsou flexibilnější, přizpůsobivější, a tak učí starší generace pochopit moderní metody a způsoby života jako např. zacházení s počítačem (14, 20).

*Emocionální funkce rodiny* je základní, nepostradatelná a nenahraditelná, ale často opomíjená. Nikdo jiný nedokáže dítěti dát tolik lásky, bezpečí, jistoty, psychické podpory a pomoci jako rodina. Od první minuty života rodiče zajišťují socializaci dítěte, začlenění do společnosti a udržení se v ní. Průzkumy dokázaly, že přibývá čím dál tím více dětí s psychickými poruchami, depresemi a deprivacemi. Je to tím, že vzrůstá rozvodovost, zvyšuje se počet neúplných rodin a svobodných pracujících matek, které nemají sílu a čas věnovat se dítěti tak, jak by bylo potřebné a díky tomu není emocionální funkce plněna tak, jak by měla, či je dokonce úplně opomíjena a dítě psychicky strádá (14).

Ochranná funkce se zakládá na ochraně zdraví dětí. Základní podoba této funkce je upravena legislativně v Zákoně o rodině č. 91/1998 Sb.

Prožívané rodičovství také naplňuje rodiče. Dítě rodičům uspokojuje potřebu náklonnosti, něhy a blízkosti, dává jim zažívat pocit, že v nich stále žije kousek dítěte, že mají nějakou hodnotu a umožňují jim reflektovat své dětství tím, že se staví do pozice

svých rodičů – mohou je tak lépe chápat. Přítomnost dítěte v rodině přináší také větší závazek v partnerství (26).

### ***1.6.2 Úloha rodiny v sexuální výchově***

Vztahy v rodině a vzájemné soužití rodičů tvoří základ budoucích partnerských vztahů, rodičovských postojů, stávají se zdrojem podnětů a zkušeností pro řešení nejrůznějších životních situací a pro utváření celkového životního stylu a hodnot.

V této oblasti směřuje výchova k tomu, aby si dospívající osvojili a kultivovali odpovědné chování, rozhodování a komunikaci v situacích souvisejících s aktivním zdravím, partnerskými vztahy, rodinným životem a rodičovstvím a aby jejich vstup do dospělosti byl provázen odpovědným přístupem ke zdraví a založení rodiny. (22, 26)

Rodiče jsou dítěti prvními a nejdůležitějšími učiteli sexuální výchovy, právě rodiče mají na sexuální rozvoj svého dítěte největší vliv. Zkušenosti, které od narození získá, mu pomohou určit meze rozvoje kladných a zdravých sexuálních pocitů (37).

Sexuální výchova je zcela neoddelitelnou složkou výchovy ke zdraví. Je součástí přípravy na manželství a rodičovství, jejím cílem je fyzicky a psychosociálně zdravý a zralý jedinec, který je předpokladem harmonického manželství a zodpovědného rodičovství. Jde o dlouhodobý proces, skládající se z několika částí. Začíná v ranném dětství a nekončí ani v dospělosti (26, 30, 36).

Jelikož termín sexuální výchova vzbuzoval v devadesátých letech v široké veřejnosti nejrůznější představy, byl tento název odmítnut a nahrazen. Světová zdravotnická organizace proto zahrнула sexuální výchovu do výchovy k reprodukčnímu zdraví. Výchova k reprodukčnímu zdraví zahrnuje jak výchovu sexuální, tak výchovu k manželství a rodičovství nebo výchovu k odpovědnému partnerství (20).

Výchova k reprodukčnímu zdraví má za hlavní cíl výchovu ke zdraví. Zdraví je dle Světové zdravotnické organizace z roku 1946 definováno takto: „Zdraví je stav úplné tělesné, duševní a sociální pohody, a ne jen nepřítomnost nemoci nebo vady (20, s.11).“



Definici zdraví Světová zdravotnická organizace rozšiřuje i o definici sexuálního zdraví z roku 2002: „Sexuální zdraví je stav tělesné, duševní a sociální pohody ve vztahu k sexualitě; není to jen nepřítomnost nemoci, dysfunkce či vady. Sexuální zdraví vyžaduje pozitivní a uctivý přístup k sexualitě a partnerství, stejně jako schopnost mít uspokojení z bezpečného sexu prostého nátlaku, diskriminace a násilí. Aby bylo sexuální zdraví dosaženo a udrženo, musí být sexuální práva všech osob respektována, chráněna a naplňována (35).“

Cílem sexuální výchovy je naučit dospívající sebekontrolu v pohlavní sféře, připravit mladé lidi na život v páru. Dále přesvědčit dospívající, že sexuální styk je vhodné odložit do doby, kdy je mladý člověk schopen trvalého vztahu k jednomu partnerovi. Informovat o rizikovém sexuálním chování a jeho následcích. Pěstovat u chlapců ohleduplnost, potřebu a schopnost ženu vždy chránit. Dalším z cílů je u chlapců a dívek zabudovat představy o budoucnosti, že se i oni v dospělosti stanou rodiči (20).

Zájem o sexualitu se objevuje už v útlém věku. Sexuální výchova nemá předbíhat aktuální zájmy dítěte, měla by brát v úvahu aktuální vývojový stupeň dítěte. Proto je nutné si uvědomit, že každé dítě se vyvíjí odlišně a s informacemi nepřicházet předčasně ani pozdě.(20, 36)

### ***1.7 Porodní asistentka***

Profese porodní asistentky je stará jako lidstvo samo. Již ve starém zákoně se můžeme setkat s popisem profese egyptských porodních bab a židovských žen, které poskytovaly rodícím ženám pomoc. Mezi nejstarší jmenované porodní asistentky patří Shiprah a Puah, které žily v letech 1440 nebo 1250 př. n. l. (39).

Autorem nejlepší dochované starověké práce o gynekologii a porodnictví určené porodním bábám *Peri gynaieion* (O věcech ženských) je řecký ženský lékař Soranus z Efezu (98 – 138 n.l.), v tomto díle uvádí požadavky na porodní asistentky: „Má mít dobrou paměť, musí být pracovitá, vytrvalá, mravná aby jí bylo možno důvěřovat, obdařená zdravými smysly a silnou konstrukcí. Má mít dlouhé a jemné prsty a krátce ostříhané nehty.

O své ruce se musí starat, aby byly stále měkké a citlivé, a dbát na to, aby žádnou řemeslnou prací nezhrubly. Trpící má utěšovat, s porozuměním jim pomáhat, má být odvážná v každém nebezpečí. Dále má mít za sebou vlastní porody a neměla by být příliš mladá. Musí být teoreticky i prakticky vzdělaná ve všech oblastech lékařského umění, zkušená, aby mohla určovat nejen životosprávu, ale i chirurgické a lékárnické pokyny. Nesmí být pověřivá, ziskuchtivá (39, s.15).“ Požadavků nebylo málo, byly předávány až do 19. stol. Mnohé z těchto vlastností by mely mít porodní asistentky i v současnosti (39).

V české legislativě určují výkon profese porodní asistentky především Zákon 96/2004 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 a Vyhláška 424/2004 (příloha 8), kterou se stanoví činnosti zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků (39).

Na zasedání Mezinárodního výboru porodních asistentek dne 19. 7. 2005 byla přijatá definice, nahrazující Definicí porodní asistentky přijatou v roce 1972 a doplněnou v roce 1990: „Porodní asistentka je osoba, která byla řádně přijata do oficiálního vzdělávacího programu pro porodní asistentky uznávaného v dané zemi, která úspěšně ukončila daný vzdělávací program pro porodní asistentky a získala tak požadovanou kvalifikaci a registraci pro výkon povolání porodní asistentky.

Porodní asistentka je uznávána jako plně zodpovědný zdravotnický pracovník: pracuje v partnerství se ženami, aby jim poskytla potřebnou podporu, péči a radu během těhotenství, porodu a v době poporodní, vede porod na svou vlastní zodpovědnost, poskytuje péči novorozencům a dětem v kojeneckém věku. Tato péče zahrnuje preventivní opatření, podporu normálního porodu, zjišťování komplikací u matky nebo dítěte, zprostředkování přístupu k lékařské péči nebo jiné vhodné pomoci a provedení nezbytných opatření při mimořádně naléhavé situaci.

PA má důležitou úlohu ve zdravotním poradenství a vzdělávání nejen žen, ale i v rámci jejich rodin a celých komunit. Tato práce by měla zahrnovat předporodní přípravu,

přípravu k rodičovství a může být rozšířena i do oblasti zdraví žen, sexuálního nebo reprodukčního zdraví a péči o dítě.

PA může vykonávat svou profesi v jakémkoli prostředí, včetně domácího, ambulantních zdravotnických zařízení, nemocnic, klinik a zdravotnických středisek (39, s.94).“

Dnešní PA se podílejí na výuce porodních asistentek, jednak na VŠ jako odborné asistentky, jednak na klinických pracovištích jako mentorky. Jsou členkami různých komisí, pracovních skupin MZČR, mezinárodních organizací. Provádějí výzkum pro zkvalitnění porodní asistence. Celoživotně se vzdělávají, absolvují kurzy inovační, certifikované, také kurzy s mezinárodním certifikátem.

Porodní asistentky pracují v různých typech zdravotnických pracovišť v primární, sekundární či terciální péči. Nejčastějším pracovištěm jsou porodnicko-gynekologická oddělení a kliniky, kde porodní asistentky pracují na oddělení péče o ženu s fyziologickým a patologickým těhotenstvím a porodem, péče o matku a novorozence (odd. Šestinedělí), oddělení péče o ženu s gynekologickým onemocněním a v poslední době jsou porodní asistentky přijímány i oddělení neonatologie včetně intenzivní péče. Dále pracují v ordinacích praktických ženských lékařů nebo jako soukromé porodní asistentky (39).

### ***1.8 Edukace***

Slovo edukace je poměrně mladý termín, který je ekvivalentem anglického education. Slovo edukace v sobě zahrnuje dva úzce spjaté pojmy: výchovu a vzdělávání. Výchova je považována za záměrné působení na osobnost jedince s cílem dosáhnout změn v různých složkách osobnosti. Má jasně definovaný cíl, jasně vymezené učivo, optimální metody pro specifické případy klientů. Cílem je rozvinout rozumové, citové schopnosti člověka, utvářet jeho postoje (např. k sobě samému, ke zdraví, atd.) a způsoby chování. U vzdělávání jde o proces záměrného a organizovaného osvojení poznatků, dovedností, dosavadních zkušeností lidstva, chování a hodnotových systémů. Výsledkem vzdělávání je vzdělání (29, 34).

„Teoretici pedagogiky se střetávají s velkým problémem: Zatímco pro účely teoretického výkladu lze výchovu a vzdělávání oddělit, v praxi je to zcela nemyslitelné. Zřetelně se to projevuje ve školním vyučování – každý učitel při výkonu své profese zároveň vzdělává a zároveň vychovává. Z toho se odvozuje termín výchovně vzdělávací proces, jenž má vyjadřovat tuto propojenost (29, s. 15).“

Edukace je tedy chápána jako celoživotní rozvíjení osobnosti působením formálních výchovných institucí a neformálního prostředí, neformálním prostředím je např. rodina, nemocnice. Cílem edukace je osvojení si nových poznatků, získání nových vědomostí, rozvíjení určitých schopností, vlastností a návyků, vytváření hodnotových, postojoyých a citových struktur osobnosti a dosažení změny chování (42).

S edukací úzce souvisejí i další pojmy, jako je edukační proces, edukační prostředí, edukant nebo edukátor. Edukačním procesem rozumíme odevzdávání konkrétních informací. Edukační proces má několik částí, mezi něž patří posuzování a diagnostika, plánování, realizace a poslední fází je vyhodnocení. Edukační proces obvykle probíhá ve specifickém edukačním prostředí, které má své parametry fyzikální (velikost prostoru), ergonomické (pomůcky) a především psychosociální (typ vztahů a komunikace mezi zúčastněnými subjekty). Edukační prostředí je tvořeno souhrnem vnějších sociálních, ekonomických, demografických a etnických podmínek. Z hlediska typologie existuje několik edukačních prostředí, přičemž jedním z nich je prostředí zdravotnické, jejichž typickými subjekty (edukátory i edukanty) jsou lékaři, porodní asistentky, sestry, další zdravotničtí pracovníci a jejich pacienti. Při edukačním procesu dochází ke vzájemné interakci mezi vychovatelem (edukátorem) a vychovávaným (edukantem) tak, aby se edukant něčemu naučil. V edukačním procesu je vzájemný vztah mezi edukátorem a edukantem dynamický děj. Edukantem označujeme, kterýkoliv subjekt učení bez ohledu na věk, národnost, vzdělání apod. (žák ve škole, pacient, účastník jazykového kurzu,...). Edukantem může být i skupina. Edukátorem rozumíme jakéhokoliv aktéra vyučování, poučování či instruování (rodič, porodní asistentka, učitel,...). Role edukátora je ztížena tím, že většinou uskutečňuje výchovu jako jedinec, spoléhajíc jen sám na sebe. Základními

předpoklady pro úspěšnou edukaci ze strany edukátora jsou hluboké znalosti činností nebo požadované vzdělání v oborech, kterým bude vychovávané učit nebo ve kterých je bude vzdělávat a dále jeho pedagogické, psychologické a filozofické znalosti, dovednosti a schopnosti. (17, 21, 42)

K předávání informací je možno použití mnoha metod edukace. Výběr metody závisí na cíly a obsahu učiva. Mezi nejstarší metody patří verbální edukace, která se může být vedena formou monologu (vysvětlování, přednáška), dialogu (rozhovor, diskuze, beseda) a práce s knihou. Dále se edukace může provádět praktickou metodou, kam patří nácvik pohybových a pracovních dovedností, grafické a výtvarné činnosti, písemné práce, laboratorní práce. A v neposlední řadě metody názorně demonstrační: metody pozorování předmětů a jevů, metody předvádění, projekce (21).

Významnou úlohu má edukace v ošetrovatelské péči o klienty (42).

### ***1.8.1 Edukace v ošetrovatelství***

Edukační proces v ošetrovatelství nabývá ve světě i v České republice v posledních letech na stále větší důležitosti a postupem doby se stal podstatnou součástí moderního ošetrovatelství a kvalifikované péče o pacienta. Edukace pacientů a jejich blízkých je nástrojem na zabezpečení jejich lepší účasti na procesu poskytování zdravotní péče a především jim umožňuje kvalifikovaně se rozhodnout. Edukace zahrnuje informace, které si má pacient osvojit v průběhu poskytování zdravotní péče, jako i informace, které má poznat po propuštění domů nebo po přeložení do jiného zařízení. V nemocnici se na edukaci pacientů podílí celé řady zdravotníků. Edukační proces v ošetrovatelství je dynamickým procesem, kdy na sebe oboustranně působí sestra a pacient. Obvykle je tento proces chápán jako důležitá součást ošetrovatelského procesu a má s ním také celou řadu podobných znaků, jakými jsou například zjišťování anamnestických údajů, diagnostika potřeb pacienta, plánování, realizace a vyhodnocení účinnosti celého procesu. (17, 42).

### ***1.8.1.1 Edukace porodní asistentkou***

Porodní asistentka (PA) je při svém povolání neustále v kontaktu s nemocným a mezi její denní činnosti patří i komunikace s pacientem. Mnohdy je také postavena do role pedagoga, kterou musí zvládnout. Je-li PA dobře vyškolená, edukována a má-li ty správné osobnostní vlastnosti jako je komunikativnost, trpělivost, schopnost vysvětlit apod., může provádět kvalitní edukační činnost, která vede ke zlepšení zdravotního stavu nemocného či poslouží jako prevence nežádoucího chování.

Svou edukační činnost může uplatňovat jak v primární zdravotnické péči, tak sekundární i terciární zdravotnické péči. V primární zdravotnické péči PA radí jednotlivcům, ale i skupinám, jak si sami můžou zvýšit zdatnost, jak se vyrovnat se stresem, jak zlepšit sociální vztahy, jak účinně využívat zdravotnickou péči. PA má usměrňovat a pomáhat při volbě možností a způsobů upevňování zdraví, má být sama vzorem zdravého způsobu života. Tato edukace slouží k upevňování zdraví a jako prevence vzniku chorob. V sekundární zdravotnické péči se edukace PA zaměřuje na akutní a chronicky nemocné, jejím cílem je zabránit vzniku komplikací a dosáhnutí, aby chování bylo v souladu s léčebnými a ošetrovatelskými postupy. Cílem edukace terciární zdravotnické péče je předcházet dlouhodobé nesoběstačnosti a maximálně napomáhat zdraví pacienta. Edukace se zaměřuje na úpravu životosprávy, objasňování podstaty a vzniku onemocnění, poukazování na pozitivní životní hodnoty, dobré mezilidské vztahy, tak i na podporu k nezávislosti (42).

V edukačním procesu rozlišujeme několik druhů edukací: edukaci základní, komplexní a reedukační. Základní edukaci PA realizuje v případě, pokud pacient nebyl ještě nikdy o problematice informován. Pacientovi jsou předávány nové vědomosti či dovednosti. Komplexní edukace znamená edukaci rozšiřující. Bývá realizována v edukačních kursech, kdy jsou pacientovi etapově předávány ucelené vědomosti, budovány dovednosti a postoje ve zdraví prospěšných opatření, která vedou k udržení nebo zlepšení zdraví. V rámci reedukace pak PA navazuje na předchozí vědomosti a dovednosti pacienta, které dále prohlubuje (13).

Účelem edukace PA je ovlivnit významným způsobem komfort pacientů a kvalitu poskytované péče. Při zjištění potřeby edukace pacienta a jeho rodiny PA naplánuje postup. Zvolí vhodný způsob edukace. Při edukaci pacienta respektuje základní pravidlo a to, že informace musí být podávány ve formě jednoduché, srozumitelné a nesmí jich být při jednom sezení podáno více, než je pacient si schopen zapamatovat. Protože chce-li PA pacientovi účinně pomoci, nestačí, aby ho léčili pouze zdravotníci, ale musí se on sám aktivně zapojit do léčebného procesu a pochopit podstatu své nemoci. Tím se zkvalitní nejen samotná péče o nemocné, ale mnohdy i ušetří náklady na další ošetřování (42).

Jak už bylo řečeno i edukace má svá určitá pravidla a zásady. Porodní asistentka musí všechny tyto zásady dodržovat, aby edukace byla úspěšná. Jednou ze zásad je individuální přístup, ke každému pacientovi. Porodní asistentka jako edukátor by měla zhodnotit zejména věk (jinak budeme edukovat dítě, jinak dospělého či starší osobu), aktuální a celkový zdravotní stav nemocného, úroveň jeho rozumových a poznávacích procesů, jeho zájmy, pocity, návyky a potřeby, vůli a osobnost jako celek. Dále je nutné dodržovat zásadu přiměřenosti. Tato zásada úzce souvisí se zásadou individuálního přístupu. PA by měla zvolit takovou formu a metodu edukace, která bude odpovídat věkovým, rozumovým a individuálním vlastnostem nemocného. Porodní asistentka musí brát ohled na odlišnosti pohlaví a kultur. Je vhodné spojit teoretický výklad s názorným příkladem, ukázkou, která mnohdy řekne více než samotná slova. Zásada vědeckosti klade vysoké nároky na PA, ta musí umět to, co učí a umět to náležitě vysvětlit. Zásada spojení teorie a praxe, PA musí umět převést své teoretické znalosti do praxe. PA se musí snažit naučené znalosti a dovednosti upevňovat soustavnou činností, opakováním a motivováním pacienta. Před samotnou edukací je nutné zjistit úroveň předchozích znalostí pacienta. PA by měla umět používat více edukačních metod (13).

Kromě výše uvedených zásad je také důležité navázání kontaktu s pacientem, zájem o pacienta, získání, motivování pacienta ke spolupráci, vhodné vlastnosti osobnosti porodní asistentky (trpělivost, laskavost, optimismus, svědomitost...). Aby byla edukace účinná, musí PA správně stanovit cíl a dle toho celý edukační plán (13, 42).

### ***1.8.1.2 Fáze edukačního procesu porodní asistentky***

Jak již bylo zmíněno edukační proces je důležitou součástí ošetrovatelského procesu a má s ním celou řadu podobných znaků. Stejně jako ošetrovatelský proces má 5 fází: posuzování, diagnostika, plánování, realizace a vyhodnocení.

*V první fázi posuzování* PA důkladně sbírá, třídí a analyzuje údaje o daném pacientovi. Údaje o něm získává metodu rozhovoru, pozorováním, fyzikálním vyšetřením, dotazníkem a z dokumentace. Sleduje postoje pacienta k sobě samému, ke svému onemocnění i k životu. Posuzuje všechny faktory, které ovlivňují jeho proces učení a jeho schopnosti učit se. Pokud potřeba učit se vychází jako vnitřní motivace přímo od pacienta, je tento stav považuje za ideální (17).

*Druhou fází edukace v ošetrovatelství je diagnostika.* Po posouzení stavu pacienta stanoví PA edukační diagnózu. Edukační diagnóza vymezuje problémy a potřeby pacienta, jejich příčiny a faktory, jež ovlivňují a podmiňují tyto problémy. V primární prevenci se edukační diagnózy zaměřují na zdraví a změněné zdravotní návyky. V sekundární prevenci jde o diagnózy ve vztahu k potřebám pacienta se něco naučit (17).

*Plánování je třetí fází edukace v ošetrovatelství.* Jeho hlavním záměrem je vytvořit edukační plán. Ve fázi plánování stanoví PA cíle, jejichž prostřednictvím dosáhne upevnění zdraví pacienta nebo odstraní jeho zdravotní problém. Edukační cíl je představa, k níž chce PA prostřednictvím edukace dospět. Může se týkat získávání vědomostí, schopností či dovedností, dosažení změny postojů, přijetí určitých hodnot nebo osvojení návyků. Cíle, které PA stanoví, musí mít formu doporučení, nikoli zákazů. Doporučením vytvoří pacientovi prostor pro jejich vnitřní motivaci. V edukačním procesu se vymezují jak cíle dlouhodobé tak krátkodobé. PA musí rozhodnout, jakými aktivy bude těchto cílů dosaženo a také naplánovat frekvenci a trvání vybraných aktivit. PA vybírá edukační metody tak, aby vyhovovaly jak pacientovi tak jí samotné a obsah edukace odpovídal tématu. Správný výběr edukační metody odpovídá cílům edukace. K edukačním metodám patří přednáška, vysvětlování, demonstrace, cvičení, rozhovor, brainstorming a hraní rolí.



Při plánování edukace PA respektuje především tělesný a psychický stav pacienta, začíná s tím, co pacient ví, a tím zvýší jeho sebedůvěru. Plánování musí brát v úvahu všechny determinanty zdraví. Pečlivá volba a příprava edukačního prostředí je důležitou součástí plánování edukace. Prostor, kde bude porodní asistentka edukovat by mělo mít vhodnou teplotu, přiměřené osvětlení. V místnosti zvolené k edukaci by neměl být hluk a porodní asistentka by se měla snažit zajistit určitou míru intimity pro klientky (17, 42).

*Čtvrtou fází je realizace*, vlastní edukace pacienta PA. Edukace klientek by měla vycházet z jejich dosavadních zkušeností a znalostí dané problematiky, aplikuje nejen své teoretické znalosti, ale i praktické dovednosti vedení celého edukačního procesu. Zde jí při edukaci pomohou vhodně zvolené metody a didaktické prostředky. Nejčastěji používanými pomůckami jsou výuková DVD či videokazety, přehrávač videokazet a DVD, meotar či dataprojektor, edukační brožury, letáčky. Edukaci provádí PA převážně na gynekologickém oddělení nebo v ambulanci obvodního gynekologa. Porodní asistentka udržuje s pacientem aktivní kontakt. Dále porodní asistentka navazuje na pacientovi předchozí znalosti, povzbuzuje jej a pomáhá osvojit nové návyky. Pro úspěch edukace je také důležité podávat informace stručně a zřetelně, nezahlcovat informacemi, které přímo nesouvisejí s edukačním cílem, nepoužívat odborné termíny a zkratky z oblasti ošetrovatelství a medicíny (13, 17, 25, 42).

„Úspěšná realizace edukace je prostředkem, který by měl, zlepšit kvalitu života lidí, pomoci jim získat soběstačnost, ulehčit jim nabývání vědomostí a porozumění jevům, jež se odehrávají v lidském těle. Vedle toho má edukace za úkol rozšířit jejich poznatky o dodržování různých preventivních a léčebných zásad (17, s. 28).“

*Vyhodnocení*, které je poslední a nezbytnou fází edukačního procesu, má za cíl zjistit a posoudit stav dosažený edukací. Hodnocení je proces průběžný i závěrečný. PA spolu s pacientem hodnotí hlavně to, jak změnil své chování a jednání. Dosažení cílů se hodnotí na základě hodnotících kritérií, stanovených ve fázi plánování. Při hodnocení PA nejdříve zdůrazňuje pozitiva, chválí a povzbuzuje, a teprve později přechází ke kritice. Vždy je důležité pro hodnocení mít zpětnou vazbu. PA poskytuje pozitivní zpětnou vazbu

různými způsoby, jako jsou pochvala nebo odměna za žádoucí chování pacienta. Negativní zpětná vazba dokáže člověka od učení odradit. Zpětná vazba edukantovi umožňuje posoudit, jaké poznatky a dovednosti se naučil, a co se ještě potřebuje naučit. Pokud nebyly některé cíle splněny nebo byly splněny jen částečně, je nutné edukaci opakovat, případně modifikovat (17, 42).

## **2 Cíle práce, hypotézy a výzkumné otázky**

### ***2.1 Cíle práce***

- Cíl 1** Zmapovat znalosti rodičů o metodách, účincích, spolehlivosti a problematice antikoncepce
- Cíl 2** Zjistit podle jakých kritérií rodiče vybírají antikoncepci pro své děti
- Cíl 3** Zjistit zda rodiče upřednostňují informace o antikoncepci od porodní asistentky v gynekologické ambulanci, před jinými informačními zdroji
- Cíl 4** Zjistit zda má porodní asistentka možnost v rámci své edukační činnosti seznamovat rodiče s metodami antikoncepce

### ***2.2 Hypotézy***

**Hypotéza 1:** Rodiče mají informace o metodách antikoncepce

**Hypotéza 2:** Rodiče nechávají rozhodnutí v otázce antikoncepce na svém dítěti

**Hypotéza 3:** Největším kritériem pro výběr antikoncepce je vysoká spolehlivost

**Hypotéza 4:** Rodiče dávají přednost informacím o antikoncepci od jiných zdrojů, než od porodní asistentky

### ***2.3 Výzkumné otázky***

1. Vyhledávají rodiče informace o metodách antikoncepce od porodní asistentky?
2. Má porodní asistentka informace o nejnovějších trendech antikoncepce?

## **3 Metodika**

### ***3.1 Použité metody***

Pro zpracování dané problematiky byla zvolena kombinace kvantitativního a kvalitativního výzkumného šetření.

Kvantitativní šetření proběhlo formou dotazníku (příloha 9), který byl anonymní a byl určen pro ženy i muže – rodiče dcer od 15 let věku, z oblasti českobudějovického okresu. Dotazníky byly rozdány v průběhu měsíce dubna a května 2009, dále září a října 2010 do středních škol, odborných středních škol, odborných učilišť a gymnázií. Celkem šetření proběhlo na 5 školách, kde byl dotazník osobně rozdán během rodičovských schůzek a osobně od rodičů vybrán. Dotazník obsahoval otázky identifikační, filtrační, především uzavřené a polootevřené. U některých otázek byla možnost více odpovědí.

Ke kvalitativnímu výzkumnému šetření byl použit polostrukturovaný rozhovor (příloha 10), v němž bylo 23 otázek. Otázky byly identifikační (1, 2, 3, 4), zaměřené na věk, vzdělání, dobu praxe ve zdravotnictví a dobu praxe na nynějším místě. Ostatní otázky byly zjišťovací. Rozhovor byl veden s porodními asistentkami pracujícími v gynekologicko-porodnických ordinacích v Českých Budějovicích.

### ***3.2 Charakteristika výzkumného souboru***

Výzkumným souborem pro kvantitativní výzkumné šetření byly rodiče dívek starších 15. let z oblasti českobudějovického okresu. Celkem bylo rozdáno 226 dotazníků, vrátilo se 209 dotazníků, návratnost byla 92 %. Z celkového počtu vrácených dotazníků, bylo vyřazeno 19 dotazníků. Za 100% se proto považuje 190 dotazníků.

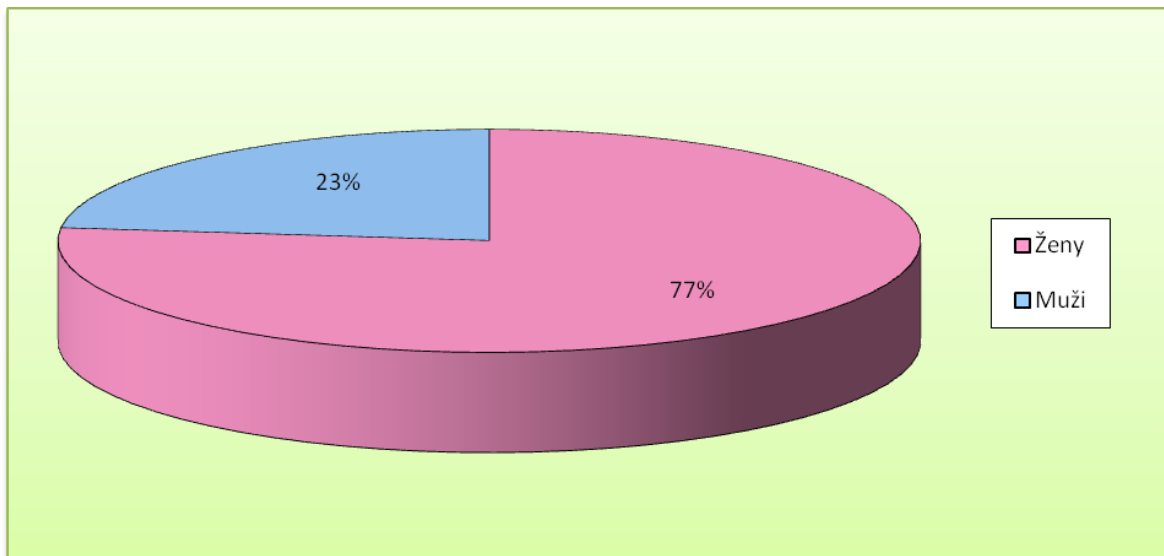
Pro kvalitativní výzkumné šetření bylo vybráno 7 porodních asistentek pracujících v gynekologicko-porodnických ordinacích v Českých Budějovicích. Výsledky byly zpracovány do jednotlivých kazuistik a tabulek.

## 4 Výsledky

### 4.1 Výsledky kvantitativního šetření

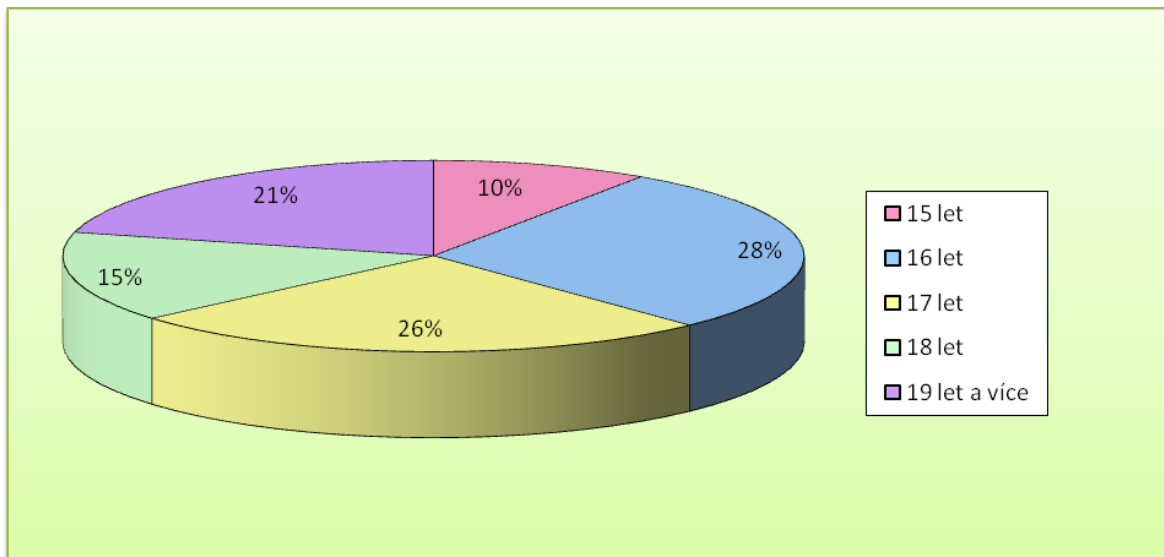
#### 4.1.1 Interpretace výsledků kvantitativního šetření

**Graf 1** Pohlaví respondentů



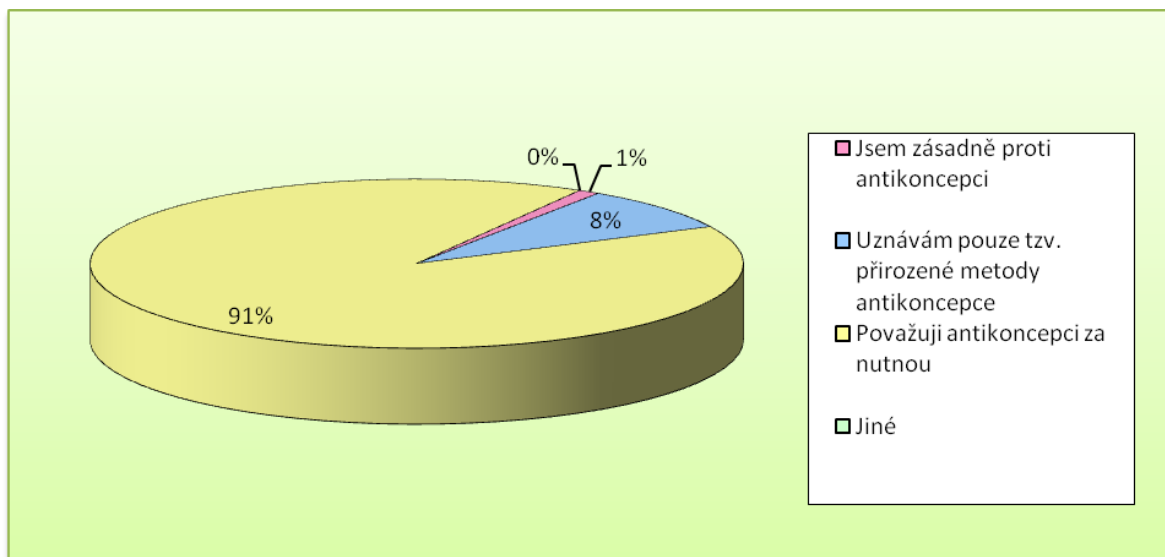
Ze 190 (100%) je 146 (77%) žen a 44 (23%) mužů.

**Graf 2**      **Věkové kategorie dcer dotazovaných rodičů**



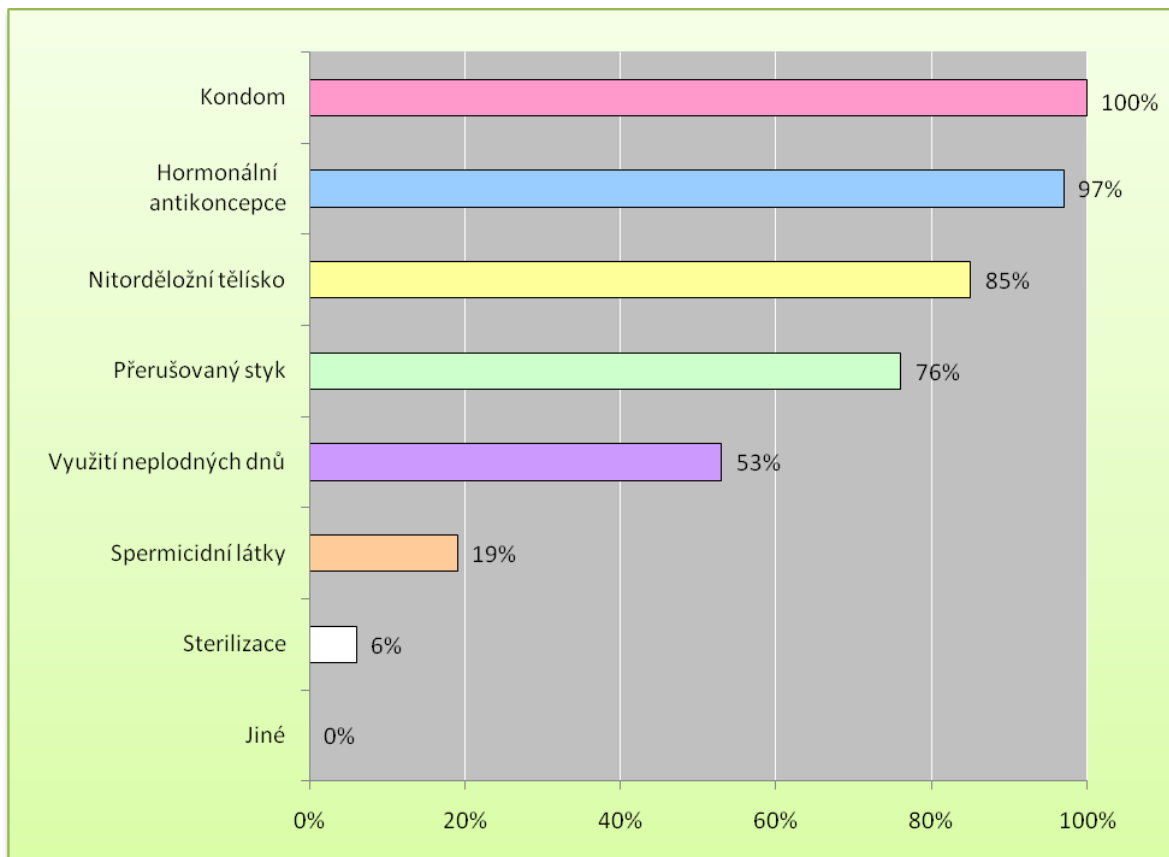
Ze 190 (100%) dotazovaných rodičů má 18 rodičů (10%) dceru ve věku 15 let, 54 rodičů (28%) dceru ve věku 16 let, 49 rodičů (26%) ve věku 17 let, 29 rodičů (15%) ve věku 18 let, 40 rodičů (21%) ve věkové kategorii 19 let a více.

**Graf 3**      **Názor rodičů na antikoncepci**



Ze 190 rodičů (100%) odpovědělo 172 rodičů (91%), že považují antikoncepci za nutnou, 16 rodičů (8%) označilo odpověď „Uznávám pouze tzv. přirozené metody antikoncepce“. Zásadně proti antikoncepci jsou 2 rodiče (1%) a odpověď „Jiné“ nikdo neoznačil (0%).

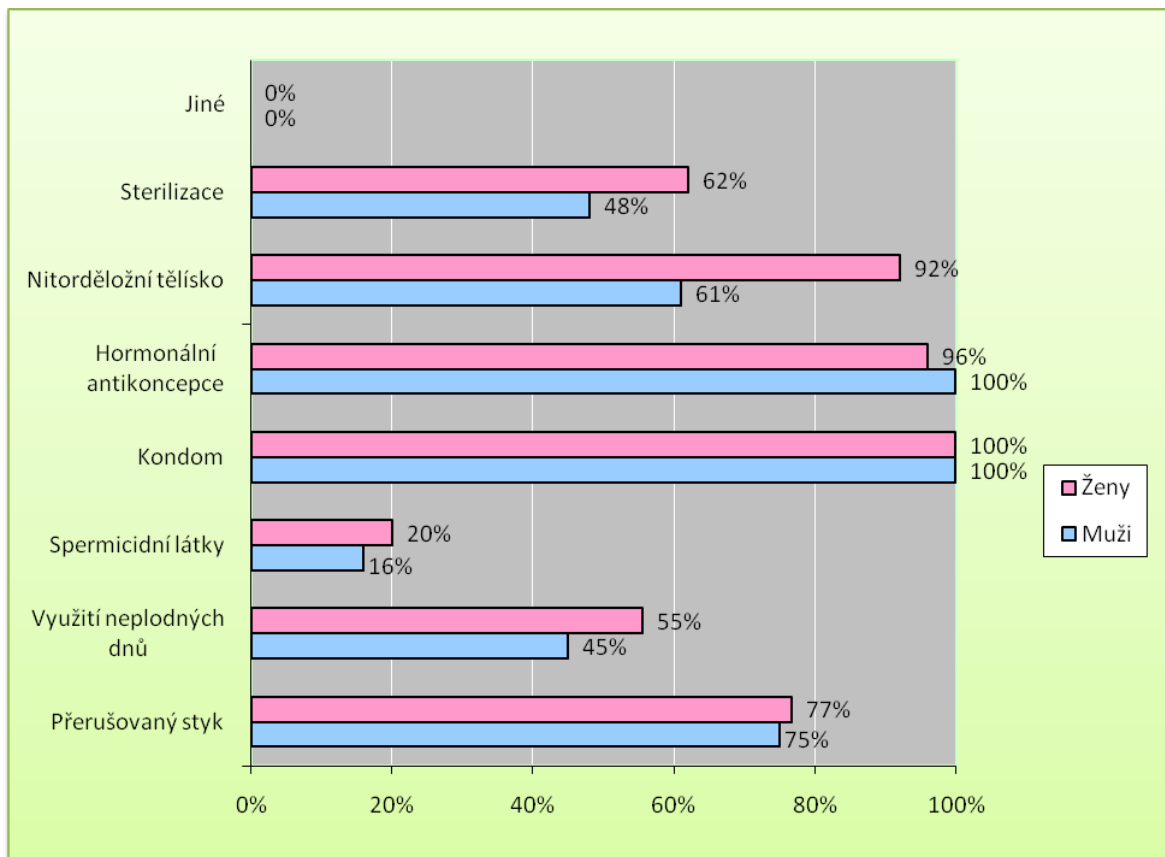
**Graf 4 Druhy antikoncepce, které rodiče znají**



Ze 190 (100%) rodičů zaškrtnulo 190 (100%) rodičů kondom, 184 (97%) rodičů hormonální antikoncepci, 162 (85%) rodičů zná nitroděložní tělísko, 145 (76%) rodičů zná přerušovaný styk, 101 (53%) rodičů zná využití neplodných dnů, 37 (19%) rodičů zná spermicidní látky, 11 (6%) rodičů označilo sterilizaci. Odpověď „Jiné“ nebyla využita (0%).



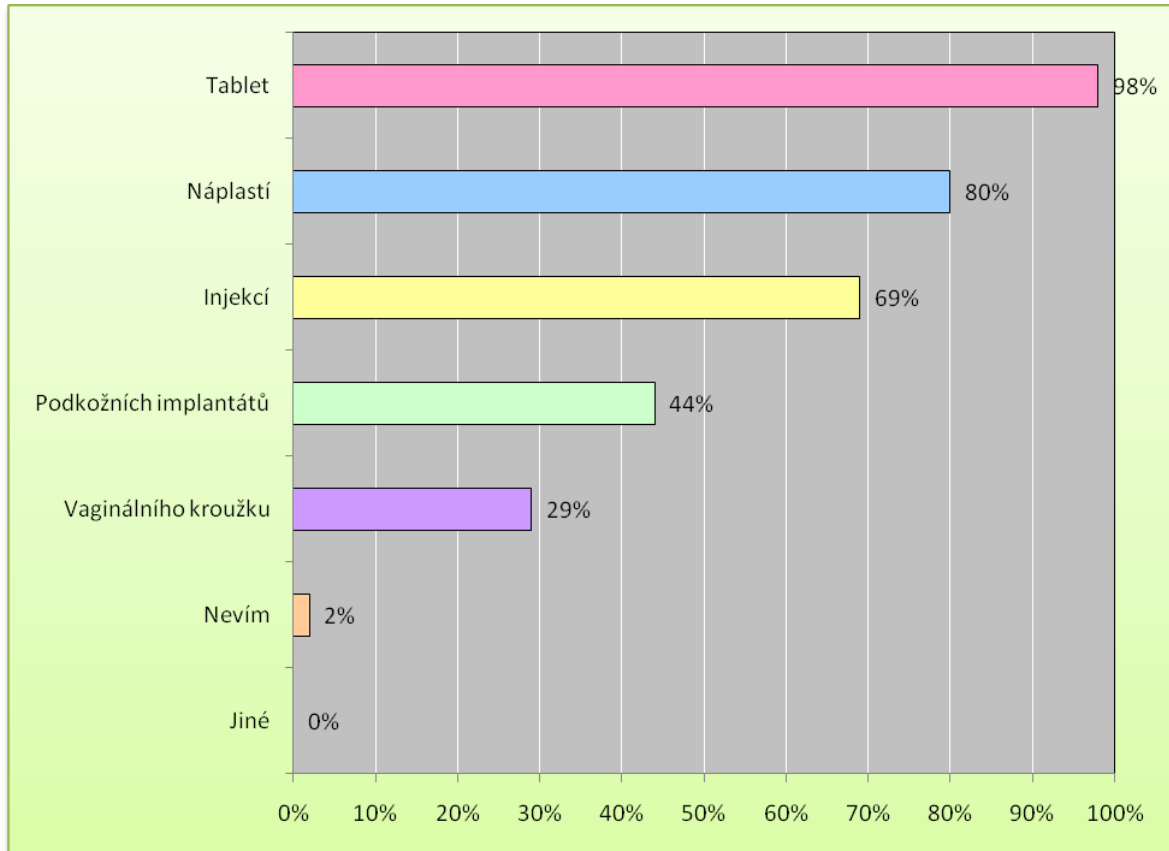
**Graf 5 Druhy antikoncepce, které rodiče znají dle pohlaví**



Ze 146 (100%) žen zaškrtno 90 žen (62%) sterilizaci, 135 žen (92%) nitroděložní tělíčko, 140 žen (96%) zaškrtno znalost hormonální antikoncepce, 146 žen (100%) označilo kondom, 30 žen (20%) zná spermicidní látky, 81 žen 55 (%) označilo využití neplodných dnů a 112 žen (77%) přerušovaný styk. Odpověď „Jiné“ neoznačila žádná žena.

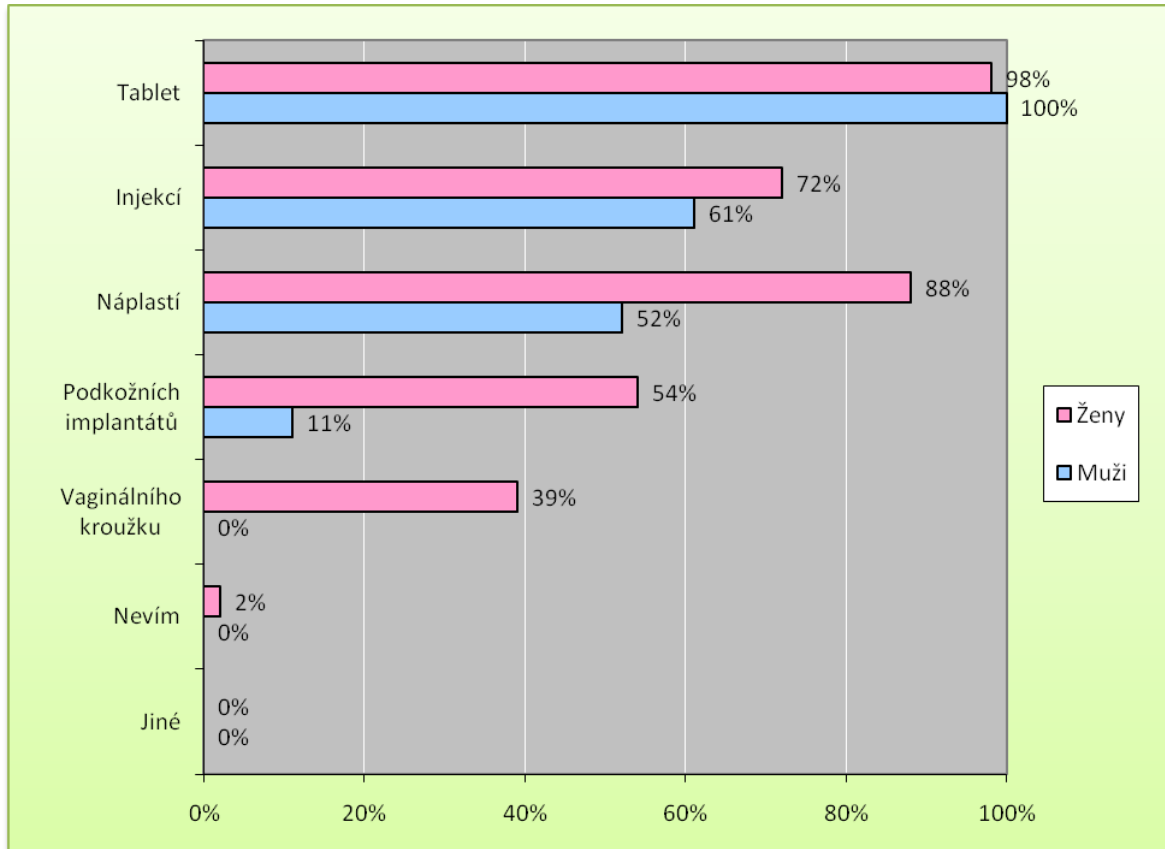
Ze 44 (100%) mužů označilo 21 mužů (48%), že zná sterilizaci, 27 mužů (61%) označilo nitroděložní tělíčko. 44 mužů (100%) zná hormonální antikoncepci, 44 mužů (100%) zaškrtno kondom, 7 mužů (16%) označilo spermicidní látky, 20 mužů (45%) využití neplodných dnů, 33 mužů (75%) označilo přerušovaný styk. Odpověď „Jiné“ nevyužil žádný muž (0%).

**Graf 6 Informovanost rodičů o nabízených formách hormonální antikoncepce u nás**



Ze 190 (100%) rodičů označilo 187 (98%) rodičů formu tablet, 152 (80%) rodičů náplastí, 132 (69%) rodičů injekce, 84 (44%) rodičů je informováno o formě podkožních implantátů, 56 (29%) rodičů o formě vaginálního kroužku. 3 (2%) rodiče neví, jaké formy jsou nabízeny a odpověď „Jiné“ neoznačil žádný z rodičů (0%).

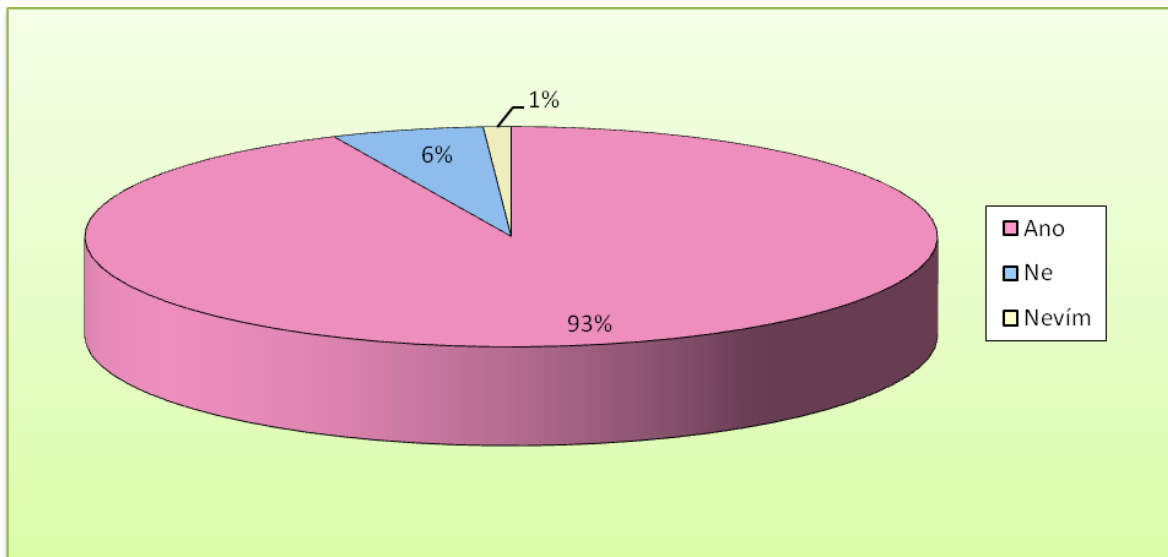
**Graf 7 Informovanost rodičů o nabízených formách hormonální antikoncepce u nás dle pohlaví**



Z celkového počtu 146 žen (100%) 3 ženy (2%) neví, jaké formy hormonální antikoncepce jsou u nás nabízeny, 57 žen (39%) zaškrtno vaginální kroužek, 79 žen (54%) označilo podkožní implantát, 129 žen (88%) náplastí, 105 žen (72%) zaškrtno formu injekcí a 143 žen (98%) označilo tablety. Odpověď „Jiné“ nevyužila žádná žena (0%).

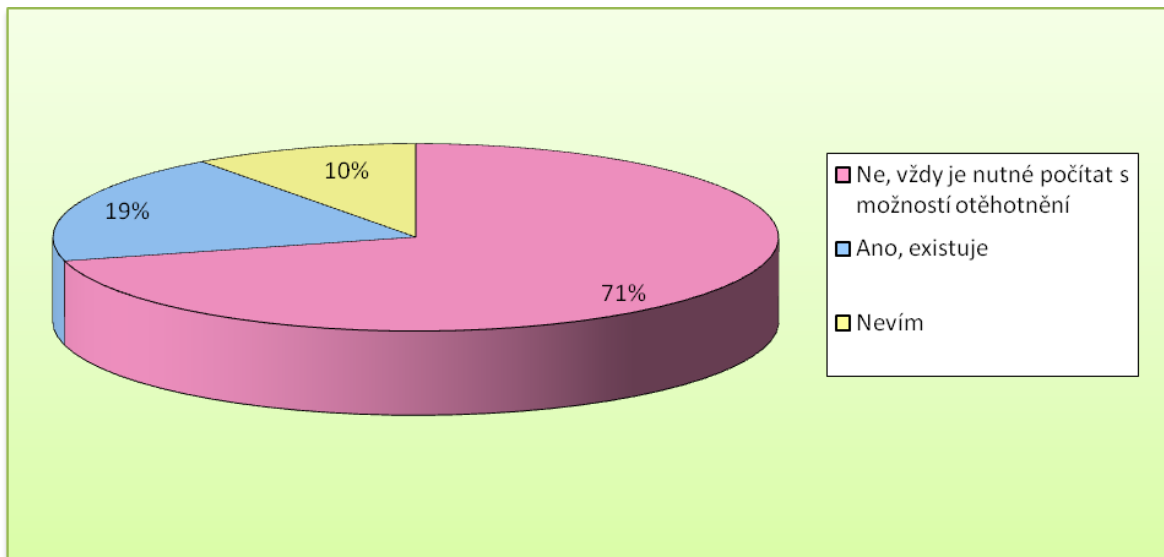
Z celkového počtu 44 mužů (100%) označilo 5 mužů (11%) formu podkožního implantátu, 23 mužů (52%) formu náplastí, 27 mužů (61%) zaškrtno injekce, 44 mužů (100%) je informováno o formě tablet. Žádný muž neoznačil odpověď „Jiné“(0%), „Nevím“(0%) a „Vaginální kroužek“(0%).

**Graf 8**      **Názor rodičů na otázku zda je antikoncepce u nás dostatečná**



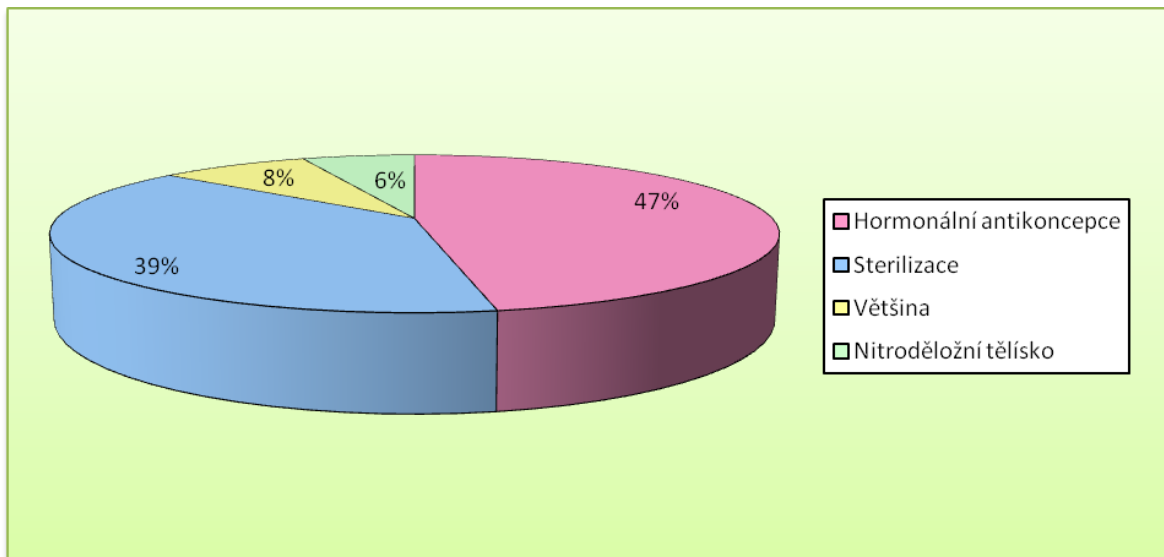
Ze 190 (100%) rodičů se 177 rodičů (93%) domnívá, že je antikoncepce u nás dostatečná. 11 rodičů (6%) se domnívá, že ne a 2 rodiče (1%) neví.

**Graf 9**      **100% spolehlivost antikoncepce**



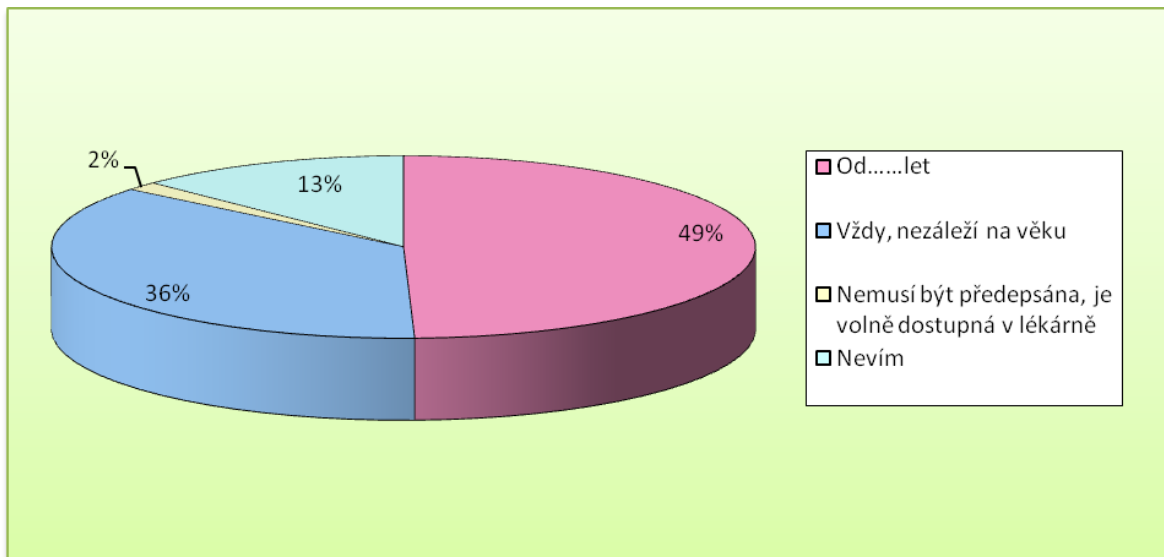
Ze 190 (100%) rodičů se 134 rodičů (71%) shodlo, že je vždy nutné počítat s možností otěhotnění. 36 rodičů (19%) se domnívá, že 100% antikoncepce existuje a 19 rodičů (10%) neví.

**Graf 10** Uvedené druhy 100% antikoncepce



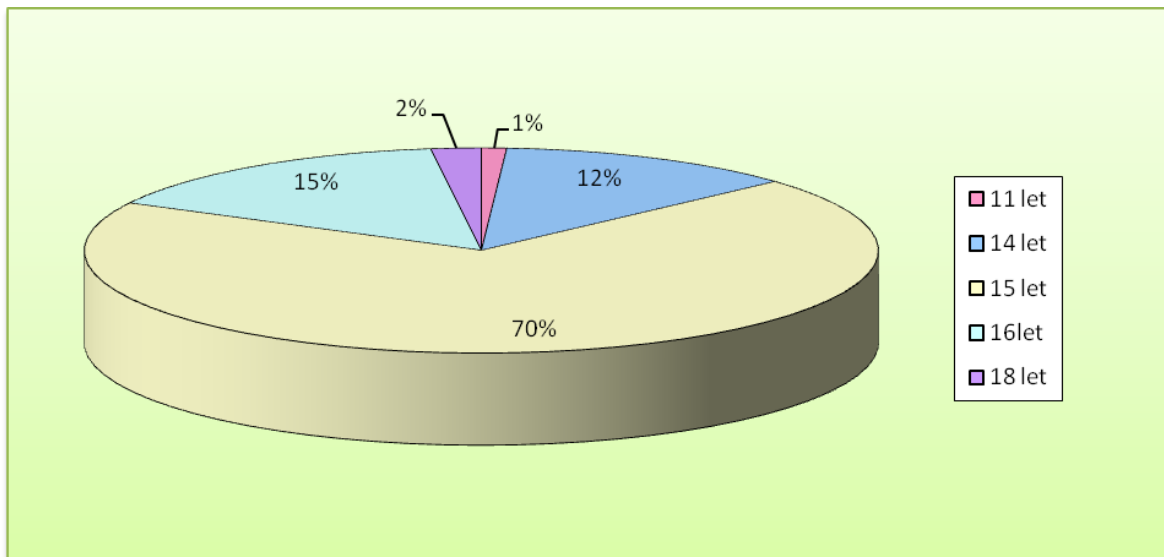
Zde z 36 rodičů (100%) uvedlo jako 100% antikoncepci 17 rodičů (47%) hormonální antikoncepci, 14 rodičů (39%) uvedlo sterilizaci, 3 rodiče (8%) se domnívají, že většina druhů antikoncepce je 100% a 2 rodiče (6%) uvádí nitroděložní tělísko.

**Graf 11** Znalost rodičů, od kdy může být předepsána hormonální antikoncepce



Ze 190 (100%) rodičů označilo 98 rodičů (49%) odpověď „Od.....let“. 72 rodičů (36%) odpovědělo, že nezáleží na věku, 3 rodiče (2%) uvedli, že nezáleží na věku – je volně dostupná v lékárně a 25 rodičů (13%) neví.

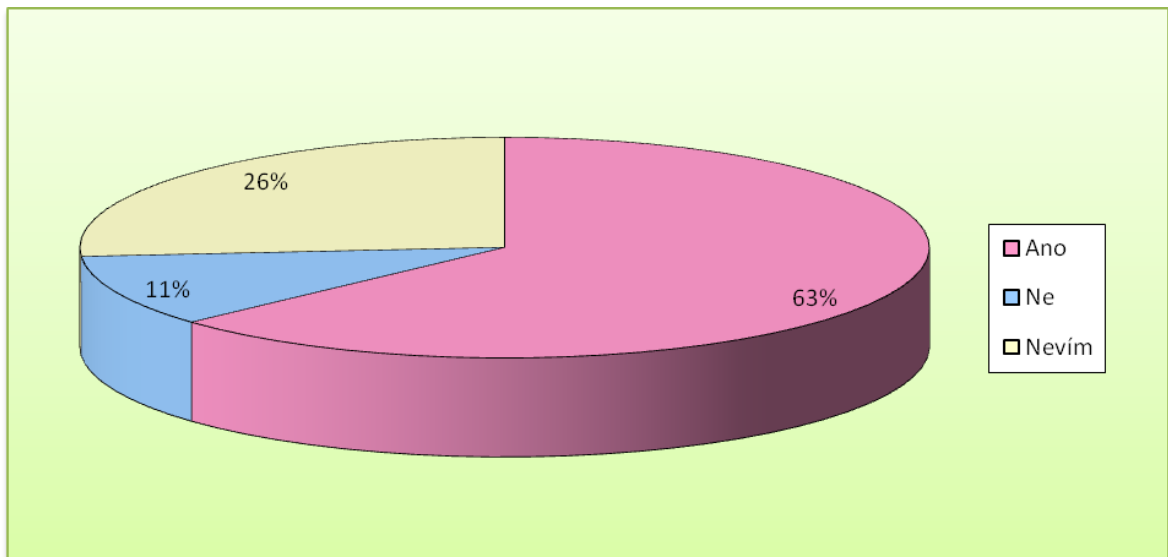
**Graf 12**      **Věková hranice pro předpis hormonální antikoncepce**



Z celkového počti 98 (100%), 1 rodič (1%) odpověděl hranicí 11 let, 12 rodičů (12%) uvedlo 14 let. Věkovou hranici 15 let uvedlo 68 rodičů (70%), 15 rodičů (15%) odpovědělo 16 let a 2 rodiče (2%) uvedli 18 let.

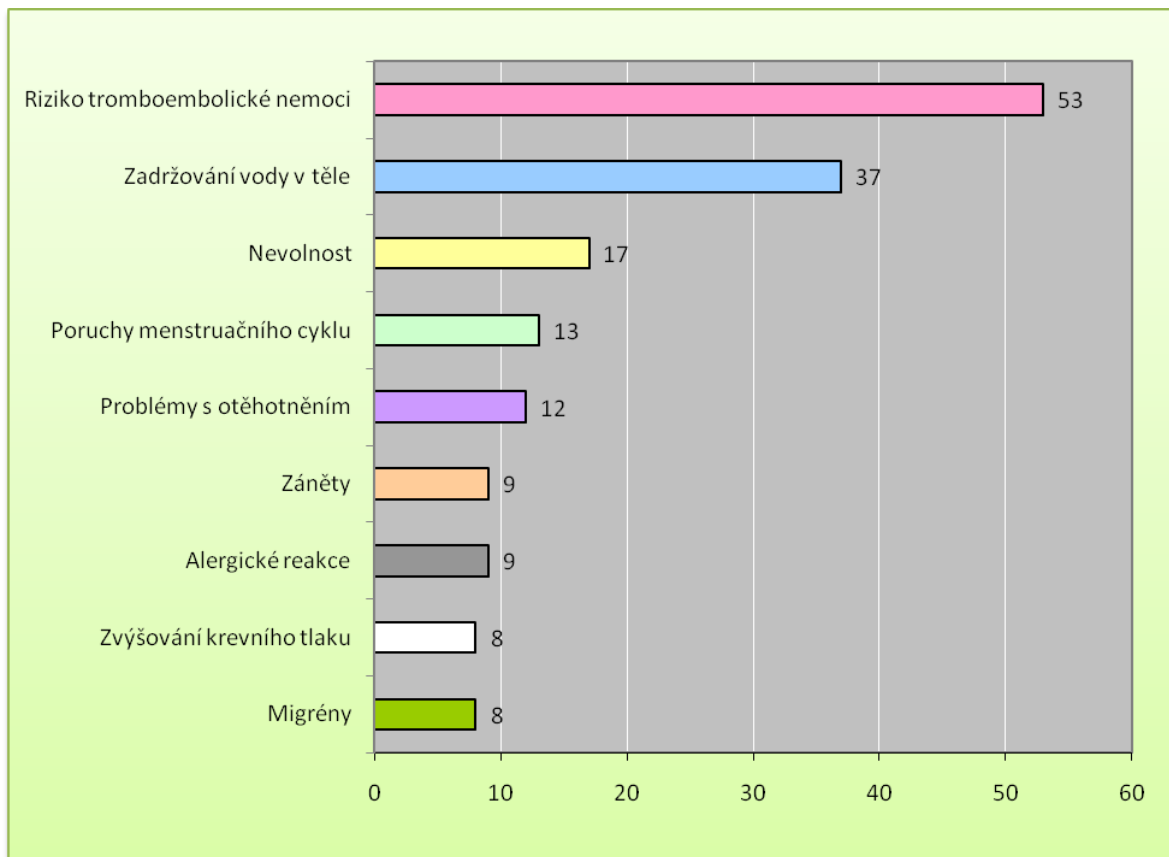


**Graf 13**      **Nežádoucí vedlejší účinky hormonální antikoncepce**



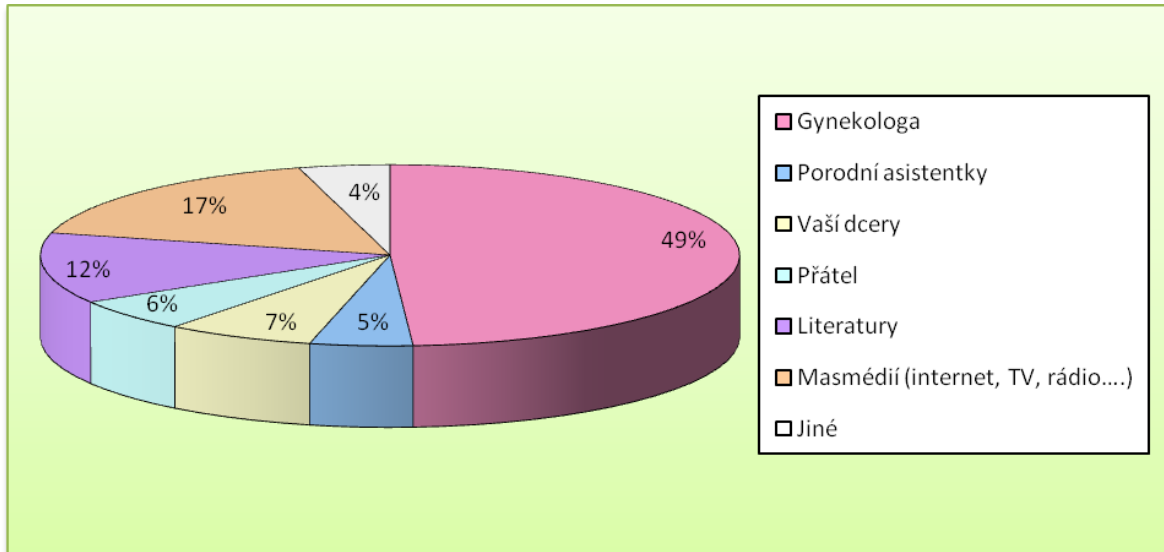
Z celkového počtu 190 (100%) dotazníků, bylo 120 dotazníků (63%) zodpovězeno, že existují nežádoucí vedlejší účinky hormonální antikoncepce, 20 dotazníků (11%) bylo označeno odpovědí „Ne“ a 50 (26%) dotazovaných rodičů neví.

**Graf 14** Uvedené nežádoucí vedlejší účinky hormonální antikoncepce



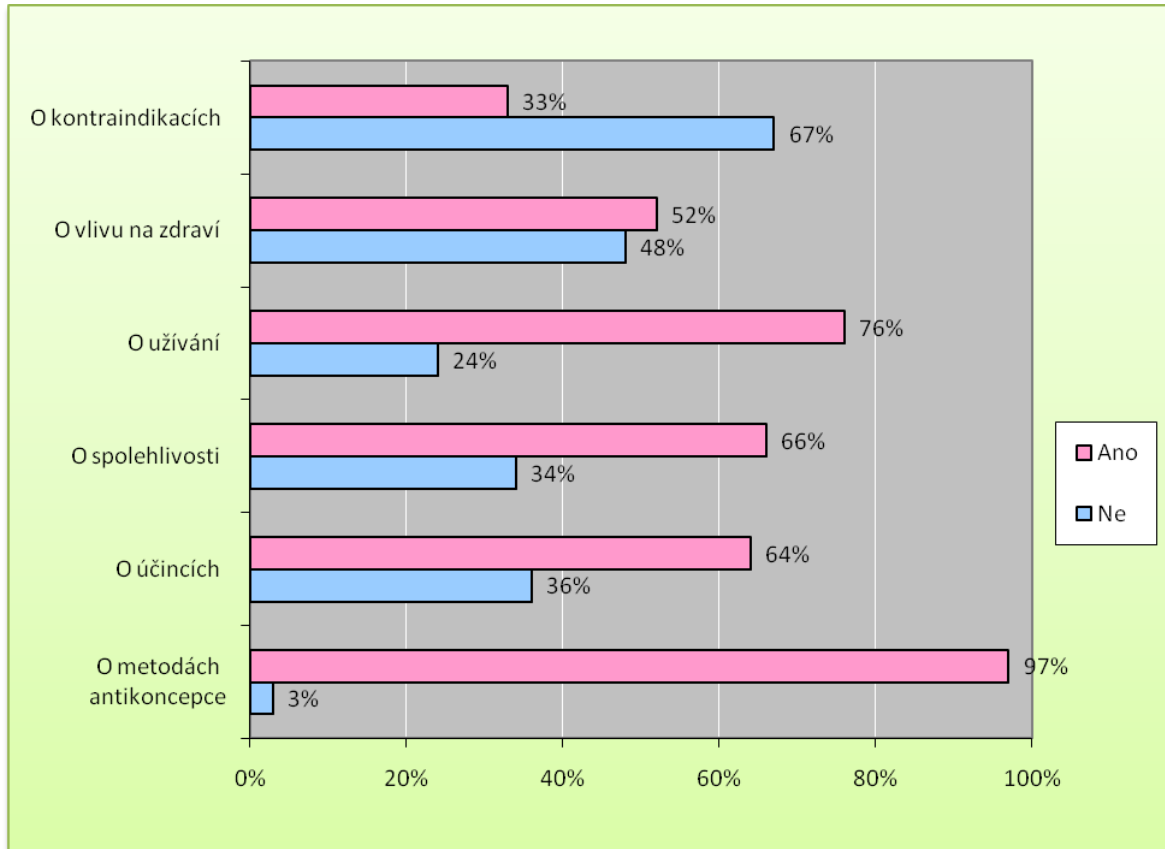
Z celkového počtu 166 odpovědí, 53 odpovědí specifikovalo nežádoucí vedlejší účinky jako riziko tromboembolické nemoci, 37 odpovědí zadržování vody v těle, 17 odpovědí nevolnost, 13 odpovědí specifikovalo poruchy menstruačního cyklu. Jako další nežádoucí vedlejší účinek byl 12krát doplněn problém s následným plánovaným otěhotněním, 9 odpovědí bylo uvedeno jako záněty, stejně tak 9 odpovědí uvedlo alergické reakce, 8 respondentů specifikovalo zvyšování krevního tlaku a 8 respondentů migrény.

**Graf 15 Zdroje, od kterých rodiče získali nejvíce užitečných informací o antikoncepci**



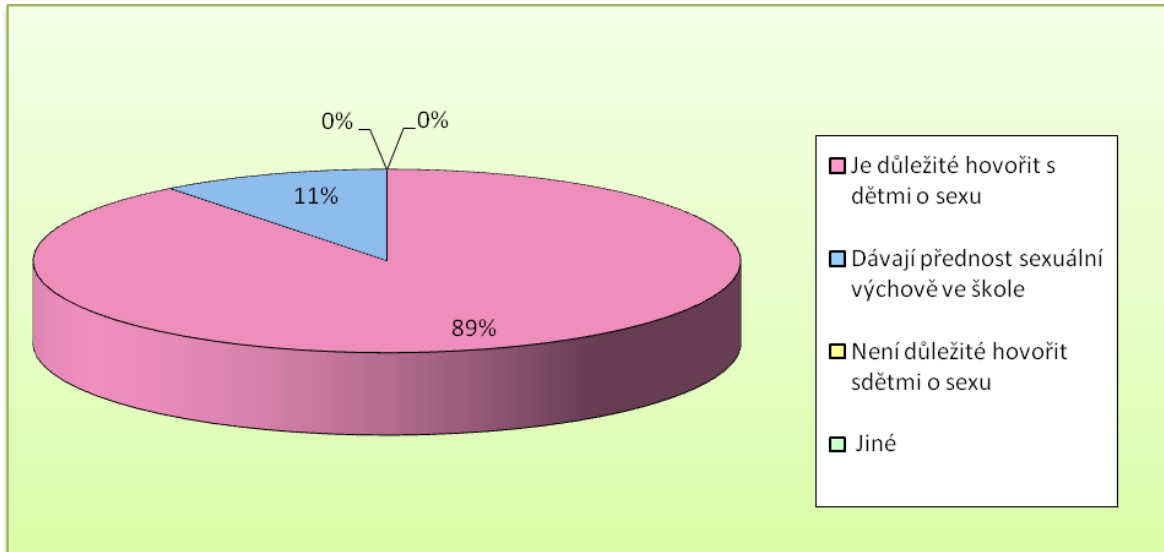
Ze 190 (100%) rodičů, 93 rodičů (49%) získalo informace o antikoncepci od gynekologa, 9 rodičů (5%) získalo informace od porodní asistentky. 13 rodičů (7%) uvedlo, že nejvíce užitečných informací získali od své dcery, 11 rodičů (6%) od přátel, 24 rodičů (12%) z literatury, 32 rodičů (17%) z masmédií a 8 rodičů (4%) uvedlo jiné, z čehož 7 uvedlo kožního lékaře a 1 neví.

**Graf 16** Získané informace o antikoncepci od zdrojů uvedených v předešlém grafu



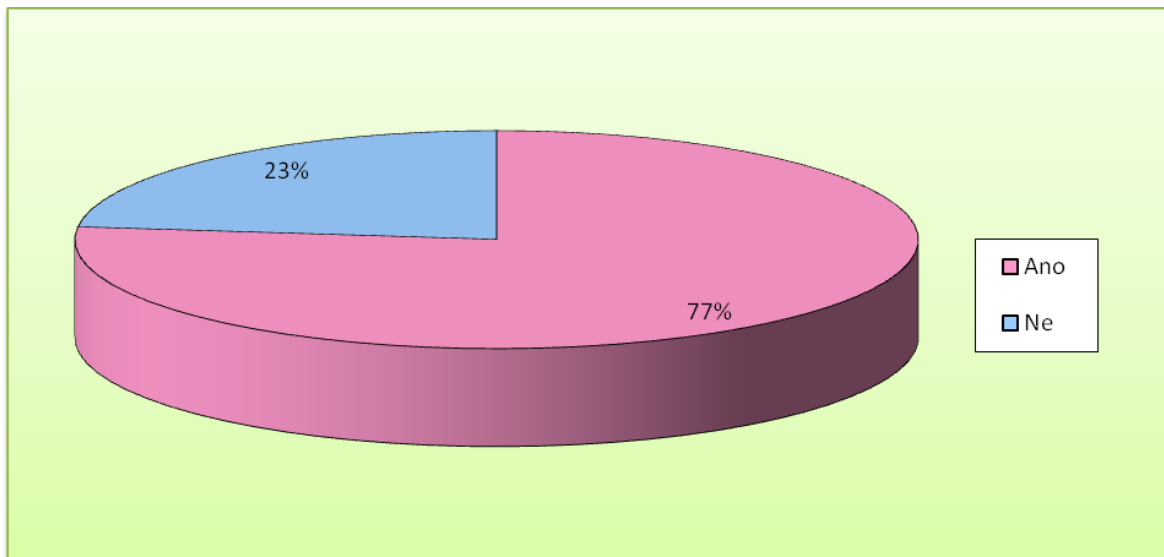
Ze 190 (100%) rodičů získalo informace o kontraindikacích 63 rodičů (33%), naopak tyto informace nezískalo 127 rodičů (67%). Informace o vlivu antikoncepce na zdraví získalo 99 rodičů (52%), nezískalo 91 rodičů (48%). Od zdroje se 144 rodičům (76%) dostalo informací o užívání antikoncepce, nedostalo v 46 případech (24%). Informace o spolehlivosti získalo 126 rodičů (66%), nezískalo 64 rodičů (34%). O účincích je informováno 122 rodičů (64%), není informováno 68 rodičů (36%). Informace o metodách antikoncepce dostalo 184 rodičů (97%), nedostalo 6 rodičů (3%).

**Graf 17**      **Názor rodičů na rozhovor s dětmi z oblasti sexuálního a reprodukčního zdraví**



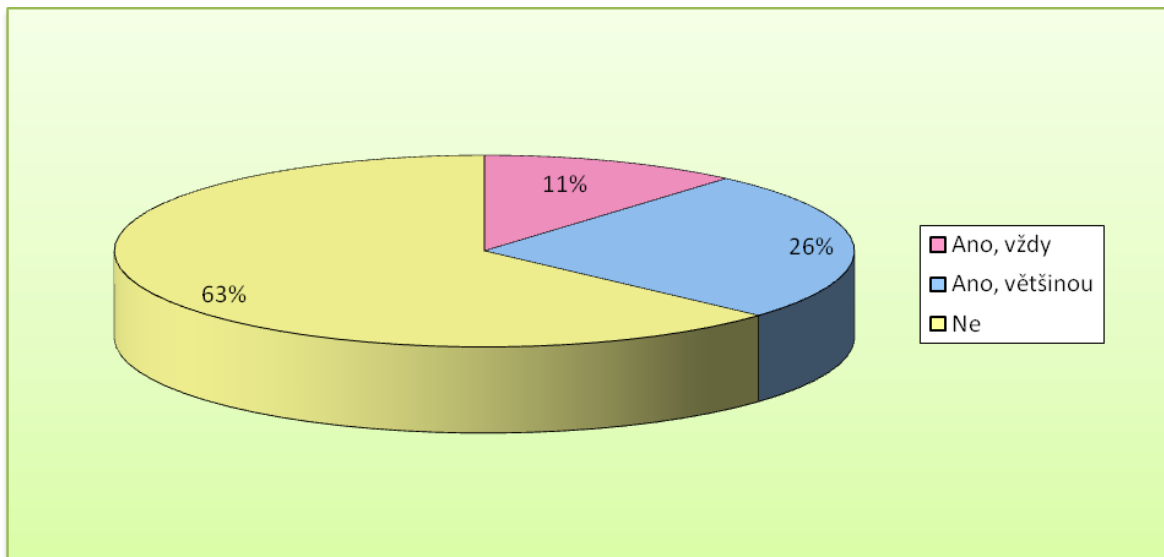
Z celkového počtu 190 (100%) rodičů je pro 170 rodičů (89%) důležité hovořit s dětmi o sexu, 20 rodičů (11%) dává přednost sexuální výchově ve škole. Možnosti dalších odpovědí nebylo využito.

**Graf 18** Rady dcerám ohledně antikoncepce



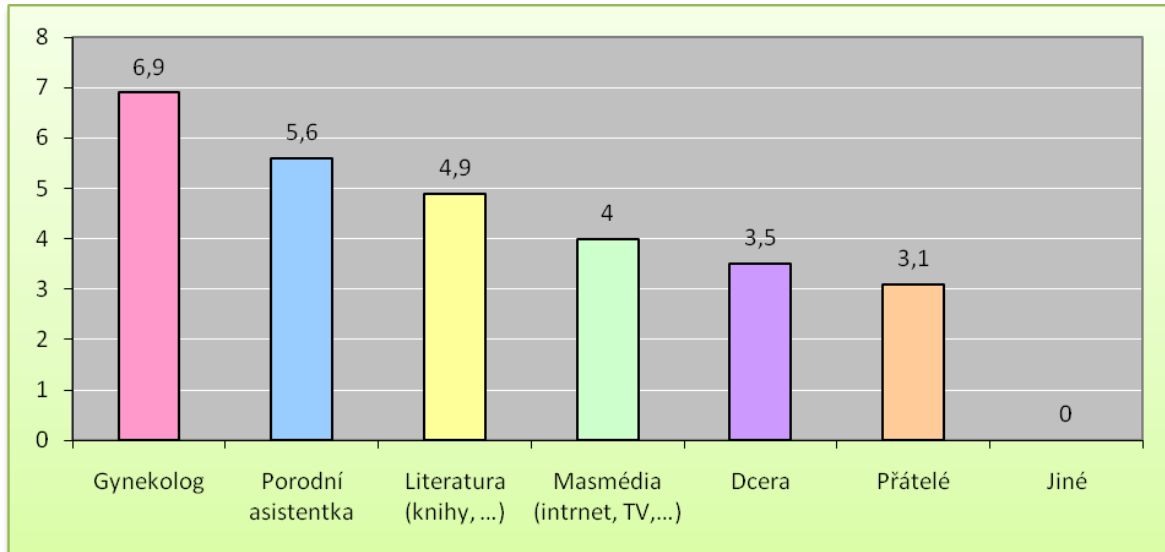
Z celkového počtu 190 dotazovaných (100%) 146 (77%) rodičů uvedlo, že dceři ohledně antikoncepce radí a 44 rodičů (23%) se vyjádřilo, že dceři v této otázce neradí.

**Graf 19** Doprovod rodičů na pravidelné gynekologické vyšetření své dcery



Z celkového počtu 190 (100%) rodičů 21 rodičů (11%) svou dceru na pravidelné gynekologické vyšetření doprovází vždy, 47 rodičů (26%) svou dceru k lékaři většinou doprovází a 117 rodičů (63%) svou dceru nedoprovází.

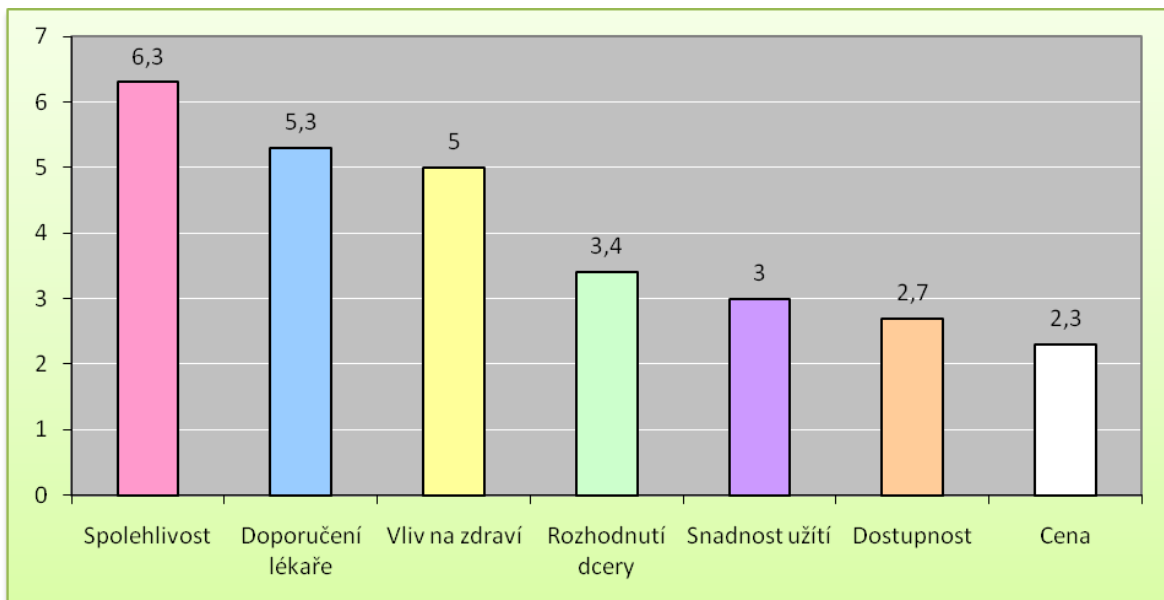
**Graf 20** Pořadí zdrojů, z kterých by rodiče čerpali nejspolehlivější informace o antikoncepci pro svou dceru



Nejspolehlivějším zdrojem je dle rodičů gynekolog (6,9 bodů), dále porodní asistentka (5,6 bodů), 4,9 bodů získala masmédia, 3,5 bodů dcera. Přátelé získali 3,1 bodů. Žádný bod získala odpověď „Jiné“.

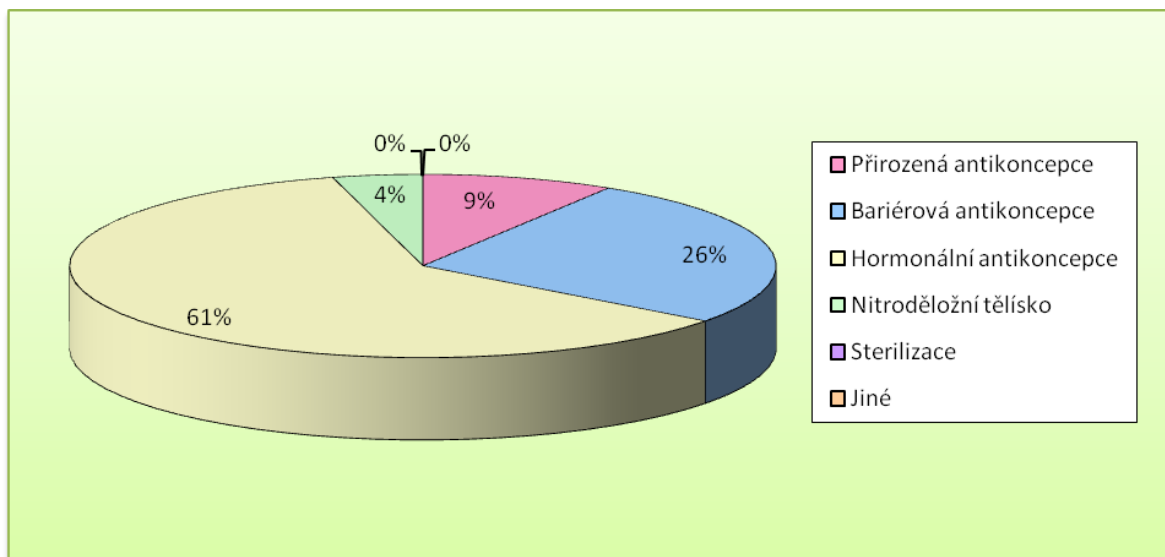


**Graf 21** Pořadí kritérií při výběru antikoncepce pro dcery



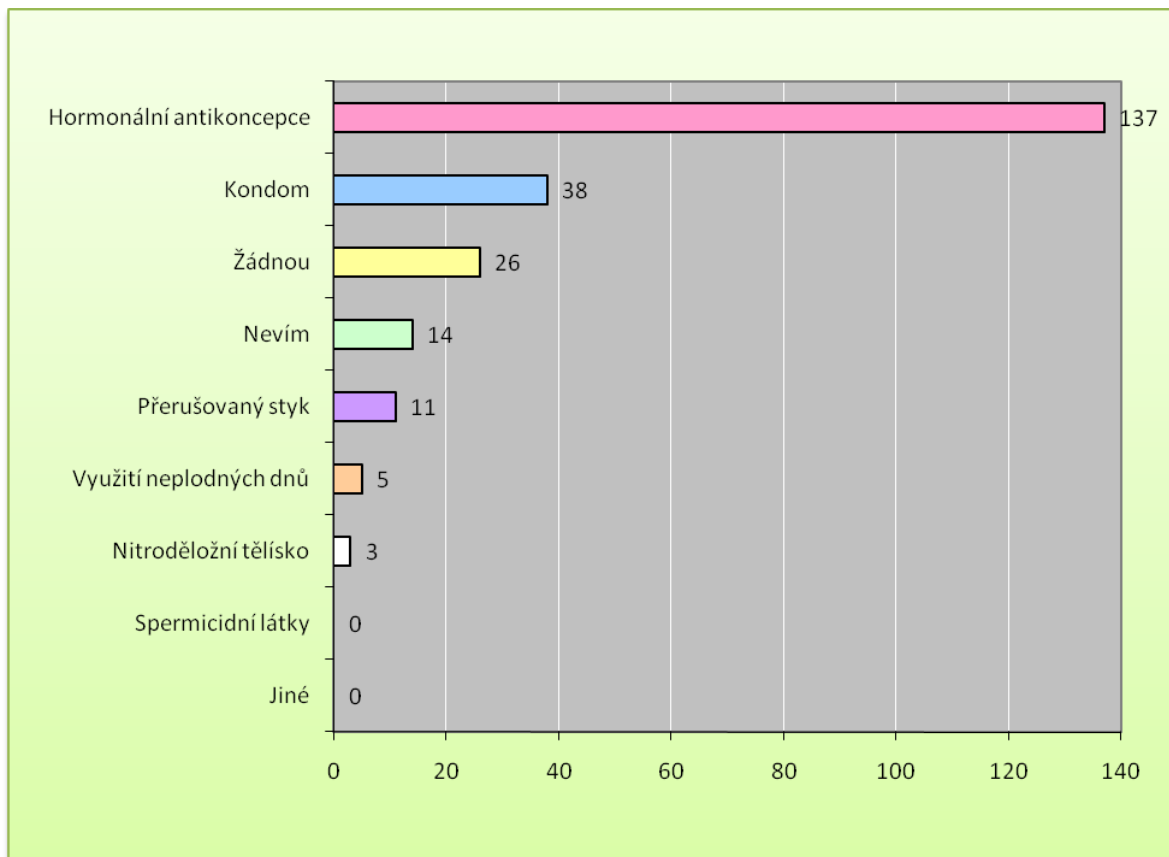
Největším kritériem při výběru antikoncepce je dle rodičů spolehlivost (6,3 bodů), na 2. místě skončilo doporučení lékaře (5,3 bodů), dále vliv na zdraví (5 bodů). Dále je dle výsledků největším kritériem rozhodnutí dcery (3,4), snadnost užití (3 body), dostupnost (2,7 bodů) a cena je na posledním místě (2,3 bodů).

**Graf 22**      **Nejvhodnější antikoncepce pro mladistvé**



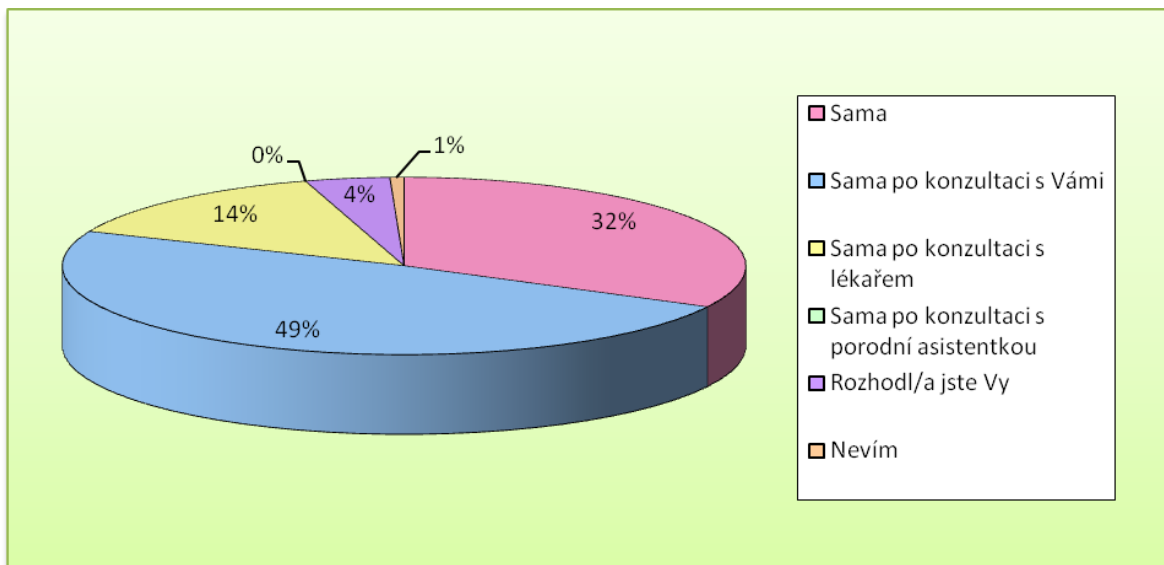
Ze 190 (100%) rodičů, 103 rodičů (61%) nejvhodnější antikoncepcí pro mladistvé považuje hormonální antikoncepci, 45 rodičů (26%) bariérovou antikoncepci, 15 rodičů (9%) přirozenou antikoncepci, 7 rodičů (4%) nitroděložní antikoncepci. Za nejméně vhodnou antikoncepci považují sterilizaci, kterou neoznačil žádný rodič (0%), stejně tak nebyla označena odpověď „Jiné“(0%).

**Graf 23**      **Metoda antikoncepce užívaná dcerou**



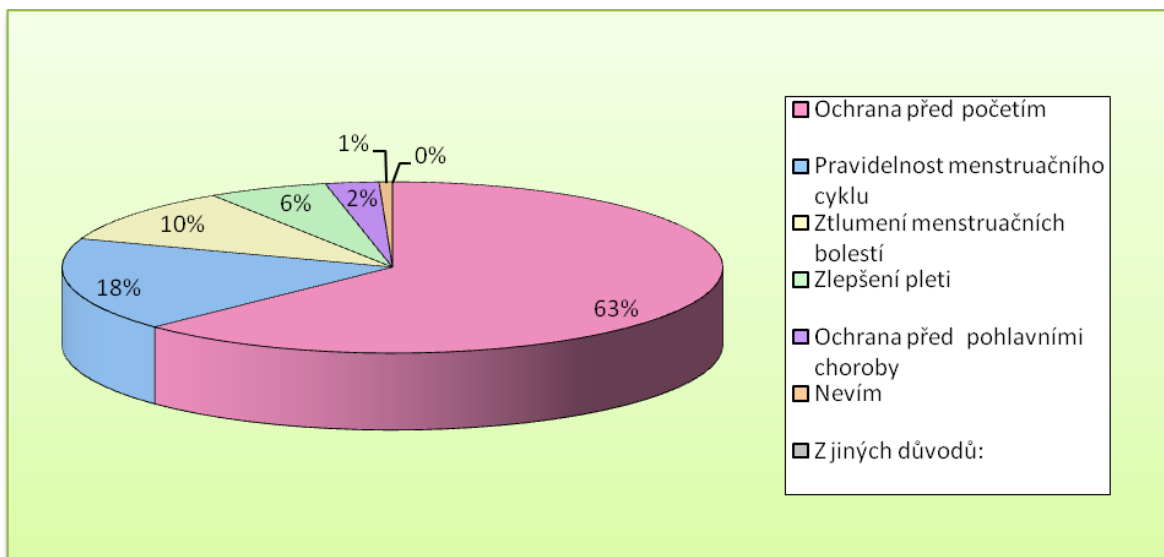
Za 100% zde bylo považováno 223 odpovědí. 137krát byla označena hormonální antikoncepce, 38 odpovědí označuje kondom. 26 odpovědí vyjadřuje, že dcera neužívá žádnou antikoncepci. 14 rodičů neví, jakou antikoncepci jejich dcera užívá. Přerušovaný styk byl označen 11krát, 5krát využití neplodných dnů, 3krát nitroděložní tělísko. Spermicidní látky a jiné neoznačil žádný rodič.

**Graf 24**      **Rozhodnutí dcery o užívání antikoncepce**



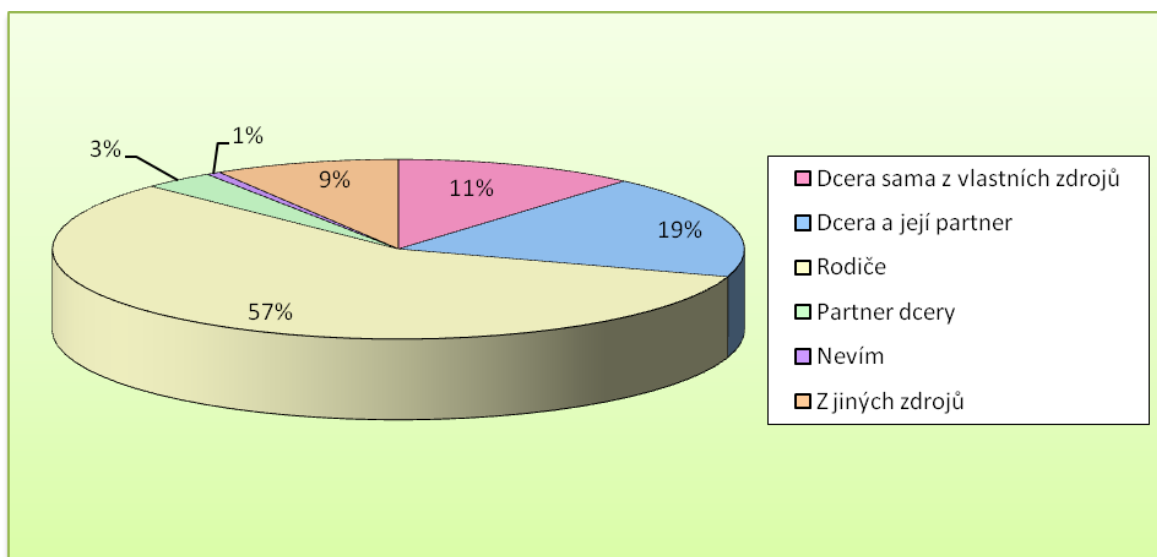
Z celkového počtu 150 rodičů (100%) uvedlo 73 rodičů (49%), že se jejich dcera o užívání antikoncepce rozhodla sama po konzultaci s rodičem, 49 (32%) rodičů uvedlo, že se rozhodly dcery samy, 21 rodičů (14%) uvedlo, že dcery po konzultaci s lékařem, 6 rodičů (4%) uvedlo, že rozhodlo o metodě samo, bez konzultace s dcerou a 1 rodič (1%) neví. Rozhodnutí dcery po konzultaci s porodní asistentkou nebylo označeno (0%).

**Graf 25**      **Hlavní důvod užívání antikoncepce dcerou**



Ze 150 (100%) rodičů 96 rodičů (63%) označilo, že největším důvodem užívání antikoncepce dcerami je ochrana před početím, 27 rodičů (18%) uvedlo pravidelnost menstruačního cyklu, 16 rodičů (10%) označilo ztlumení menstruačních bolestí, důvod zlepšení pleti označilo 9 rodičů (6%), ochranu před pohlavními nemocemi označili 4 rodiče (2%), 1 rodič (1%) neví. Z jiných důvodů nebylo označeno (0%).

**Graf 26** Úhrada antikoncepce



Ze 150 rodičů (100%) 86 rodičů (57%) hradí antikoncepci dceři sami. Ve 28 případech (19%) antikoncepci hradí dcera se svým partnerem, dcera sama 17krát (11%), 13krát (9%) bylo uvedeno z jiných zdrojů a to úhrada rodiči společně s dcerou. V 5 případech (3%) hradí antikoncepci partner dcery a 1 (1%) byla uvedena odpověď „Nevím“.

## **4.2 Výsledky kvalitativního šetření**

### **4.2.1 Kazuistiky respondentek**

Kazuistiky byly zpracovány na základě rozhovorů, které proběhly s respondentkami (porodními asistentkami) pracujícími v českobudějovických gynekologicko-porodnických ordinacích.

#### **Kazuistika respondentky č. 1.**

Porodní asistentka č. 1, věk 63 let. Má středoškolské vzdělání, ve zdravotnictví pracuje celkem 44 let, v této ambulanci vykonává svou práci již 33 let.

Většina dívek přichází do ordinace s rodiči, nejčastěji s matkou, není to však pravidlem. S rodiči se setkává převážně v době, kdy jejich dcera přichází na první preventivní gynekologickou prohlídku. Pokud rodiče s dcerou ordinaci navštíví, hlavním tématem je antikoncepce. Porodní asistentka návštěvu rodičů vítá, má zájem, aby se rodiče do rozhovoru zapojili. Hlavní výhodou rozhovorů s rodiči spatřuje ve zlepšení vztahu a komunikace samotných rodičů a jejich dcer. Dále si myslí, že pokud jsou informováni i rodiče, dokáží své dcery lépe poučit, jelikož k nim mají dívky větší důvěru.

Informace o antikoncepci v této ordinaci zodpovídá, jak porodní asistentka, tak lékař, je to vyrovnané. Nejčastěji rodiče požadují informace o druzích antikoncepce a jejím užívání, jejich kontraindikacích, nežádoucích vedlejších účincích, ale i výhodách. Dále je zajímavá, jak často musí dívky docházet na preventivní kontroly, pokud užívají antikoncepci. Porodní asistentka vnímá informovanost rodičů jako dostatečnou. Myslí si, že rodiče mají všeobecný přehled.

Mladým dívkám doporučuje nejčastěji hormonální antikoncepci. Hlavním důvodem je, že je po ní největší poptávka a ona sama si myslí, že užívání hormonálních tablet je pro dívky středoškolského věku nejpohodlnější a nepraktičtější.

Zastává názor, že stejně jako ona jsou i ostatní porodní asistentky schopny a mají možnosti rodiče edukovat o antikoncepci. Edukaci o antikoncepci provádí denně, v ordinaci

má k dispozici informační brožury, videokazety s problematikou antikoncepce a názorné pomůcky (názorná pomůcka pro zavedení nitroděložního tělíška, antikoncepční kroužek Nuvaring). Edukaci provádí porodní asistentka individuálně, metodou rozhovoru. Využívá také informačních brožur, které dívkám a rodičům nechává. Edukační záznam neprovádí, do dokumentace píše pouze: „pacientka poučena“. Při edukaci hormonální antikoncepce by postupovala tímto způsobem: zhodnotí stav klientky, společně s ní vybere vhodnou antikoncepci na míru, o které následně klientce podá informace, zpětná vazba.

Jediné co by chtěla při edukaci změnit, je mít více času na pacientky a na jejich edukaci a zároveň na ně působit, tak aby ke svému sexuálnímu životu přistupovaly zodpovědně. Edukaci ohledně antikoncepce se snaží provádět sama, pouze pokud mají rodiče speciální požadavky, odkazuje je na lékaře, či na lékárny, které jim mohou poskytnout příbalové letáky k jednotlivým druhům antikoncepce.

Dle jejího názoru mají porodní asistentky nenovější informace o antikoncepci. Informace poskytují nejčastěji obchodní dealeři, kteří ordinaci navštěvují pravidelně a hovoří přímo s porodní asistentkou a také posílají do ordinace emaily s novinkami. Dále informace získává ze zdravotnických materiálů, které do ordinace objednávají a v neposlední řadě ze zdravotnických časopisů např. Gynekolog, Zdravotnické listy, apod. Seminář týkající se specifík antikoncepce navštívila dle jejích slov: „kdysi dávno, v poslední době ne“. Na otázku, zda by uvítala více informací o antikoncepci, porodní asistentka odpověděla: „Nikdy neříkej nikdy, člověk by se měl stále učit novým věcem a sbírat zkušenosti“.



## **Kazuistika respondentky č. 2.**

Porodní asistentka č. 2, věk 32 let. Má vysokoškolské bakalářské vzdělání. Ve zdravotnictví se pohybuje 12 let, 6 let vykonávala práci všeobecné zdravotní sestry, při této práci se věnovala bakalářskému studiu oboru porodní asistentka. Jako porodní asistentka svou profesi uplatňovala ve zdravotnictví 6 let, z toho je 2 roky zaměstnaná zde v ambulanci.

Dívky středoškolského věku navštěvují tuto ordinaci většinou samy, některé s matkou. Sami rodiče ji navštěvují výjimečně. Rodiče se s otázkami antikoncepce obracejí, jak na samotnou porodní asistentku, tak na lékaře. Porodní asistentka udává, že je to rovnoměrné. Nejdříve jejich dotazy proberou s porodní asistentkou a poté s lékařem. Rodiče se porodní asistentky nejčastěji dotazují, zda je možnost předepsání antikoncepce pro jejich dceru, i pokud ještě nebyla na preventivní prohlídce, nebo pokud dceři ještě nebylo 15 let. Také zajímají, jaké metody antikoncepce existují. Od lékaře vyžadují konkrétnější informace a to o užívání antikoncepce, cena, kontraindikace. Porodní asistentka má zájem, aby se rodiče zapojili do rozhovoru. Tohoto názoru je proto, že většina rodičů antikoncepci své dceři hradí a měli by tedy vědět, za co utrácejí. Informovanost rodičů vnímá jako dostatečnou.

Porodní asistentka uvádí, že je schopná dle svých znalostí zodpovědět případné dotazy rodičů ohledně antikoncepce. Domnívá se, že stejně tak jsou na tom i ostatní porodní asistentky. Nemá možnost do edukace o antikoncepci zasahovat do hloubky, podává všeobecné informace. Z hlediska anamnézy, rodiče i dívky častěji odkazuje na lékaře, který zná jejich zdravotní stav a dokáže posoudit, která antikoncepce je pro pacientku nejvíce vhodná.

V ordinaci mladým dívkám nejvíce doporučují hormonální pilulky vzhledem k nejpříjemnějším cenám a ke spolehlivosti. Lékař nedoporučuje spermicidní látky.

V čekárně je vyvěšená informační tabule, kde jsou vypsány všechny metody antikoncepce i s jednotlivými výhodami a nevýhodami. Dalším edukačním materiálem, který mají v ordinaci je seznam všech dostupných antikoncepčních přípravků včetně cen a

informační brožury, které jsou určeny pro vlastní potřebu pacientek. Informační brožury dává pacientkám lékař, který má k dispozici i některé vzorky antikoncepčních přípravků, většinou se jedná o hormonální tablety. Ukázkou hormonálního kroužku Nuvaring a názornou pomůckou zavedení nitroděložního tělíska považuje za samozřejmost.

Pokud mají pacientky zájem o informace přímo od ní, edukuje je ústně. Záznam o edukaci do dokumentace neprovádí, to dělá spíše lékař. Nic by při své edukaci neměnila, je spokojena s vlastní prací.

Při edukaci hormonální antikoncepce by postupovala tímto způsobem: zjistí anamnestické údaje klientky, výběr antikoncepčního přípravku, informování o vybraném antikoncepčním přípravku, zpětná vazba.

Porodní asistentky, dle jejího názoru, mají přístup k nejnovějším informacím. Ona sama nejnovější informace získává od dealerů, kteří informují o novinkách na trhu. Z internetu nečerpá. Nejnovějším trendem antikoncepce uvedla vaginální hormonální kroužek Nuvaring, o který není dle jejího názoru velký zájem. Pacientky se bojí, že nezvládnou jeho zavádění a i cena není nejpříznivější. Nevzpomíná si, kdy naposledy navštívila nějaký seminář na téma antikoncepce. Stačí ji informace, které se dozví od dealerů. Cítí se dostatečně informovaná.

### **Kazuistika respondentky č. 3.**

Porodní asistentka č. 3, věk 55. Vzdělání vyšší odborné, diplomovaná porodní asistentka. Ve zdravotnictví pracuje 33. let. Na současném místě 20. let.

Dívky středoškolačky navštěvují ordinaci většinou samy, ale jsou případy, kdy navštíví ordinaci dívky 9. tříd, které přicházejí s matkou. Nejčastěji požadují informace o metodách antikoncepce, ceně, vhodnosti, výhodách. Pokud čekají v čekárně, dotazují se na možnosti antikoncepce samotné porodní asistentky. Poté se na informace ptají lékaře v ordinaci. PA má zájem, aby se zapojily do rozhovoru, je to individuální. PA pracuje v této ordinaci již řadu let a zná samotné matky dívek, které do ordinace docházejí. S rodiči má dobrý vztah a o antikoncepci je informuje i dříve než vůbec dívky na prohlídku přijdou,

informuje tedy často i rodiče bez přítomnosti samotné dívky. Myslí si, že dívky jsou často o antikoncepci informované více než samotní rodiče. Podle jejího názoru je informovanost nedostatečná, pokud tedy matky samy nějakou antikoncepci neužívají. Myslí si, že informovanost díky přístupnosti informací na internetu, by mohla být lepší.

PA jsou schopné edukovat avšak možnosti jsou relativní, dle provozních podmínek v ordinaci. Myslí si, že častěji edukace ve většině ordinací probíhá přímo s lékařem.

V ordinaci mají informační brožury od většiny antikoncepčních přípravků, které jsou rodičům i dívkám k dispozici. Dále mají názorné pomůcky pro zavedení nitroděložního tělíška a ukázkou hormonálního kroužku Nuvaring. Myslí si, že je lepší, když to pacientky přímo vidí a dokáží si udělat větší představu. Někdy dealeři nosí na zkoušku vzorky hormonální antikoncepce.

Porodní asistentka edukuje ústně a rozdává informační letáčky. Záznam o edukaci do dokumentace neprovádí, to si dělá až pan doktor v ordinaci. Při edukaci hormonální antikoncepce by postupovala takto: výběr vhodného prostředí pro edukaci, zjištění zdravotního stavu, výběr vhodné antikoncepce, seznámení s antikoncepcí, zodpovězení klientčiny dotazů, zpětná vazba, záznam do dokumentace.

Nic by měnit nechtěla, myslí si, že jsou kompetence dobře dané. V jejím případě si sestra přeje, aby jí lékař dal větší možnost edukovat dívky a rodiče ohledně antikoncepce.

Porodní asistentky jsou dle jejího názoru o antikoncepci dostatečně informované. Ona sama dokáže rodičům zodpovědět dotazy týkající se antikoncepce. Má dlouholeté zkušenosti. Má přístup k nejnovějším trendům antikoncepce. Jako nejnovější typ antikoncepce označila hormonální kroužek Nuvaring. Nejnovější informace získává od lékaře a od dealerů. Informace z internetových zdrojů nevyhledává. Nenevštěvuje semináře týkající se antikoncepce. Nejčastěji doporučuje dívkám hormonální antikoncepci ve formě tablet. Je nejdostupnější a je zde velká cenová relace, u těchto mladých dívek pomáhá při problematické pleti a v úpravě menstruačního cyklu. Na trhu je velký výběr. Sestra konstatuje: „Ne každá antikoncepce vyhovuje všem dívkám“. PA se domnívá, že má veškeré možné informace o antikoncepci.

#### **Kazuistika respondentky č. 4.**

Porodní asistentka č. 4, věk 42 let. Vzdělání středoškolské v oboru ženská sestra. Nyní studuje dálkově vysokoškolský bakalářský obor: porodní asistentka. Ve zdravotnictví pracuje 20 let. Na současném místě pracuje 3 roky.

S rodiči dívek středoškolaček se setkává často, převážně při první návštěvě dívek u gynekologa. V případě, že rodiče požadují informace o antikoncepci, obracejí se na porodní asistentku i na lékaře, je to vyrovnané. Dožadují se informací o metodách antikoncepce, jejich spolehlivosti, ceně a dostupnosti. PA má zájem, aby se rodiče zapojovali do rozhovorů o antikoncepci, aby dokázali poradit svým dcerám a dohlédli na správné užívání. PA se domnívá, že informovanost rodičů je různá, dle věku. Dle jejího názoru jsou rodiče starších ročníků informováni nedostatečně, oproti mladším rodičům, kteří mají o antikoncepci často všeobecný přehled.

Dotazující se domnívá, že jsou porodní asistentky schopny a mají možnosti edukovat o antikoncepci. Edukačními materiály v ordinaci jsou informační brožury jednotlivých antikoncepčních přípravků, názorné pomůcky (pomůcka pro zavedení nitroděložního tělíska, hormonální kroužek Nuvaring). V ordinaci mohou dívky využít možnost vyzkoušet hormonální antikoncepční tablety na 1. měsíc. Tyto antikoncepční tablety do ordinace dodávají dealeri různých firem. Porodní asistentka nejčastěji podává informace ústně. Poskytuje také pacientkám informační materiál, kterého mají ve své ambulanci dostatek. PA záznam o edukaci neprovádí, do dokumentace píše pouze: „pacientka poučena“. Při edukaci hormonální antikoncepce by postupovala následovně: dle anamnézy klientky vybere vhodnou antikoncepční metodu, následně o antikoncepci klientku edukuje, zpětná vazba, záznam do dokumentace. Chtěla by mít více časových možností pro edukaci antikoncepce.

Porodní asistentka se domnívá, že je schopna rodičům zodpovědět jejich dotazy. Při své praxi se zatím nesešla, že by nevěděla odpověď na jejich dotazy.

Na otázku zda mají porodní asistentky přístup k nejnovějším informacím, odpověděla: „Přístup k nejnovějším informacím mají převážně porodní asistentky pracující

v ambulancích, porodní asistentky na gynekologicko-porodnických odděleních v nemocnicích takové informace jistě nemají“. Jako nejnovější antikoncepční metodu uvedla hormonální kroužek Nuvaring. Nejvíce informací o antikoncepci získává od lékaře a dealerů. Navštěvuje pravidelně 4-5x ročně odborné semináře a konference. Poslední konferenci se týkala právě antikoncepce. PA konstatuje, že jelikož stále studuje, má informace z první ruky. Více informací tedy nepožaduje.

Dívkám středoškolačkám nejčastěji doporučuje hormonální tablety, protože je dle jejího názoru nejvíce žádaná.

#### **Kazuistika respondentky č. 5.**

Porodní asistentka č. 5, věk 23 let. Vzdělání vysokoškolské bakalářské. Během svého prezenčního studia pracovala ve zdravotnictví na zkrácený pracovní úvazek. Ve zdravotnictví pracuje 3 roky, v gynekologicko-porodnické ambulanci 2,5 roku.

S rodiči dívek středoškolaček se setkává velmi málo, dívky chodí do ambulance častěji samotné nebo s kamarádkou. Nejčastěji zde poučují o antikoncepci po styku, rodiče chtějí znát informace o užívání, vhodnosti, spolehlivosti a ceně. Tyto informace poskytuje výhradně lékař. Hlavním důvodem, proč neudává, udává: „Naši ambulanci během dne projde nespočet pacientů, nemám přístup ke všem anamnestickým údajům, jako lékař. Navíc nejsou časové možnosti a dostatek personálu, při takovém množství lidí, kteří naši ambulanci navštíví.“ Porodní asistentka navíc nemá ani zájem, aby se rodiče do rozhovorů zapojovali. Tvrdí, že by se slečny měly o antikoncepci zajímat samy. Pro dívky středoškolačky doporučuje perorální tablety s kombinovaným množstvím hormonů a kondom. Tuto metodu doporučuje z několika důvodů a těmi jsou cena, způsob podání, vysoká spolehlivost, trend, u kondomu zdůrazňuje ochranu před pohlavními nemocí. Dle jejího názoru tyto mladé dívky informovány mnohdy více než samotní rodiče a proto informovanost rodičů vnímá jako nedostatečnou.

V ambulanci mají k dispozici informační brožury jednotlivých antikoncepčních přípravků a seznam všech dostupných antikoncepčních přípravků včetně uvedených cen.

Edukace s lékařem probíhá ústně formou rozhovoru, poté dívka či rodič dostane informační brožuru. Záznam do dokumentace neprovádějí.

Při edukaci hormonální antikoncepce by postupovala tímto způsobem: zjistí zdravotní stav klientky, poté společně s klientkou vybere vhodný typ antikoncepce, klientku o antikoncepci edukuje.

Myslí si, že ona a stejně tak i ostatní porodní asistentky jsou schopny rodiče o antikoncepci edukovat. Rodiče také odkazuje na internetové zdroje, knihy, informační brožury. Konstatuje, že porodní asistentky mají přístup k nejnovějším informacím o antikoncepci. Informace získává od lékařů, dealerů, internetu, knih, gynekologických časopisů. Nejnovější metodou antikoncepce označila nitroděložní tělísko Mirena. Vzdělávacích akcí se zúčastňuje pravidelně, součástí seminářů je mnohdy i téma antikoncepce. Poslední seminář týkající se antikoncepce navštívila před rokem. Na otázku zda by uvítala více informací o antikoncepci, odpověděla: „Jistě“.

#### **Kazuistika respondentky č. 6.**

Porodní asistentka č. 6, věk 63 let. Má středoškolské vzdělání v oboru ženská sestra. Ve zdravotnictví pracuje 45 let, z toho 14 let zde v gynekologicko-porodnické ambulanci.

Ambulanci rodiče s dívkami středoškolačkami navštěvují zřídka, jsou to jen světlé výjimky. Takovéto rodiče v ambulanci nazývají: „Bílé vrány“. Pokud tedy vůbec rodič s dívkou přijde, v otázkách antikoncepce se obrací přímo na lékaře. Porodní asistentka tedy nemá možnost rodiče edukovat. Jediná otázka, kterou jí rodiče pokládají je, zda může být dívka předepsána hormonální antikoncepce, pokud nebyla na preventivní gynekologické prohlídce. Porodní asistentka po zodpovězení této otázky, dívky objedná. Poté rozhovor o antikoncepci přebírá lékař. Porodní asistentka je většinou u rozhoru přítomna, ale nezasahuje do něj. Rodiče nejčastěji požadují informace o spolehlivosti, nežádoucích vedlejších účincích, vhodnosti a ceně antikoncepčních přípravků. Porodní asistentka nepodporuje přítomnost rodičů u rozhovorů vedených s dívkami. Dle jejich slov: „U nás v ambulanci, jsme raději, když se do toho rodiče nepletou. Snažíme se společně s lékařem,

aby samotné dívky ke svému sexuálnímu životu přistupovaly zodpovědně. Máme zkušenosti, že dívky jsou v přítomnosti rodičů nervózní a neodpovídají vždy po pravdě.“ Informovanost rodičů o antikoncepci považuje porodní asistentka za dostatečnou. Předpokládá, že matky dívek samy nějakou metodu užívají nebo užívaly a mají tak vlastní zkušenosti. Dostatek informací se dá sehnat i z internetu, z kterého dle porodní asistentky rodiče také často čerpají.

Porodní asistentka si myslí, že většina porodních asistentek, stejně jako ona, je schopna zodpovědět dotazy týkající se antikoncepce. Domnívá se však, že možnosti edukovat mají porodní asistentky omezené z důvodu provozních podmínek a to zejména časových. V ambulanci poskytují edukační materiály v podobě informačních brožur, názornou pomůcku pro zavedení nitroděložního tělíska a hormonální kroužek Nuvaring. Dealeři jim často nabízejí vzorky hormonální antikoncepce pro pacientky zdarma, lékař je však nepřijímá. Edukace probíhá formou rozhovoru pouze s lékařem, v dokumentaci si lékař vede edukační záznam, který pacientky musí podepisovat. Rodiče i dívky od porodní asistentky očekávají spíše papírovou práci, o edukaci od ní nestojí. Toto vidí porodní asistentka jako jediný problém, který by chtěla při své práci změnit. Jejím přáním je, aby k ní rodiče měli stejnou důvěru jako k lékaři, protože dle jejího názoru je ona sama schopna edukovat rodiče stejnou měrou jako lékař.

Při edukaci hormonální antikoncepce by postupovala takto: zhodnotí zdravotní stav klientky, poté následuje vhodný výběr antikoncepce a představení této antikoncepce, vše zapisuje do dokumentace.

Porodní asistentky dle jejího názoru jsou velice informované. Domnívá se, že nejnovější informace získávají, stejně jako ona, od dealerů, seminářů a z internetu. Za nejnovější metodu antikoncepce považuje hormonální kroužek Nuvaring, o kterém tvrdí, že právě on potřebuje větší edukaci ze stran lékařů a porodních asistentek. Vzdělávací semináře navštěvuje, ale téma antikoncepce se neobjevuje často. Nevzpomíná si, kdy naposledy navštívila seminář týkající se antikoncepce. Porodní asistentka konstatuje:

„Informace o antikoncepci se hrnou ze všech stran, dealeři se předhánějí. Někdy mi těch informací přijde až zbytečně moc. Více informací nepotřebuji.“

Nejčastěji doporučovanou antikoncepcí zde v ambulanci je hormonální antikoncepční pilulka, vzhledem k současnému trendu.

### **Kazuistika respondentky č. 7.**

Porodní asistentka č. 7, věk 35. Má vysokoškolské bakalářské studium. Ve zdravotnictví se pohybuje 11 let. V ambulanci pracuje 2 rokem.

Rodiče s dívkami přicházejí nejčastěji v době dívčiny první gynekologické prohlídky. S rodiči se porodní asistentka setkává často. Rodiče přicházejí s dívkami většinou právě proto, aby získali společně informace o antikoncepci a zvolili vhodný výběr. Informací se dožadují nejdříve porodní asistentky. Ptají se na metody antikoncepce, jejich užívání, vhodnosti, míře spolehlivosti. Roli edukátorky tedy porodní asistentka zastává společně s rolí poskytovatelky ošetrovatelské péče nejvíce. Tyto role považuje za velmi důležité a vykonává je odpovědně. Informace o antikoncepci zodpovídá i lékař, pokud mají rodiče po preventivní prohlídce další otázky. Na lékaře se obracejí s otázkami výhod antikoncepce, kontraindikacích, vedlejších účinků a ceně. Porodní asistentka přítomnost rodičů u rozhovoru o antikoncepci vítá. Informovanost rodičů vnímá jako dostatečnou. Dle jejího názoru, se rodiče zajímají o sexuální život svých dcer a chtějí jim být dobrými rádci.

V ambulanci mají pro edukaci antikoncepce vyvěšenou informační tabuli, kde jsou vypsány všechny metody antikoncepce. Dále informační brožury s jednotlivými přípravky antikoncepce, názornou pomůcku nitroděložního tělíska a hormonálního kroužku Nuvaring. V čekárně vysílají DVD s tématy antikoncepce. Edukace o antikoncepci probíhá rozhovorem a předáním informačních brožur. Jak již bylo zmíněno, pacientky mají možnost sledovat v čekárně DVD, než jsou vyzváni do ordinace. Záznam o edukaci do dokumentace zapisují.

Při edukaci hormonální antikoncepce by postupovala tímto způsobem: dle anamnestických údajů společně s klientkou vybere vhodnou antikoncepci, klientce nabídne



informační brožuru a zároveň klientku o antikoncepci edukuje, nechává si prostor pro zpětnou vazbu, provádí edukační záznam do dokumentace.

Porodní asistentka si myslí, že rodičům i dívkám poskytuje informace, které rodiče žádají. Její názor je, že porodní asistentky jsou celosvětově nedílnou součástí v předávání a šíření informací o antikoncepčních metodách. Informace mohou porodní asistentky získávat z konferencí, internetu, od dealerů, z odborných časopisů. Tohoto názoru je, protože takto získává informace ona. Za nejnovější antikoncepci považuje hormonální kroužek Nuvaring.

Za nejvhodnější antikoncepci pro mladé dívky považuje hormonální antikoncepci ve formě pilulek a to z důvodu, že jsou nejdostupnější, mají vysokou spolehlivost a příznivé vedlejší účinky.

#### 4.2.2 Sumarizace výsledků z kazuistik respondentek

**Tabulka 1 Porovnání identifikačních údajů**

Respondentka	R 1	R 2	R 3	R 4	R 5	R 6	R 7
<b>Věk</b>	63	32	55	42	23	63	35
<b>Vzdělání</b>	SŠ	VŠ	VOŠ	SŠ*	VŠ	SŠ	VŠ
<b>Praxe ve zdravotnictví</b>	44	12	33	20	3	45	11
<b>Praxe v ambulanci</b>	33	2	20	3	2,5	14	2

\* Nyní dálkově studuje VŠ

R1 je 63 let, má středoškolské vzdělání, 44 let praxe ve zdravotnictví, z toho 33 let v ambulanci. R2 je 32 let, má vysokoškolské vzdělání a 12 let praxe ve zdravotnictví, z toho 2 roky praxe v ambulanci. R3 má 55 let, má vyšší odborné vzdělání, 33 let praxe ve zdravotnictví, z toho 20 let praxe v ambulanci. R4 je 42 let, má středoškolské vzdělání a nyní dálkově studuje vysokou školu, má 20 let praxe ve zdravotnictví a 3 roky praxe v ambulanci. R5 je 23 let, má vysokoškolské vzdělání, ve zdravotnictví pracuje 3 roky, z toho 2,5 roku v ambulanci. R6 je 63 let, má středoškolské vzdělání, 45 let praxe ve zdravotnictví a 14 let praxe v ambulanci. R7 je 35 let, je vysokoškolsky vzdělaná, má 11 let praxe ve zdravotnictví a 2 roky praxe v ambulanci.

**Tabulka 2 Návštěva rodičů středoškolaček v gynekologicko-porodnické ambulanci**

Respondentka	R 1	R 2	R 3	R 4	R 5	R 6	R 7	Σ
<b>Ano, často</b>				X			X	2
<b>Ne</b>								0
<b>Spíše ano</b>	X							1
<b>Spíše ne</b>		X	X		X	X		4

4 respondentky (R2, R3, R5, R6) uvedly, že je rodiče dívek středoškolaček spíše nenavštěvují. 2 respondentky (R4, R7) uvedly, že se s rodiči setkávají často a 1 respondentka (R1) uvedla, že je rodiče navštěvují, ale ne tak často.

**Tabulka 3 Nejčastěji požadované informace rodičů o antikoncepci a osoba, která edukaci provádí**

Respondentka	R 1	R 2	R 3	R 4	R 5	R 6	R 7
<b>Metody</b>	PA a lékař	PA	PA a lékař	PA a lékař			PA
<b>Užívání</b>	PA a lékař	Lékař			Lékař		PA
<b>Kontraindikace</b>	PA a lékař	Lékař					Lékař
<b>Výhody</b>	PA a lékař		PA a lékař				Lékař
<b>Vhodnost</b>	PA a lékař		PA a lékař		Lékař	Lékař	PA
<b>častost pravidelných kontrol</b>	PA a lékař						
<b>Možnost předepsání antikoncepce, pokud dcera nebyla na preventivní prohlídce</b>		PA				PA	
<b>Možnost předepsání antikoncepce, pokud je dcera mladší 15. let</b>		PA					
<b>Cena</b>		Lékař	PA a lékař	PA a lékař	Lékař	Lékař	PA a lékař
<b>Dostupnost</b>				PA a lékař			
<b>Nežádoucí vedlejší účinky</b>	PA a lékař					Lékař	Lékař
<b>Spolehlivost</b>				PA a lékař	Lékař	Lékař	PA

\* PA = porodní asistentka

5 respondentek (R1, R2, R3, R4, R7) uvedlo, že rodiče požadují informace o metodách antikoncepce. Z toho 3 respondentky (R1, R3, R4) edukují rodiče o metodách antikoncepce společně s lékařem a 2 respondentky (R2, R7) edukují samy.

4 respondentky (R1, R2, R5, R7) uvedly, že rodiče požadují informace o užívání antikoncepce, z toho 1 respondentka (R1) edukuje o užívání společně s lékařem, 2 respondentky (R2, R5) uvedly, že rodiče o užívání antikoncepce edukuje lékař a 1 respondentka (R7) edukuje o užívání sama.

3 respondentky (R1, R2, R7) uvedly, že rodiče požadují informace o kontraindikacích antikoncepce. 1 respondentka (R1) o kontraindikacích edukuje společně

s lékařem, 2 respondentky (R2, R7) konstatovaly, že rodiče o kontraindikacích edukuje lékař.

3 respondentky (R1, R3, R7) uvedly, že rodiče požadují informace o výhodách antikoncepce. 2 respondentky (R1, R3) edukují rodiče o výhodách společně s lékařem, 1 respondentka (R7) uvedla, že rodiče o výhodách edukuje lékař.

5 respondentek (R1, R3, R5, R6, R7) uvedlo, že se rodiče dožadují informací o vhodnosti antikoncepce pro jejich dcery. 2 respondentky (R1, R3) o vhodnosti edukují společně s lékařem. 2 respondentky (R5, R6) needukují o vhodnosti, tu edukuje lékař a 1 respondentka (R7) edukuje sama.

1 respondentka (R1) uvádí, že rodiče požadují informace o častosti pravidelných kontrol, při užívání antikoncepce jejich dcer, tyto informace podává respondentka společně s lékařem.

2 respondentky (R2, R6) uvedly, že rodiče chtějí vědět, zda může být předepsána antikoncepce pro jejich dceru, pokud dcera nebyla na preventivní prohlídce. Tyto informace podávají rodičům respondentky.

Od 1 respondentky (R2) se rodiče dotazují, zda je možné předepsat antikoncepci dívce mladší 15. let. Dotaz jim zodpovídá respondentka.

6 respondentek (R2, R3, R4, R5, R6, R7) uvedlo, že rodiče chtějí být informováni o ceně antikoncepce. Informace o ceně dle 3 respondentek (R2, R5, R6) podává lékař a 3 respondentky (R3, R4, R7) informují o ceně společně s lékařem.

1 respondentka (R4) uvedla, že rodiče požadují informace o dostupnosti antikoncepce. Na tuto otázku reaguje respondentka a lékař.

3 respondentky (R1, R6, R7) uvedly, že rodiče chtějí znát nežádoucí vedlejší účinky. O nežádoucích vedlejších účincích edukuje 1 respondentka (R1) společně s lékařem, 2 respondentky (R6, R7) uvedly jako edukátora lékaře.

4 respondentky (R4, R5, R6, R7) uvedly, že rodiče se dožadují informací o spolehlivosti antikoncepce. 1 respondentka (R4) edukuje společně s lékařem, 1 respondentka (R7) edukuje sama a 2 respondentky (R5, R6) označily za edukátora lékaře.

**Tabulka 4 Zájem porodní asistentky na účasti rodičů při rozhovoru o antikoncepci**

Respondentka	R 1	R 2	R 3	R 4	R 5	R 6	R 7	Σ
Ano	X	X	X	X			X	5
Ne, dívky se mají zajímat samy					X	X		2

5 respondentek (R1, R2, R3, R4, R7) má zájem na účasti rodičů při rozhovoru o antikoncepci. 2 respondentky (R5, R6) jsou názoru, že by se dívky měly zajímat o antikoncepci samy, protože jde o jejich sexuální život.

**Tabulka 5 Informovanost rodičů o problematice antikoncepce**

Respondentka	R 1	R 2	R 3	R 4	R 5	R 6	R 7	Σ
Dostatečná	X	X					X	3
Dostatečná u rodičů užívajících antikoncepci			X			X		2
Dostatečná u rodičů mladších ročníků				X				1
Nedostatečná					X			1
Nedostatečná u rodičů neužívajících antikoncepci			X			X		2
Nedostatečná u rodičů starších ročníků				X				1

Tabulka 5 prezentuje názor porodních asistentek na informovanost rodičů o antikoncepci. 3 respondentky (R1, R2, R7) se domnívají, že je informovanost rodičů dostatečná. 2 respondentky (R3, R6) jsou názoru, že rodiče užívající antikoncepci jsou dostatečně informováni a naopak rodiče neužívající antikoncepci, jsou informováni nedostatečně. 1 respondentka je názoru, že mladší rodiče jsou informováni dostatečně oproti starším rodičům. 1 respondentka se domnívá, že je informovanost rodičů nedostatečná.

**Tabulka 6 Záznam o edukaci a osoba, která záznam provádí**

Respondentka	R 1	R 2	R 3	R 4	R 5	R 6	R 7	Σ
Ano, celý průběh edukace			Lékař				PA a lékař	2
Ano, pouze zápis pacientka poučena	PA			PA				2
Ne		X			X	X		3

Záznam celého průběhu edukace, uvedly 2 respondentky (R3, R7) z toho 1 respondentka (R 3) uvedla, že záznam provádí lékař a 1 respondentka (R7) provádí záznam sama nebo společně s lékařem. 2 respondentky (R1, R4) zapisují do dokumentace zápis pacientka poučena a tento zápis provádějí samy. 3 respondentky (R2, R5, R6) nezapisují záznam o edukaci do dokumentace.

**Tabulka 7 Schopnost porodních asistentek edukovat rodiče o antikoncepci**

Respondentka	R 1	R 2	R 3	R 4	R 5	R 6	R 7	Σ
Ano	X	X	X	X	X	X	X	7
Ne								0

Všech 7 respondentek (R1, R2, R3, R4, R5, R6, R7) se domnívá, že jsou porodní asistentky schopny rodiče o antikoncepci edukovat.

**Tabulka 8 Možnost porodní asistentky edukovat rodiče o antikoncepci**

Respondentka	R 1	R 2	R 3	R 4	R 5	R 6	R 7	Σ
Ano	X	X	X	X			X	5
Ne					X	X		2

Z tabulky 8 vyplívá, že 5 respondentek (R1, R2, R3, R4, R7) má možnost rodiče o antikoncepci edukovat a 2 respondentky (R5, R6) tuto možnost nemají.

**Tabulka 9 Nejčastější překážky v edukaci rodičů porodními asistentkami**

Respondentka	R 1	R 2	R 3	R 4	R 5	R 6	R 7	Σ
<b>Nedostatek času</b>	X			X	X	X		4
<b>Nedůvěra rodičů</b>	X					X		2
<b>Nedostatečná spolupráce ze strany lékaře</b>		X						1
<b>Nízká návštěvnost rodičů</b>					X	X		2
<b>Nedostatek personálu</b>					X			1

Z tabulky 9 vyplývá, že nejčastější překážkou v edukaci rodičů je nedostatek času, který uvedly 4 respondentky (R1, R4, R5, R6). 2 respondentky (R1, R6) se domnívají, že k nim nemají rodiče takovou důvěru, jako k lékaři. 2 respondentky (R5, R6) vidí jako překážku v edukaci rodičů jejich nízkou návštěvnost. 1 respondentka (R2) vidí, jako překážku nedostatečnou spolupráci ze strany lékaře. 1 respondentka (R5) se domnívá, že je nedostatek personálu pro edukaci rodičů. 2 respondentky (R3, R7) žádné překážky nespatřují a nic by při své edukaci neměnily.

**Tabulka 10 Edukační materiály antikoncepce**

Respondentka	R 1	R 2	R 3	R 4	R 5	R 6	R 7	Σ
<b>Letáky, brožury</b>	X	X	X	X	X	X	X	7
<b>Názorná pomůcka – nitroděložní tělísko</b>	X	X	X	X		X	X	6
<b>Názorná pomůcka – hormonální kroužek Nuvaring</b>	X	X	X	X		X	X	6
<b>Vzorky antikoncepčních přípravků</b>		X	X	X				3
<b>Audiovizuální záznamy</b>	X						X	2
<b>Informační tabule</b>		X					X	2
<b>Seznam antikoncepčních přípravků včetně cen</b>		X			X			2

Letáky a brožury má k dispozici všech 7 respondentek (R1, R2, R3, R4, R5, R6, R7). Dále má 6 respondentek (R1, R2, R3, R4, R6, R7) v ambulanci názorné pomůcky a to nitroděložní tělísko a hormonální kroužek Nuvaring. 3 respondentky (R2, R3, R4) uvedly, jako edukační materiál vzorky antikoncepčních přípravků. 2 respondentky (R1, R7) mají v čekárně pro klientky připraveny audiovizuální záznamy. 2 respondentky (R2, R7) mají možnost edukovat pomocí informační tabule a 2 respondentky (R2, R5), uvedly, že mají v ambulanci k dispozici seznam antikoncepčních přípravků včetně cen.



**Tabulka 11 Formy podávání informací rodičům**

Respondentka	R 1	R 2	R 3	R 4	R 5	R 6	R 7	Σ
<b>Ústní forma</b>	X	X	X	X	X	X	X	7
<b>Praktické ukázky</b>	X	X	X	X		X	X	6
<b>Audiovizuální záznam</b>	X						X	2
<b>Informační materiály</b>	X	X	X	X	X	X	X	7

7 respondentek (R1, R2, R3, R4, R5, R6, R7) uvedlo, že v ambulanci edukují ústní formou a zároveň informačními materiály, nejčastěji letáky a brožurami. Praktickou ukázkou edukují v ambulanci 6 respondentek (R1, R2, R3, R4, R6, R7). 2 respondentky (R1, R7), uvedly jako formu podávání informací o antikoncepci audiovizuální záznam.

**Tabulka 12 Postup edukace hormonální antikoncepce a znalost jednotlivých fází edukačního procesu**

Respondentka	R 1	R 2	R 3	R 4	R 5	R 6	R 7
<b>Postup edukace</b>	1. zjištění anamnézy 2. výběr antikoncepce 3. edukace antikoncepce 4. zpětná vazba	1. zjištění anamnézy 2. výběr antikoncepce 3. edukace antikoncepce 4. zpětná vazba	1. zjištění anamnézy 2. výběr antikoncepce 3. edukace antikoncepce 4. zpětná vazba 5. záznam do dokumentace	1. zjištění anamnézy 2. výběr antikoncepce 3. edukace antikoncepce 4. zpětná vazba	1. zjištění anamnézy 2. výběr antikoncepce 3. edukace antikoncepce	1. zjištění anamnézy 2. výběr antikoncepce 3. edukace antikoncepce 4. záznam do dokumentace	1. zjištění anamnézy 2. výběr antikoncepce 3. edukace antikoncepce 4. zpětná vazba 5. záznam do dokumentace

2 respondentky (R3, R7) by při edukaci postupovaly následujícím způsobem: zjistí anamnestické údaje, vyberou vhodnou antikoncepci, následně pacientku o antikoncepci edukují, zajistí zpětnou vazbu a vše zapíše do dokumentace. 3 respondentky (R1, R2, R4) by postupovaly takto: zjistí anamnestické údaje, vyberou vhodnou antikoncepci, následně pacientku o antikoncepci edukují, zajistí zpětnou vazbu. 1 respondentka (R6) uvedla jako svůj postup při edukaci: zjištění anamnézy, výběr vhodné antikoncepce, edukace antikoncepce a záznam do dokumentace. 1 respondentka (R5) by zjistila anamnézu, vybrala antikoncepci a edukovala o ní.

**Tabulka 13 Čerpání informací**

Respondentka	R 1	R 2	R 3	R 4	R 5	R 6	R 7	Σ
Lékař			X	X	X			3
Dealeři	X	X	X	X	X	X	X	7
Konference				X	X		X	3
Internet	X				X	X	X	4
Odborné časopisy	X				X		X	3
Knihy					X			1

Tabulka 13 přibližuje, z jakých zdrojů nejvíce čerpají porodní asistentky informace o antikoncepci. 7 respondentek (R1, R2, R3, R4, R5, R6, R7) čerpají informace od dealerů, 4 respondentky (R1, R5, R6, R7) jsou informované o antikoncepci z internetu. 3 respondentky (R3, R4, R5) jsou informovány od lékaře. 3 respondentky (R4, R5, R7) uvedly, že čerpají ze seminářů a taktéž 3 respondentky (R1, R5, R7) čerpají z odborných časopisů. 1 respondentka (R5) se informuje z odborných knih.

**Tabulka 14 Nejčastěji doporučovaná metoda antikoncepce a důvod doporučení**

Respondentka	R 1	R 2	R 3	R 4	R 5	R 6	R 7	Σ
Hormonální antikoncepční tablety	X	X	X	X	X	X	X	7
Kondom					X			1
Důvod doporučení	Trend Výhody užívání	Cena Spolehlivost	Dostupnost Cena Příznivé vedlejší účinky	Trend	Cena Výhody užívání Spolehlivost Ochrana před pohlavními nemocemi	Trend	Dostupnost Spolehlivost Příznivé vedlejší účinky	

Všech 7 respondentek (R1, R2, R3, R4, R5, R6, R7) považuje za nejvhodnější antikoncepci pro dívky středoškolačky hormonální antikoncepční tablety. 1 respondentka (R5) navíc uvedla jako vhodnou antikoncepční metodu pro tyto dívky kondom. U hormonální antikoncepce byly nejčastěji a to 3 respondentkami označeny hlavními důvody doporučení současný trend, spolehlivost velké cenové relace. Po 2 respondentkách byly za důvody doporučení hormonální antikoncepce uvedeny: výhody užívání, dostupnost a příznivé vedlejší účinky. 1 respondentka (R5), která uvedla za vhodnou metodu i kondom, jeho největší přednost a důvod doporučení vidí v ochraně před pohlavními nemocemi.

**Tabulka 15 Nejnovější trend v antikoncepci**

Respondentka	R 1	R 2	R 3	R 4	R 5	R 6	R 7	Σ
<b>Hormonální kroužek Nuvaring</b>	X	X	X	X		X	X	6
<b>Nitroděložní tělísko Mirena</b>					X			1

Nejnovějším trendem antikoncepce je v současnosti hormonální kroužek Nuvaring, správnou odpověď uvedlo 6 respondentek (R1, R2, R3, R4, R6, R7), pouze 1 respondentka (R5) za nejnovější trend považuje nitroděložní tělísko Mirena.

**Tabulka 16 Požadavek porodních asistentek o více informací o antikoncepci**

Respondentka	R 1	R 2	R 3	R 4	R 5	R 6	R 7	Σ
<b>Ano</b>	X				X	X		3
<b>Ne</b>		X	X	X			X	4

4 respondentky (R2, R3, R4, R7) se domnívají, že nepotřebují další informace, myslí si, že jsou dostatečně informovány. 3 respondentky (R1, R5, R6) by uvítaly více informací.

## 5 Diskuse

Bakalářská práce se zabývala antikoncepcí očima rodičů a spoluprací porodních asistentek s rodiči v problematice antikoncepce. První výzkumné šetření probíhalo na 5 různých středních školách. Rodičům bylo rozdáno 226 dotazníků, do výzkumu jich bylo zařazeno 190. Druhé výzkumné šetření probíhalo formou rozhovoru mezi 7 porodními asistentkami z gynekologicko-porodnických ambulancí v Českých Budějovicích. Bakalářská práce měla vytyčeny čtyři cíle. V prvním jsme měli za úkol zmapovat znalosti rodičů o metodách, účincích, spolehlivosti a problematice antikoncepce. Druhým cílem bylo zjistit, podle jakých kritérií rodiče vybírají antikoncepci pro své děti. Třetím cílem bylo zjistit, zda rodiče upřednostňují informace o antikoncepci od porodní asistentky v gynekologické ambulanci, před jinými informačními zdroji. Čtvrtým a zároveň posledním bylo zjistit, zda má porodní asistentka možnost v rámci své edukační činnosti seznamovat rodiče s metodami antikoncepce.

Respondenty kvantitativního výzkumu byli cíleně vybráni rodiče, 146 žen (77%) a 44 mužů (23%) (Graf 1), dívek starších 15. let, z důvodu věkové hranice, kdy může být z právního hlediska předepsána hormonální antikoncepce (38). Jedním z cílů bakalářské práce bylo zjistit znalosti rodičů v různých aspektech antikoncepce. Jak již bylo řečeno, výběr rodičů byl cílený dle věkové hranice dcer. Zajímalo nás tedy, zda i rodiče jsou si vědomi existence právních norem, kdy je možné předepsat hormonální antikoncepci. Výsledky byly překvapivé (Graf 11, 12) méně než polovina rodičů a to 98 (49%) jsou si vědomi věkové hranice. Překvapivé bylo však zjištění, že 72 (36%) rodičů tvrdí, že na věku nezáleží a 25 (13%) rodičů neví, od kolika let může být HA předepsána. Sečteme-li počet rodičů, kteří odpověděli, buď že nezáleží na věku, dále že je volně dostupná nebo že neví, zjistíme, že takto odpovědělo 100 rodičů, což je přes 1/2 dotazovaných. Tento výsledek je poměrně velké číslo, které by mělo alarmovat, že by se informovanost především ze stran gynekologů, porodních asistentek či politiků měla zvýšit. Rodičů, kteří věděli, že věková hranice existuje, označilo správnou odpověď 68 dotázaných (70%).

Snahou bylo také zjistit, jaký názor mají rodiče na antikoncepci (Graf 3). 172 rodičů (91%) považují antikoncepci za nutnou, 16 rodičů (8%) uznává pouze přirozené metody antikoncepce. Zásadně proti antikoncepci jsou 2 rodiče (1%). Tyto výsledky můžeme porovnat s výsledky Weisse a Zvěřiny, kteří realizovali kontinuální výzkum sexuálního chování české populace v letech 1993, 1998, 2003 a 2008. Zkoumali stejnou otázku s rozdílem názorů mužů a žen. Postoje vůči používání antikoncepce považuje za nepřijatelnou pouze 6 % žen a 5 % mužů. Výsledky jsou tedy poměrně stejné (40, 41).

Dále nás zajímalo, jaké druhy a metody antikoncepce rodiče znají. Předpokládala jsem, že rodiče znají většinu metod antikoncepce a výsledky mě v mém názoru utvrdili. V otázce nebyly zahrnuty všechny antikoncepční metody, jelikož je i z knih zřejmé, že některé metody, převážně bariérové (např. diafragma, femidom) nejsou u nás tolik oblíbené jako v zahraničí (38). Rodiče měli možnost některou z neuvedených metod dopsat. Z vyhodnocení bylo zjištěno, že informovanost o metodách antikoncepce je na dobré úrovni (Graf 4). Cílem ovšem bylo zjistit, které metody jsou méně známé a tím ukázat, kde je potřeba přispět k lepší informovanosti. Právě Graf 4, kde měli rodiče možnost označit více odpovědí, ukazuje nízkou informovanost u spermicidních látek, které označilo 37 rodičů (19%). Ještě méně známá je sterilizace, označena 11 rodiči (6%). Naopak všech 190 rodičů (100%) zná kondom, tedy jednu z bariérových metod antikoncepce, 187 rodičů (97%) zná hormonální antikoncepci, 162 rodičů (85%) zná nitroděložní tělíčko, 145 (76%) zná přerušovaný styk a 101 rodičů (53%) zná využití neplodných dnů. Nízkou informovanost u chirurgické antikoncepce, tedy sterilizace, si vysvětluji nízkým počtem těchto zákroků v ČR. Barták ve své knize udává, že sterilizace je populární hlavně v rozvojových zemích, např. v Holandsku se nechává sterilizovat až třetina obyvatel v plodném věku po dosažení plánovaného počtu dětí, což představuje zhruba milion zákroků za rok. V ČR se oproti Holandsku těchto zákroků provádí zanedbatelné množství. To si můžeme vysvětlit také tím, že v ČR může být sterilizace provedena pouze ze zdravotních indikací a žádost o sterilizaci schvaluje sterilizační komise složená nejméně ze tří členů. Provádění sterilizace podléhá zákonu z roku 1972 (1,31). Zajímavé je porovnání výsledků informovanosti metod dle

pohlaví (Graf 5), kde nejsou markantní rozdíly v informovanosti u kondomu, hormonální antikoncepce, přerušovaného styku a spermicidních látek. Rozdíly se ukázaly u nitroděložního tělíška, kde jsou ženy informovány o 29% více než muži. Dále u sterilizace, kde je rozdíl 14% ve prospěch žen a u metody využití neplodných dnů s rozdílem 10% ve prospěch žen. Pokud vezmeme v potaz, že rozdíly v informovanosti nastaly u metod, jako je nitroděložní tělíško a využití neplodných dnů, vysvětlení je jednoduché. Právě ženy jsou uživatelkami těchto metod, proto jsou i více informovány. Výsledky nejsou tedy nikterak alarmující.

Z dotazníku také vyplynulo zajímavé zjištění, že respondenti sice znali téměř ve všech případech hormonální antikoncepci, ale neznají zcela všechny její formy, které jsou na trhu. Naprostá většina 187 rodičů (98%) uvedla, že je HA k dispozici ve formě tablet, 152 rodičů (80%) uvedlo náplasti, 132 rodičů (69%) injekce, 84 rodičů (44%) je informováno o formě podkožních implantátů, 56 rodičů (29%) o formě vaginálního kroužku a 3 rodiče (2%) neví, jaké formy jsou nabízeny (Graf 6). Graf 7 hodnotí znalosti o formách HA dle pohlaví, kde se opět předpokládalo, že ženy budou více informované a nebylo tomu jinak. Všechny 44 mužů (100%) znalo HA ve formě tablet, v ostatních možnostech ale byly značné rozdíly. Nejhuře muži dopadli u možnosti vaginálního kroužku, tuto formu HA neoznačil žádný muž, rozdíl mezi ženami je tedy až 39%. Vaginální kroužek NuvaRing je zatím nejnovější antikoncepcí na trhu. U nás byl na trhu zaregistrován na podzim roku 2007. Kroužek NuvaRing obsahuje složky estrogenu a progesteronu, řadí se tedy mezi kombinovanou hormonální antikoncepci. Kroužek, který si sama žena zavádí do pochvy, je určen pro jeden cyklus. Zavádění je snadné a nevyžaduje asistenci gynekologa ani porodní asistentky (8, 24). Dle mého názoru moderní ženy v dnešní době vyhledávají antikoncepci, která pro ně bude nejpohodlnější. Myslím si, že vaginální kroužek splňuje většinu požadavků dnešních žen a to: vysokou spolehlivost, snadnost užívání, nezávislost metody na zdravotníkovi, nízké hormonální dávky a snadný návrat k fertilitě. U hormonální antikoncepce ve formě tablet jsou všechny tyto požadavky splněny taktéž, ale míra spolehlivosti závisí na zodpovědném užívání uživatelkou. Jak

z výzkumu vyplynulo, rodiče o formách HA informováni jsou, ale v některých informacích zaostávají a informace potřebují doplnit.

Nyní bych se chtěla pozastavit u problematiky spolehlivosti antikoncepce. Rodičům byla položena otázka, zda považují některou metodu antikoncepce za 100% spolehlivou. 134 rodičů (71%) se shodlo, že je vždy nutné počítat s možností otěhotněním (Graf 9). Objevili se ale také rodiče, kteří za 100% antikoncepci považují v 17 případech hormonální antikoncepci, 14 rodičů uvedlo sterilizaci, 2 rodiče uvedli nitroděložní tělísko a dokonce ve 3 případech se vyskytla odpověď, že většina antikoncepčních metod je 100% spolehlivá (Graf 10).

Podle námi uskutečněného šetření se u rodičů spolehlivost antikoncepce projevila jako nejpodstatnější kritérium při výběru metody kontroly početí pro jejich dcery (Graf 21). Spolehlivost antikoncepce se vyjadřuje nejčastěji tzv. Pearl indexem, který vyjadřuje počet otěhotnění u 100 žen, které po dobu jednoho roku užívaly určitý druh antikoncepce (příloha 2). Metoda je tím spolehlivější, čím je číslo nižší. Spolehlivá antikoncepce by měla vykazovat těhotenské číslo nižší než 5. Pearlův index se v jednotlivých zdrojích od sebe často liší. Při hodnocení spolehlivosti je totiž zapotřebí počítat s výraznou úlohou lidského faktoru. Nejčastější příčinou snížení spolehlivosti antikoncepce je chyba při užívání. U hormonální antikoncepce je to opomenutí užití tabletky u kondomu je třeba brát v potaz zkušenosti a zručnost muže. Toto riziko snižuje tzv. dlouhodobá účinná reverzibilní antikoncepce (LARC), která nevyžaduje vysoké nároky na pečlivost uživatele. LARC je představovaná nitroděložními tělísky, podkožními tyčinkami, náplastmi, vaginálním kroužkem nebo sterilizací (1, 8). Na druhém místě se rodiče řídí doporučením lékaře, poté podle vlivu antikoncepčních metod na zdraví. Do této skupiny můžeme zařadit jak pozitivní tak negativní účinky na zdraví.

V souvislosti s touto problematikou jsme se zaměřili na zjištění, zda jsou si rodiče vědomi nežádoucích vedlejších účinků a rizik hormonální antikoncepce. Více jak ½ dotazovaných, tedy 120 rodičů (63%) se domnívá, že existují nežádoucí vedlejší účinky (Graf 13). Rodiče měli možnost tyto nežádoucí vedlejší účinky blíže specifikovat, nejčastěji

se vyskytla odpověď: riziko tromboembolické nemoci a to v 53 případech. Dále se objevilo 37 odpovědí zadržování vody v těle, 17 odpovědí nevolnost, 13 odpovědí poruchy menstruačního cyklu. Jako další nežádoucí vedlejší účinek byl 12krát doplněn problém s následným plánovaným otěhotněním, 9 odpovědí bylo uvedeno jako záněty, stejně tak 9 rodičů uvedlo alergické reakce. 8 respondentů specifikovalo zvyšování krevního tlaku a 8 respondentů migrény (Graf 12). Poslední výzkumy ukazují, že užívání hormonální antikoncepce má svá rizika, ale vzhledem ke stále se snižujícím hormonálním dávkám v antikoncepční tabletě se tyto rizika vzniku nežádoucích vedlejších účinků minimalizují. Nicméně je nutné s nimi počítat. Ženy by měly být vedeny k tomu, aby porodní asistentce či lékaři sdělily veškeré okolnosti týkající se zdravotního stavu, které by mohly mít vliv na užívání HA. Všeobecně platí, že zdravá žena, která nemá kontraindikaci pro užívání HA, není při jejím užívání vystavená nekontrolovatelnému riziku. Dále pak mohou být nežádoucí vedlejší účinky ovlivněny individuální snášenlivostí. Vzhledem k množství dostupných přípravků lze vybrat takovou HA, která nežádoucí účinky nevyvolává. Mudr. David Cibula nežádoucí vedlejší účinky dělí do dvou skupin, na méně závažné a závažné. Méně závažné účinky se objevují převážně na začátku užívání a po 2 - 3 měsících užívání většinou postupně vymizí. Nejčastějším nežádoucím účinkem v této skupině jsou poruchy menstruačního cyklu, tedy abnormální děložní krvácení. Do této kategorie se dají řadit také kožní změny, tzv. chloasma neboli zvýšená pigmentace. Někdy dochází k poklesu imunity a jsou patrné častější infekce. Mohou se objevovat bolesti hlavy, nevolnost, napětí v prsou, zvracení, emoční labilita a přírůstek hmotnosti z důvodu zadržování vody v těle. Závažným nežádoucím účinkům je věnována velká pozornost, protože ohrožují ženu na zdraví nebo dokonce na životě. Nejzávažnější komplikací je tromboembolická nemoc (TEN). Riziko TEN závisí na dávce estrogenerů a zároveň na přítomnosti dalších rizikových faktorů, jako jsou: obezita, hypertenze, kouření, vyšší věk, poruchy faktorů krevní srážlivosti. Riziko se naopak snižuje s klesající dávkou estrogenerů. Pokud žena již prodělala tromboembolii, nesmí již nikdy hormonální přípravky užívat. Některé studie dokumentovali u uživatelůk starších 35 let, které kouří, mírně zvýšené riziko infarktu myokardu a riziko centrální



mozkové příhody. HA je také pravděpodobným rizikovým faktorem pro vznik karcinomu prsu a pro všechna stádia karcinomu děložního hrdla (2). Jak z výsledků vyplynulo, rodiče jsou si vědomi nežádoucích účinků HA, ale pouhých 53 rodičů vědělo o riziku TEN. Toto číslo ukazuje na mezery v informovanosti této problematiky. Zde by měli porodní asistentky a lékaři více seznámit nejen uživatelky, ale i veřejnost o absolutních a relativních kontraindikacích podání HA, jelikož u TEN jde o život ohrožující stav.

Jedním z cílů bakalářské práce bylo také zjistit, podle jakých kritérií vybírají rodiče antikoncepci pro své děti. Jak se již ukázalo v Grafu 21, největším kritériem při výběru antikoncepce je spolehlivost. V souvislosti s tímto cílem nás také zajímalo, kdo rozhoduje o výběru antikoncepce. Nejdříve jsme samozřejmě museli zjistit, zda dcera nějakou metodu antikoncepce užívá. Poté byla rodičům položena otázka, kdo o výběru rozhodl. Předpokládali jsme, že za nejčastější užívanou metodou u dívek ve středoškolském věku je hormonální antikoncepce, jelikož to ukazují výzkumy prováděné Weissem a Zvěřinou. Jejich výzkumy ukazují pokles těch mužů a žen, kteří při prvním styku nepoužili žádnou antikoncepci nebo použili nespolehlivý způsob ochrany (40, 41). Mudr. Tomáš Fait udává, že v současnosti užívá hormonální antikoncepci v ČR asi 39% žen ve fertilním věku (7). Graf 23 nám naše předpoklady potvrdil, jelikož 137krát byla označena hormonální antikoncepce, 38 odpovědí označuje kondom, 26 odpovědí vyjadřuje, že dcera neužívá žádnou antikoncepci. Přerušovaný styk byl označen 11krát, 5krát využití neplodných dnů a 3krát nitroděložní tělíčko. O výběru antikoncepce nejčastěji rozhodla dcera společně s rodičem 49%, 49 rodičů (32%) uvedlo, že se rozhodla dcera sama. S odpovědí, že rozhodli sami rodiče, jsme se setkali v šesti případech (4%). V součtu těchto výsledků nám vyšlo, že 96% dcer mělo podíl na rozhodnutí o užívání jejich antikoncepční metody (Graf 24). Dívkám by mělo být umožněno vyjádřit se a vybrat si antikoncepci dle svého uvážení. Jejich rozhodnutí by mělo vycházet na základě informací o antikoncepci a ochraně před pohlavně přenosnými chorobami, které mohou být poskytnuty rodiči, lékaři, porodními asistentkami, učiteli apod. Hlavním důvodem, proč dcery antikoncepci užívají je zabránit nežádoucímu těhotenství 63%, u 18% je důvodem pravidelnost menstruačního cyklu, u

10% ztlumení menstruačních krvácení, 6% užívá antikoncepci z důvodu zlepšení kvality pleti. Nemilé bylo zjištění, že pouhá 2% dcer užívají antikoncepci, jako ochranu před pohlavními nemocemi (Graf 25). Rodiče zde, ale mohli označit pouze jednu odpověď a to právě hlavní důvod užívání. Jelikož dominantní užívanou metodou u dcer byla v tomto šetření hormonální antikoncepce, která nemá vliv na ochranu před pohlavními chorobami a také fakt, že užívání kondomu je záležitostí mužů, nemůže zcela hodnotit význam odpovědi ochrany před pohlavními chorobami. Význam antikoncepce jako ochrany před pohlavními nemocemi můžeme ale hodnotit díky výzkumům Weisse a Zvěřiny. Z jejich pravidelných výzkumů lze vyčíst např. výraznou změnu v chování mužů při stycích s náhodnými sexuálními partnerkami. Pravidelně se při takovém styku chrání kondomem 88 % mužů, v roce 1993 to bylo jen 41 % (40, 41). Z toho lze konstatovat, že česká populace se začíná chovat mnohem odpovědněji a více se chrání proti nežádoucímu otěhotnění i vůči eventuální infekci pohlavně přenosnými chorobami.

Z těchto výsledků je patrné, že rodiče mají informace o sexuálním a reprodukčním zdraví svých dětí. Graf 17 a Graf 18 nás v tomto hodnocení utvrzuje. Z Grafu 17 je zřejmé, že 170 rodičů (89%) hovoří s dětmi o sexu a považují to za důležité, 20 rodičů (11%) dává přednost sexuální výchově ve škole. Graf 18 pak ukazuje, že 146 rodičů (77%) radí svým dcerám ohledně antikoncepce a 44 rodičů (23%) se vyjádřilo, že dceři v této otázce neradí. Mudr. Uzel se ve své knize Antikoncepční kuchařka zmiňuje o výzkumu týkajícím se problematiky sexuality a reprodukčního zdraví, organizovaném Mezinárodní federací pro plánované rodičovství v roce 1997. Dotazováno bylo 689 mladých lidí ve věku 14-28 let z 54 zemí celého světa. Více než polovina mladých lidí v tomto výzkumu uvedla, že mohou dospělým otevřeně říci svůj názor, ale více než polovina dotazovaných se cítí v rozpacích, když má o tématech sexuálního života diskutovat s rodiči. Všeobecně mladí lidé o sexu raději diskutují se svými vrstevníky a téměř všichni mladí lidé řekli, že potřebují více informací o všech aspektech svého sexuálního a reprodukčního zdraví (38). Dle mého názoru je důležité s dospívajícími diskutovat o jejich sexuálním chování, aby byly schopni ke svému sexuálnímu životu přistupovat zodpovědně. Rodiče jsou dětmi

prvními a nejdůležitějšími učiteli sexuální výchovy. Právě oni mají na sexuální rozvoj svého dítěte největší vliv. Zkušenosti, které dítě od narození získá, mu pomohou určit meze rozvoje kladných a zdravých sexuálních pocitů (37). Mgr. Lenka Šilerová zmiňuje, že mladí lidé si přejí dozvědět se o sexualitě a pohlavním dospívání nejvíce od partnera a od rodičů. Tedy od blízkých osob, se kterými je pojí hlubší citové vztahy. Dále uvádí, že nejdůležitějším sdělením o sexualitě, které mladí lidé získali od rodičů, byla nějaká forma varování před těhotenstvím nebo sexuálně přenosnými chorobami (13).

Posledním cílem kvantitativního šetření bylo zjistit, z jakých zdrojů čerpají rodiče informace o antikoncepci, jelikož nás zajímalo, zda rodiče využívají kompetencí porodních asistentek v tomto směru. Grafy 15, 16, 20 a v malé míře i Graf 24 nám pomohly nalézt odpověď. Nejvíce a to 93 dotázaných (43%) získalo informace o antikoncepci od gynekologa, 24 rodičů (12%) získalo informace z literatury, 32 (17%) pak z masmédií. 13 rodičů (7%) uvedlo, že nejvíce užitečných informací získali od své dcery, 11 (6%) od přátel. Pouhých 9 rodičů (5%) získalo informace od porodní asistentky a 8 rodičů (4%) uvedlo jiné, z čehož 7 uvedlo kožního lékaře (Graf 15). Je zřejmé, že ženy se obracejí s informacemi nejčastěji na lékaře, ale bohužel je vidět i to, že mnoho žen se obrací s dotazy na literaturu a internetové zdroje. Zde je znepokojující, že porodní asistentka se u této otázky umístila těsně před kožním lékařem. Veřejnost by si měla být vědoma kompetencí porodní asistentky. Pokud by roli edukátorky převzala porodní asistentka, nedocházelo by k mylným informacím z laických zdrojů.

V souvislosti s touto otázkou nás zajímalo, jakých informací o antikoncepci bylo rodičům od zdrojů nabídnuto (Graf 16). Rodiče získali informace o metodách antikoncepce, o jejím užívání, spolehlivosti a účincích. Nedostatek informací získalo 48% u vlivu na zdraví a dokonce 67% u informací o kontraindikacích antikoncepce. Tato nedostatečná informovanost se již prokázala v hodnocení míry informovanosti rodičů. V Grafu 13 a 14 se ukázalo, že rodiče si nejsou vědomi závažných rizik užívání HA a jak jsme již zmínili, je třeba veřejnost poučit o relativních a absolutních kontraindikacích. Zájemem bylo také zjistit, jaké zdroje považují rodiče za nejspolehlivější. V Grafu 20 byly tyto zdroje seřazeny

na bodové škále. Nejvíce bodů získal a za nejspolehlivější zdroj u rodičů je považován gynekolog. Na 2. místě byla nejlépe ohodnocena porodní asistentka, třetí se umístila literatura, na 4. místě masmédiá následována dcerou a na posledním místě přátelé. Z vyhodnocení těchto grafů vyplývá, že rodiče považují porodní asistentku za kompetentní v edukaci antikoncepce, ale přesto více důvěřují lékařům. Z výsledků se dá usuzovat, že rodiče mají tendence tuto problematiku vyhledávat sami pomocí literatury a internetu, kde ovšem nemusejí vždy získat nejspolehlivější informace. Souhlasím s rodiči v umístění lékaře na 1. místě. Lékař má k dispozici podrobnou anamnézu ženy a dokáže lépe posoudit její zdravotní stav. Myslím si, že porodní asistentky jsou taktéž v problematice vzdělané. Důsledek nízkého využívání edukace porodní asistentkou si vysvětluji tím, že nemusí v nemocničním či ambulantním prostředí probíhat tak, jak by měla, což může vést k neefektivitě edukace klientky. Domnívám se, že právě z tohoto hlediska si rodiče porodní asistentku jako hlavní zdroj informací ne zvolí. Ať už je vysvětlení jakékoliv, zájem porodních asistentek a lékařů by mělo být zvyšování informovanosti. Toho může být docíleno zpětnou vazbou a reedukací.

V další části výzkumného šetření byly výzkumným souborem porodní asistentky pracující v gynekologicko-porodnických ambulancích v Českých Budějovicích a k získání informací byl použit polostrukturovaný rozhovor. Tímto výzkumným šetřením jsme se snažili naplnit Cíl 4: Zjistit zda má porodní asistentka možnost v rámci své edukační činnosti seznamovat rodiče s metodami antikoncepce. K tomuto cíli byly stanoveny 2 výzkumné otázky: 1. Vyhledávají rodiče informace o metodách antikoncepce od porodní asistentky? a 2. Má porodní asistentka informace o nejnovějších trendech antikoncepce?

První výsledek byl zpracován do Tabulky 1, která mapuje věkové rozložení, vzdělání a délku praxe respondentek. Ze sedmi dotazovaných respondentek je R1 63 let, má středoškolské vzdělání, 44 let praxe ve zdravotnictví, z toho 33 let v ambulanci. R2 je 32 let, má vysokoškolské vzdělání a 12 let praxe ve zdravotnictví, z toho 2 roky praxe v ambulanci. R3 má 55 let, má vyšší odborné vzdělání, 33 let praxe ve zdravotnictví, z toho 20 let praxe v ambulanci. R4 je 42 let, má středoškolské vzdělání a nyní dálkově studuje

vysokou školu, má 20 let praxe ve zdravotnictví a 3 roky praxe v ambulanci. R5 je 23 let, má vysokoškolské vzdělání, ve zdravotnictví pracuje 3 roky, z toho 2,5 roku v ambulanci. R6 je 63 let, má středoškolské vzdělání, 45 let praxe ve zdravotnictví a 14 let praxe v ambulanci. R7 je 35 let, je vysokoškolsky vzdělaná, má 11 let praxe ve zdravotnictví a 2 roky praxe v ambulanci.

S rodiči dívek středoškolaček se setkává všech 7 respondentek (Tabulka 2). 2 respondentky uvedly, že se s rodiči setkávají často. 1 respondentka uvedla, že je rodiče navštěvují, ale ne tak často a 4 respondentky se s rodiči dívek setkávají velmi málo. Všechny se shodly, že je rodiče navštěvují převážně v době, kdy jejich dcera přichází na první preventivní gynekologickou prohlídku. U kvantitativního šetření byla rodičům položena otázka stejného typu pro možnost srovnání odpovědí v kvantitativním a kvalitativním výzkumném šetření. Graf 19 ukazuje, že více než ½ rodičů a to 63% dceru na pravidelné gynekologické prohlídky nedoprovází. Výsledky obou výzkumných šetření se tedy shodují.

Ze 7 dotázaných má 5 respondentek (R1, R2, R3, R4, R7) zájem na účasti rodičů při rozhovoru o antikoncepci a 2 respondentky (R5, R6) jsou názoru, že by se dívky měly zajímat o antikoncepci samy, protože jde o jejich sexuální život (Tabulka 4).

Dle mého názoru by se rodiče měli zajímat o sexuální život svých dcer, jelikož hrají důležitou roli při provázení svého dítěte obtížným obdobím adolescence a raného dospělého věku. Dcerám jsou užitečnými rádci při poskytování informací, které jim umožňují učinit informované rozhodnutí o antikoncepci a bezpečném sexu. Jelikož předpokládám, že pro dospívající dívky může být první návštěva gynekologa stresující, je zde doprovod rodičů zcela na místě. Přítomnost rodiče může dívkám pomoci zbavit se nepříjemných pocitů studu. Zároveň rodič může zastoupit roli edukanta v otázkách, které jsou pro dospívající nepříjemné. Nabídnou-li však rodiče dceři doprovod k lékaři je nutné, aby respektovali její soukromí.

Jednou z úloh porodní asistentky je podporovat aktivní zájem nejen žen, ale i jejich rodin a celých komunit o podporu a udržení zdraví, dodržování léčebného režimu a

ošetřovatelské péče v oblasti sexuálního a reprodukčního zdraví. Dále zabezpečit a realizovat edukaci žen vhodnými prostředky, zajistit dostatek vhodných informací a materiálů (13, 39). Zajímalo nás tedy, zda jsou si rodiče vědomi kompetencí porodní asistentky v edukaci o antikoncepci. K výsledku jsme dospěli pomocí položených otázek (Na koho se rodiče obracejí v případě, že potřebují zodpovědět dotazy týkající se antikoncepce? a Jaké informace rodiče nejvíce požadují?) určených respondentkám. Výsledky jsou znázorněny v Tabulce 3. Nejčastěji se rodiče zajímají o cenové relace antikoncepčních metod a to v 6 případech, v 5 případech rodiče požadují informace o metodách antikoncepce. Dále 5 respondentek uvedlo, že se rodiče dožadují informací o vhodnosti antikoncepce pro jejich dcery. Rodiče také požadují informace o užívání antikoncepce a to ve 4 případech. 4 respondentky uvedly, že rodiče se dotazují na spolehlivost antikoncepce. 3 rodiče požadují informace o kontraindikacích antikoncepce. Taktéž 3 respondentky uvedly, že rodiče chtějí znát nežádoucí vedlejší účinky antikoncepčních metod. 3 respondentkami bylo uvedeno, že rodiče požadují informace o výhodách antikoncepce. Ve 2 případech chtějí rodiče vědět, zda může být předepsána antikoncepce pro jejich dceru, pokud dcera nebyla na preventivní prohlídce. A po jedné odpovědi se v rozhovoru objevily požadované informace ze stran rodičů v otázkách: častosti pravidelných kontrol, při užívání antikoncepce, věkové hranice pro předepsání HA a dostupnosti antikoncepce.

Z Tabulky 3 je rovněž zřejmé, kdo rodičům na jejich případné dotazy odpovídá. 3 respondentky (R1, R3, R4) uvedly, že edukují rodiče ve stejné míře jako lékař. Informace nejčastěji rodiče požadují od porodních asistentek a tyto informace následně doplňuje lékař. U dalších 2 respondentek (R2, R7) je patrné, že mají větší možnosti edukovat rodiče. U některých dotazů ze stran rodičů edukují pouze ony, přičemž R7 je v edukaci rodičů nejvíce zběhlá. U zbylých 2 respondentek (R5, R6) edukuje nejčastěji lékař. Z výsledků je patrné, že nejčastějším zdrojem informací v gynekologických ambulancích je lékař, což se nám potvrdilo i při kvantitativním výzkumném šetření (Graf 15, Graf 20).

Tabulka 8 shrnuje tyto výsledky a informuje nás o počtu PA, které mají možnost v rámci své profese rodiče o antikoncepci edukovat. Ze 7 respondentek se pouze 2 respondentky (R5, R6) domnívají, že tuto možnost nemají. Všechny 7 dotázaných je názoru, že jsou porodní asistentky schopny rodiče o antikoncepci edukovat (Tabulka 7), ale edukace není tak efektivní z důvodů vyskytujících se určitých překážek (Tabulka 9). Za nejčastější překážku v edukaci rodičů uvedly nedostatek času. Dále se domnívají, že k nim nemají rodiče takovou důvěru jako k lékaři. Problém také vidí v nízké návštěvnosti této skupiny. Jedna respondentka spatřuje překážku v nedostatečné spolupráci ze strany lékaře. 2 respondentky (R3, R7) žádné překážky nespatřují a nic by při své edukaci neměnily. Hlavní důvod, pro který respondentky v praxi edukaci v oblasti plánovaného rodičovství a antikoncepce neprovádí, spatřují tedy v nezájmu ze stran rodičů. Jejich nezájem si vysvětlují neustálou přítomností lékaře, který provádí edukaci častěji. Zde je vidět, jak je důležitá spolupráce lékaře a porodní asistentky, která ne vždy funguje tak, jak by měla. Je na lékaři, jaké výkony v soukromé ordinaci bude PA provádět. Jelikož je PA zaměstnanec provádí jen ty úkony, které jí lékař dovolí. Tím, že porodní asistentka nevykonává práci dle své kompetence, ale dle úsudku lékaře, nejsou kompetence porodní asistentky naplněné. Lékař by si měl uvědomit, že porodní asistentka je uznávaná jako plně zodpovědný pracovník a má též důležitou úlohu ve zdravotním poradenství a vzdělávání.

Další z úloh PA je zabezpečit a realizovat edukaci rodičů vhodnými prostředky, zajistit dostatek vhodných informací a materiálů. Požadavky žen má plnit vhodnou edukační metodou a zajistit co největší kvalitu informací edukačního procesu. Porodní asistentka má využívat vědecky ověřené pracovní metody, postupy a techniky (13, 42).

V gynekologicko-porodnických ambulancích v Českých Budějovicích edukace rodičů nejčastěji probíhá ústní formou a zároveň informačními materiály (nejčastěji letáky a brožurami). V našem výzkumném šetření takto odpovědělo všech 7 respondentek, 6 uvedlo, že v ambulanci provádí edukaci pomocí praktické ukázky. Pouze 2 respondentky používají audiovizuální záznamy (Tabulka 11). Tyto výsledky plynou již z Tabulky 10, která znázorňuje edukační materiály antikoncepce, které mají v ambulancích k dispozici.

Všechny respondentky uvedly, že mají k dispozici nejrůznější informační letáky a brožury. Ve 3 ambulancích mají navíc k informačním brožurám jednotlivých antikoncepčních přípravků k dispozici pro klientky i některé vzorky těchto přípravků (R2, R3, R4). Dále má 6 respondentek (R1, R2, R3, R4, R6, R7) v ambulanci názorné pomůcky a to nitroděložní tělísko a hormonální kroužek Nuvaring. Audiovizuální záznamy mají k dispozici pouze 2 dotázané (R1, R7). Ve dvou ambulancích je edukační materiál k dispozici v podobě informační tabule (R2, R7) a v podobě seznamu antikoncepčních přípravků včetně cen (R2, R5).

Aby byla edukace ze strany PA efektivní, musí mít hluboké znalosti činností nebo požadované vzdělání v oborech, kterým bude rodiče učit nebo ve kterých je bude vzdělávat. Dále je nutné mít pedagogické, psychologické a filozofické znalosti, dovednosti a schopnosti. Musí postupovat podle edukačního procesu, který má několik částí, mezi něž patří posuzování a diagnostika, plánování, realizace a vyhodnocení (42). Tabulka 12 prezentuje postup dotazovaných respondentek při edukaci antikoncepce. Správný postup prokázaly 2 respondentky (R3, R7), které by edukaci provedly včetně zápisu do dokumentace. 3 respondentky (R1, R2, R4) by si pak také při edukaci vedlo slušně, s tím rozdílem, že se nezmínily o zápisu edukace do dokumentace.

Pomocí výše uvedených výsledků jsme se dobrali k odpovědi výzkumné otázky č. 1, která zní: Z pohledu porodních asistentek rodiče vyhledávají informace o antikoncepci od porodních asistentek, ale častěji je edukátorem lékař, jelikož má více informací o zdravotním stavu klientek a je s klientky ve větším časovém kontaktu.

K tomu aby byl naplněn celý námi stanovený cíl, jsme museli zjistit, zda mají porodní asistentky znalosti o nejnovějších trendech antikoncepce a zjistit, od jakých zdrojů tyto znalosti získávají. Každý lékař ocení porodní asistentku, která svým vystupováním a informovaností přispívá k dobrému jménu praxe.

Nejnovějším trendem antikoncepce je v současnosti hormonální kroužek Nuvaring, správnou odpověď uvedlo 6 respondentek, pouze jedna (R5) za nejnovější trend považuje nitroděložní tělísko Mirena (Tabulka 15). Tabulka 13 nám ukazuje, jaký zdroj poskytuje



porodním asistentkám nejvíce informací o antikoncepci. Všechny sedm respondentek navštěvují dealery farmakologických firem, kteří jim poskytují nejnovější informace. Čtyři z dotázaných si zároveň své vědomosti doplňuje informacemi z internetu, tři pak informuje lékař. 3 respondentky uvedly, že čerpají ze seminářů a taktéž 3 respondentky čerpají z odborných časopisů. 1 respondentka (R5) se informuje z odborných knih.

Většina respondentek (R2, R3, R4, R7) se domnívá, že jejich znalosti jsou dostatečné, aby mohly provádět edukaci v problematice antikoncepce, a nepotřebují další informace. 3 respondentky (R1, R5, R6) by uvítaly více informací (Tabulka 16).

Pomocí Tabulek 13, 15 a 16 jsme dospěly k odpovědi na 2. výzkumnou otázku. Odpověď zní: Vzhledem k vysoké návštěvnosti gynekologických ambulancí dealery farmakologických firem, jsou porodní asistentky informovány o nejnovějších trendech antikoncepce.

Z kvalitativního výsledku vyplynulo, že ačkoli jsou porodní asistentky vzdělané v problematice antikoncepce, nemají možnost své vědomosti uplatnit v rámci své edukační činnosti. K tomu aby mohly plnit svou úlohu, je zapotřebí získat důvěru rodičů, zajistit dostatek času na jejich edukaci a spolupracovat s lékařem.

## 6 Závěr

Bakalářská práce na téma: Antikoncepce očima rodičů a spolupráce s porodní asistentkou se zabývala postoji a informovaností rodičů v problematice antikoncepce a dále se zabývala poznatky, zda mají porodní asistentky možnost edukovat rodiče o antikoncepci. Antikoncepce je jednou z forem negativního plánování rodičovství, které zahrnuje snahu a opatření v regulaci počtu obyvatelstva a zamezení nežádoucímu těhotenství. V současné době je dostupné velké množství moderních antikoncepčních přípravků, ale ne pro každou ženu či pár je vhodná každá metoda. Obzvláště u dopívajících dívek je proto nutná edukace této problematiky. Právě rodiče mají na sexuální rozvoj svého dítěte největší vliv, jelikož jsou dítěti prvními a nejdůležitějšími učiteli sexuální výchovy. Je tedy důležité, aby rodiče byli vzděláni v oblasti antikoncepce a byli schopni dcerám poradit. V rámci ošetrovatelské péče má podporovat a edukovat ženy při výběru vhodné antikoncepce porodní asistentka.

Ke zpracování dané problematiky a zjištění jmenovaných cílů byla zvolena kombinace kvantitativního a kvalitativního výzkumného šetření. Kvantitativní forma výzkumu proběhla formou dotazníku na českobudějovických středních školách. Dotazník byl anonymní a byl určen rodičům dívek středoškolského věku. Kvalitativní forma výzkumu proběhla formou polostrukturovaného rozhovoru s porodními asistentkami, pracujícími v gynekologicko-porodnických ordinacích v Českých Budějovicích.

Celkem byly stanoveny 4 cíle. V prvním cíli jsme měli za úkol zmapovat znalosti rodičů o metodách, účincích, spolehlivosti a problematice antikoncepce. Druhým cílem bylo zjistit, podle jakých kritérií rodiče vybírají antikoncepci pro své děti. Třetím cílem bylo zjistit, zda rodiče upřednostňují informace o antikoncepci od porodní asistentky v gynekologické ambulanci, před jinými informačními zdroji. Čtvrtým a zároveň posledním cílem bylo zjistit, zda má porodní asistentka možnost v rámci své edukační činnosti seznamovat rodiče s metodami antikoncepce. Cíle byly splněny.

Hypotéza 1 „Rodiče mají informace o metodách antikoncepce“ byla potvrzena. Cíl 1 byl splněn. Hypotéza 2 „Rodiče nechávají rozhodnutí v otázce antikoncepce na svém dítěti“ a hypotéza 3 „Největším kritériem pro výběr antikoncepce je vysoká spolehlivost“

byla potvrzena. Cíl 2 byl splněn. Hypotéza 4 „Rodiče dávají přednost informacím o antikoncepci od jiných zdrojů, než od porodní asistentky“ byla potvrzena. Nejčastěji je zdrojem informací o antikoncepci lékař. Cíl byl splněn.

Výzkumná otázka 1 „Vyhledávají rodiče informace o metodách antikoncepce od porodní asistentky?“ byla zodpovězena. Z pohledu porodních asistentek rodiče vyhledávají informace o antikoncepci od porodních asistentek, ale častěji je edukátorem lékař, jelikož má více informací o zdravotním stavu klientek a je s klientky ve větším časovém kontaktu. Výzkumná otázka 2 „Má porodní asistentka informace o nejnovějších trendech antikoncepce?“ byla zodpovězena. Vzhledem k vysoké návštěvnosti gynekologických ambulancí dealery farmakologických firem, jsou porodní asistentky informovány o nejnovějších trendech antikoncepce. Díky zodpovězení těchto 2 výzkumných otázek, byl Cíl 4 splněn.

Z výzkumného šetření vyplývá, že rodiče jsou edukováni v problematice antikoncepce. Z výsledků vyplynulo, že poskytovatelem zásadních informací je lékař. Porodní asistentky tedy i přesto, že mají v kompetencích vzdělávat v oblasti plánovaného rodičovství a antikoncepce, nemají významnou úlohu v edukaci týkající se této problematiky. Na základě výsledků kvantitativního a kvalitativního výzkumného šetření byl vytvořen edukační plán antikoncepce pro porodní asistentky (příloha 11) a příručka pro rodiče dospívajících dívek týkající se problematiky antikoncepce (příloha 12).

Tato bakalářská práce může posloužit jako zdroj informací a studijní materiál pro další ročníky porodních asistentek. Dále by se tato práce dala využít jako edukační materiál pro porodní asistentky v praxi i pro budoucí uživatelky či uživatele, kteří uvažují o užívání některé z metod antikoncepce.

## 7 Seznam použitých zdrojů

1. BARTÁK, A. *Antikoncepce*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, 2006. 132s. ISBN 80-247-1351-9.
2. CIBULA, D., et al. *Základy gynekologické endokrinologie*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, 2002. 340s. ISBN 80-247-0236-3.
3. ČEPICKÝ, P., et al. *Mirena není Dana* in *Zdravotní noviny – příloha Lékařské listy*. Praha: Mladá fronta, 2009. roč. 58., č. 9, str. 29.-30. ISSN 1214-7664.
4. ČEPICKÝ, P. *Historie antikoncepce* in *Moderní babičtví 3*, Praha: Levret, 2004. str.48-50. ISSN 1214-5572.
5. ČEPICKÝ, P. *Antikoncepční metody*. [online]. [cit. 2010-1-7] Dostupné z www: <http://www.antikoncepce.cz/?page=1-2-7>.
6. ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD, *Umělá přerušení těhotenství podle věku ženy, rodinného stavu a počtu živě narozených dětí* in *Demografická ročenka ČR 2008* [online]. [cit. 2010-3-5] Dostupné z www: <http://www.czso.cz/csu/2009edicniplan.nsf/publ/4019-09-2008>.
7. ELLINGHOVENOVÁ, R. *Příliš mladí na sex*. 1.vyd. Praha: Ikar, 2001. 141s. ISBN 80-7202-804-9.
8. FAIT, T. *Antikoncepce*. 1.vyd. Praha: Maxdorf, 2009. 104s. ISBN 978-80-7345-172-1.
9. FAIT, T., PROUZOVÁ, Z. *Jak učit o antikoncepci*. 1.vyd. Praha: Společnost pro plánování rodiny a sexuální výchovu, 2010. 16s. ISBN 978-80-254-6428-1.
10. FANTA, M. *Novinky v hormonální antikoncepci* in *Zdravotní noviny – příloha Lékařské listy*. Praha: Mladá fronta, 2009. roč. 58., č. 9, str. 26-28. ISSN 1214-7664.
11. HAŠKOVCOVÁ, H. *Interrupce – stále aktuální problém* in *Moderní babičtví 3*, Praha: Levret, 2004. str.46-47. ISSN 1214-5572.

12. JENÍČEK, J. *Hormonální antikoncepce a rizikové faktory civilizačních chorob* in *Diagnóza v ošetrovatelství*. Praha: Promediamotion, 2009. roč. 5, č. 10, str. 18. ISSN 1801-134.
13. JUŘENÍKOVÁ, P. *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2010. 80s. ISBN 978-80-247-2171-2.
14. KLEVETOVÁ, D., DLABALOVÁ, I., *Motivační prvky při práci se seniory*. Praha: Grada Publishing, 2008. 208 s. ISBN 978-80-247-2169-9.
15. KOBILKOVÁ, J., et al. *Základy gynekologie a porodnictví*. 1.vyd. Praha: Galén, 2005. 368s. ISBN 80-7262-315-X.
16. KOVÁŘ, P. *Sexuální výchova, antikoncepce, asistovaná reprodukce a pohled katolické církve* in *Sborník z kongresu Pardubice 2006* [online]. [cit. 2011-4-24] Dostupné z: <http://www.planovanirodiny.cz/view.php?cislocianku=2007011602>.
17. KUBEROVÁ, H. *Didaktika ošetrovatelství*. 1.vyd. Praha: Portál, 2010. 248s. ISBN 978-80-7367-684-1.
18. LIVOTIOVÁ, C. *Vagina: manuál pro majitelky*. 1.vyd. Praha: Smart Press, 2005. 236s. ISBN 80-239-4113-5.
19. LOUDA, M. *Mužská sterilizace – vazektomie v praxi* in *Sestra*. Praha: Mladá fronta, 2009. roč. 19, č. 4, str. 35. ISSN 1210-0404.
20. MACHOVÁ, J., HAMANOVÁ, J. *Reprodukční zdraví v dospívání*. 1.vyd. Praha: H&H, 2002. 198s. ISBN 80-86022-94-3.
21. MALACH, J. *Obecná pedagogika*. 1.vyd. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, 2002. 88s. ISBN 80-7042-205-X.
22. MATĚJČEK, Z. *Co, kdy a jak ve výchově dětí*. 3.vyd. Praha: Portál, 2000. 143 s. ISBN 80-7178-494-X.
23. MOŽNÝ, I. *Rodina a společnost*. 2. vyd. Praha: SLON, 2008. 323s. ISBN 978-80-86429-87-8.
24. NOVOTNÁ, M. *Vaginální antikoncepční kroužek* in *Zdravotní noviny – příloha Lékařské listy*. Praha: Mladá fronta, 2009. roč. 58, č. 9, str. 33-34. ISSN 1214-7664.

25. ONDERKOVÁ, A. *Edukační proces z pohledu komunikace mezi klientem a zdravotníkem* in *Sestra*. Praha: Mladá fronta, 2007. roč. 17, č. 12, str.17-18. ISSN 1210-0404.
26. ORVIN, G. H. *Dospívání – Kniha pro rodiče*. Přel. J. Roubal. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, 2001. 180s. Přel. Z: Understanding the Adolescent. ISBN 80-247-0124-3.
27. PRIRODZENÉ PLÁNOVANIE RODIČOVSTVA [online]. [cit. 2010-2-15] Dostupné z www: <http://www.tehotenske-testy.net/files/teplotna%20metoda.htm>.
28. PRŮCHA, J. *Moderní pedagogika*. 4.vyd. Praha: Portál, 2009. 481s. ISBN 978-80-7367-503-5.
29. PRŮCHA, J. *Přehled pedagogiky*. 3.vyd. Praha: Portál, 2009. 271s. ISBN 978-80-7367-567-7.
30. ROZEHNALOVÁ, M. *Co se skrývá za sexem dospívajících?*. 1.vyd. Praha: CEVAP, 2005. 146. ISBN 80-902898.
31. ROZTOČIL, A., et al. *Porodnictví*. 1.vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2001. 333s. ISBN 80-7013-339-2.
32. SAGAMI ORIGINAL [online]. [cit. 2011-4-20] Dostupné z www: <http://www.sagami.cz>.
33. SEIDLOVÁ, D. *Kontracepce pro praxi*. 1.vyd. Praha: Maxdorf, 1997. 148s. ISBN 80-85800-39-X.
34. SLEZÁKOVÁ, L. *Jak přežít pobyt ve zdravotnické zařízení: 100 +1 otázek a odpovědí pro pacienty*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, 2007. 144s. ISBN-13: 978-80-247-1997-5.
35. Společnost pro plánování rodiny a sexuální výchovu [online]. [cit. 2010-8-30] Dostupné z www: <http://www.planovanirodiny.cz/search.php?rsvelikost=nv&rstext=all-phpRS-all&rstema=41>.
36. ŠILEROVÁ, L. *Sexuální výchova*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, 2003. 104s. ISBN 80-247-0291-6.

37. TROJAN, O. *Jak mluvit s dětmi o sexu*. 1.vyd. Praha: Fragment, 2009. 152s. ISBN 978-80-253-0833-2.
38. UZEL, R. *Antikoncepční kuchařka*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, 1999. 137s. ISBN 80-7169-767-2.
39. VRÁNOVÁ, V. *Historie babičství a současnost porodní asistence*. 1.vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2007. 204s. ISBN 978-80-244-1764-6.
40. WEISS, P., ZVĚŘINA, J. *Sexuální chování v ČR- situace a trendy*. 1.vyd. Praha: Portál, 2001. 160s., ISBN 80-7178-558-X.
41. WEISS, P., ZVĚŘINA, J. *Sexuální chování v ČR - - srovnání výzkumů z let 1993, 1998, 2003 a 2008*. [online]. [cit. 2011-7-25] Dostupné z [www: http://www.zverina.cz/cs/sexuologicky-ustav-1-lekarske-fakulty-uk-a-vfn-praha-2/2/](http://www.zverina.cz/cs/sexuologicky-ustav-1-lekarske-fakulty-uk-a-vfn-praha-2/2/).
42. ZÁVODNÁ, V. *Pedagogika v ošetrovatelství*. 2.vyd. Martin: Osveta, 2005. 117s. ISBN 80-8063-193-X.

## **8 KLÍČOVÁ SLOVA**

Antikoncepce

Edukace

Porodní asistentka

Rodina

Sexuální výchova



## 9 PŘÍLOHY

### 9.1 Seznam příloh

Příloha 1 Použité zkratky

Příloha 2 Spolehlivost jednotlivých antikoncepčních metod dle Pearlova indexu

Příloha 3 Antikoncepční metody podle druhu použitého kontracepčního prostředku

Příloha 4 Záznam měření bazální teploty

Příloha 5 Změny čípku během cyklu

Příloha 6 Správný postup při nasazování kondomu

Příloha 7 Zákon o umělém přerušení těhotenství – Zákon 66/1986 Sb.

Příloha 8 Vyhláška 424/2004 – Část druhá – činnosti zdravotnických pracovníků po  
získání odborné způsobilosti - § 5 Porodní asistentka

Příloha 9 Dotazník pro rodiče

Příloha 10 Polostrukturovaný rozhovor pro porodní asistentky

Příloha 11 Edukační plán pro porodní asistentky

Příloha 12 Příručka pro rodiče dospívajících dívek

## **Příloha 1 Použité zkratky**

**ČSR** – Československá republika

**ČR** – Česká republika

**EU** – Evropská unie

**OSN** – Organizace spojených národů

**IUD** – Intra Uterine Device – nitroděložní tělísko

**IUS** - Intra Uterine Systém – nitroděložní systém

**LNG-IUS** - nitroděložní systém s hormonem levonorgestrel

**MOP** – Mikrobiální obraz poševní

**GEU** – Gravidita extra uterina – mimoděložní těhotenství

**FSH** – Folikulo-stimulační hormon

**LH** – Luteizační hormon

**TEN** – Tromboembolická nemoc

**CMP** – Cévní mozková příhoda

**UPT** – Umělé přerušení těhotenství

**SPRSV** - Společnost pro plánování rodiny a sexuální výchovu

**LARC** – Long acting reverzible contraception – dlouhodobá účinná reverzibilní antikoncepce

**PA** – Porodní asistentka

**HA** – Hormonální antikoncepce

**MZČR** – Ministerstvo zdravotnictví České republiky

## Příloha 2 Spolehlivost jednotlivých antikoncepčních metod dle Pearlova indexu

Nechráněný styk	80,00 – 85,00
Metoda neplodných dnů	0,2 - 40
Přerušovaná soulož	8 -38
Kondom	2 - 14
Minipilulky (čisté gestageny)	0,14 - 9,60
Pravidelné kojení	2 - 4
Lokální chemická antikoncepce (spermicidy)	0,68 – 2,6
Depotní gestageny (např. podkožní implantáty)	0,00 - 1,00
Nitroděložní tělíčko s mědí	0,20 - 0,80
Ženská sterilizace	0,00 - 0,50
Kombinované pilulky	0,10 - 0,40
Nitroděložní tělíčko s gestagenem	0,02 - 0,20
Mužská sterilizace	0,00 - 0,15

Zdroj: FAIT, T., PROUZOVÁ, Z. *Jak učit o antikoncepci*. 1.vyd. Praha: Společnost pro plánování rodiny a sexuální výchovu, 2010. 16s. ISBN 978-80-254-6428-1.

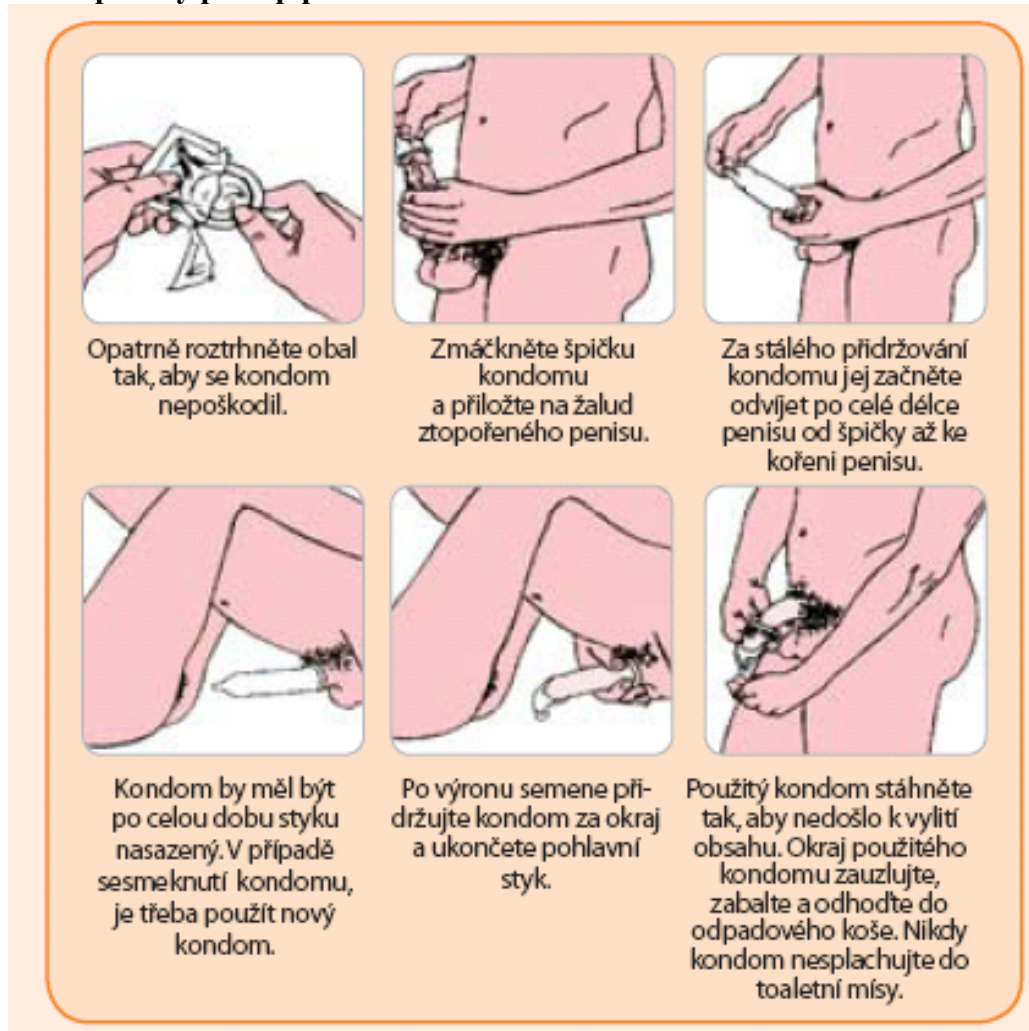
### Příloha 3 Antikoncepční metody podle druhu použitého kontracepčního prostředku

<b>Antikoncepční metody podle druhu použitého materiálu</b>	
<b>Přírozené metody antikoncepce</b>	Koitus interruptus Metoda neplodných dnů Měření bazální teploty Billingsova metoda Symptotermální metoda Pozorování změn děložního čípku Kojení
<b>Chemické metody antikoncepce</b>	Spermicidní přípravky
<b>Bariérová antikoncepce</b>	Cervikální pesar Vaginální pesar Femidom Kondom
<b>Intrauterinní antikoncepce</b>	S mědí a stříbrem Hormonální
<b>Hormonální antikoncepce</b>	Kombinovaná Gestagenní Postkoitální Injekční Implantační
<b>Chirurgická sterilizace</b>	

Zdroj: Vlastní návrh dělení antikoncepčních metod



## Příloha 6 Správný postup při nasazování kondomu



Zdroj: [www.aids-hiv.cz](http://www.aids-hiv.cz)

**Příloha 7 Zákon České národní rady 66/1986 Sb. o umělém přerušení těhotenství**



stav k 26. 3. 2009

66/1986 Sb.

**ZÁKON**

**České národní rady**

ze dne 20. října 1986

**o umělém přerušení těhotenství**

Česká národní rada se usnesla na tomto zákoně:

### § 1 Účel zákona

Zákon upravuje umělé přerušení těhotenství a se zřetelem na ochranu života a zdraví ženy a v zájmu plánovaného a odpovědného rodičovství stanoví podmínky pro jeho provádění.

### Předcházení nežádoucímu těhotenství § 2

Nežádoucímu těhotenství se předchází především výchovou k plánovanému a odpovědnému rodičovství v rodině, ve škole a zdravotnických zařízeních, výchovným působením v oblasti sociální a kulturní a využíváním prostředků k zabránění těhotenství.

### § 3

Prostředky k zabránění těhotenství, které jsou na lékařský předpis, jakož i lékařské vyšetření a kontrola s tím související se poskytují ženě bezplatně.

### Podmínky pro umělé přerušení těhotenství § 4

Ženě se uměle přeruší těhotenství, jestliže o to písemně požádá, nepřesahuje-li těhotenství dvanáct týdnů a nebrání-li tomu její zdravotní důvody.

### § 5

Ženě lze uměle přerušit těhotenství ze zdravotních důvodů s jejím souhlasem nebo z jejího podnětu, jestliže je ohrožen její život nebo zdraví nebo zdravý vývoj plodu nebo jestliže jde o geneticky vadný vývoj plodu.

### § 6

(1) Ženě, která nedovršila šestnácti let, lze uměle přerušit těhotenství podle § 4 se souhlasem zákonného zástupce, popřípadě toho, jemuž byla svěřena do výchovy.

(2) Jestliže bylo podle § 4 uměle přerušeno těhotenství ženě ve věku od šestnácti do osmnácti let, vyzoomní o tom zdravotnické zařízení jejího zákonného zástupce.

### Postup při projednání umělého přerušení těhotenství § 7

Žena písemně požádá o umělé přerušení těhotenství ženského lékaře zdravotnického zařízení příslušného podle místa jejího trvalého pobytu nebo místa pracoviště nebo školy. Lékař je povinen

poučít ženu o možných zdravotních důsledcích umělého přerušení těhotenství i o způsobech používání antikoncepčních metod a prostředků. Jestliže žena na umělém přerušení těhotenství trvá a zjistí-li lékař, že jsou splněny podmínky pro jeho výkon, určí zdravotnické zařízení, kde se výkon provede.

### § 8

(1) Jestliže lékař neshledal podmínky pro umělé přerušení těhotenství (§ 4 a 5), může žena do tří dnů písemně požádat o přezkoumání jeho závěru okresního odborníka pro obor gynekologie a porodnictví, který tuto žádost přezkoumá nejpozději do dvou dnů od jejího doručení. K přezkoumání žádosti si tento odborník přizve dva další lékaře z tohoto oboru, popřípadě i lékaře z jiného dotčeného oboru. Zjistí-li, že podmínky pro umělé přerušení těhotenství jsou splněny, oznámí to ženě a určí zdravotnické zařízení, kde se výkon provede.

(2) Jestliže okresní odborník pro obor gynekologie a porodnictví neshledal podmínky pro umělé přerušení těhotenství a žena na něm trvá, postoupí ihned její písemnou žádost k přezkoumání krajskému odborníkovi pro obor gynekologie a porodnictví, který si přizve dva další lékaře z tohoto oboru, popřípadě i lékaře z jiného dotčeného oboru a přezkoumá žádost nejpozději do tří dnů od jejího doručení. Neshledal-li podmínky pro umělé přerušení těhotenství, písemně oznámí ženě výsledek přezkoumání, který je konečný; v případě, že podmínky pro umělé přerušení těhotenství jsou splněny, postupuje obdobně jako okresní odborník pro obor gynekologie a porodnictví podle odstavce 1.

### § 9

Na postup stanovený tímto zákonem se nevztahují obecné předpisy o správním řízení.

### § 10

#### Umělé přerušení těhotenství cizinkám

Umělé přerušení těhotenství podle § 4 se neprovede cizinkám, které se v České socialistické republice zdržují pouze přechodně.

### § 11

#### Příplatek nebo úhrada za umělé přerušení těhotenství

(1) Za umělé přerušení těhotenství provedené podle § 4 uhradí žena v případech stanovených obecně závazným právním předpisem zdravotnickému zařízení příplatek.



(2) Úhradu za umělé přerušení těhotenství cizinkám upravuje zvláštní předpis.

§ 12

**Zmocnění**

Ministerstvo zdravotnictví České socialistické republiky vydá obecně závazný právní předpis, jímž podrobněji upraví podmínky pro umělé přerušení těhotenství, postup při projednávání umělého přerušení těhotenství a výši příplatku a podmínky jeho placení. Tento předpis též upraví okruh cizinek, kterým lze provést umělé přerušení těhotenství za úhradu.

§ 13

**Přechodné ustanovení**

Podle tohoto zákona se projednají též žádosti o umělé přerušení těhotenství, o nichž nebylo pravomocně rozhodnuto před počátkem jeho účinnosti.

§ 14

**Zrušovací ustanovení**

Zrušují se

1. zákon č. 68/1957 Sb., o umělém přerušení těhotenství,

2. vládní nařízení č. 126/1962 Sb., kterým se zřizuje interrupční komise a provádí zákon o umělém přerušení těhotenství, ve znění vládního nařízení č. 54/1966 Sb., a nařízení vlády ČSR č. 69/1973 Sb.,

3. vyhláška č. 71/1973 Sb., kterou se provádí zákon č. 68/1957 Sb., o umělém přerušení těhotenství, ve znění vyhlášky č. 80/1980 Sb., kterou se mění a doplňuje vyhláška č. 71/1973 Sb.

§ 15

**Účinnost**

Tento zákon nabývá účinnosti dnem 1. ledna 1987.

**Kempný v.r.**

**Korčák v.r.**

**Příloha 8 Vyhláška 424/2004 – Část druhá – Činnosti zdravotnických pracovníků po získání odborné způsobilosti - § 5 Porodní asistentka**

**ČÁST DRUHÁ  
ČINNOSTI ZDRAVOTNICKÝCH PRACOVNÍKŮ PO ZÍSKÁNÍ ODBORNÉ  
ZPŮSOBILOSTI**

**§ 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 těhotným, rodícím ženám a šestinedělkám prostřednictvím ošetrovatelského procesu. Přitom zejména:

- a) poskytuje poučení o životosprávě v těhotenství a při kojení, přípravě na porod, ošetření novorozence a o antikoncepci; poskytuje rady a pomoc v otázkách sociálně-právních, popřípadě takovou pomoc zprostředkuje,
- b) provádí návštěvy v rodinách těhotných, šestinedělek a gynekologicky nemocných, sleduje jejich zdravotní stav,
- c) podporuje a edukuje ženu v péči o novorozence, včetně podpory kojení a předcházení jeho komplikacím,
- d) diagnostikuje těhotenství, předepisuje, doporučuje nebo provádí vyšetření nutná ke sledování fyziologického těhotenství, sleduje ženy s fyziologickým těhotenstvím, poskytuje jim informace o prevenci komplikací; v případě zjištěného rizika předává ženu do péče lékaře se specializovanou způsobilostí v oboru gynekologie a porodnictví,
- e) sleduje stav plodu v děloze všemi vhodnými klinickými i technickými prostředky, rozpoznává u matky, plodu nebo novorozence příznaky patologií, které vyžadují zásah lékaře, a pomáhá mu v případě zásahu; při nepřítomnosti lékaře provádí neodkladná opatření,

- f) připravuje rodičky k porodu, pečuje o ně ve všech dobách porodních a vede fyziologické porody, včetně případného nástřihu hráze; v neodkladných případech vede i porody v poloze koncem pánevním; neodkladným případem se rozumí vyšetřovací nebo léčebný výkon nezbytný k záchraně života nebo zdraví,
  - g) ošetřuje porodní a poporodní poranění a pečuje o šestinedělky,
  - h) zajišťuje přejímání, kontrolu a uložení léčivých přípravků, manipulaci s nimi a jejich dostatečnou zásobu,
  - i) zajišťuje přejímání, kontrolu a uložení zdravotnických prostředků a prádla, manipulaci s nimi, jejich dezinfekci a sterilizaci a jejich dostatečnou zásobu.
- (2) Porodní asistentka poskytuje bez odborného dohledu a bez indikace ošetrovatelskou péči fyziologickým novorozencům prostřednictvím ošetrovatelského procesu a provádí jejich první ošetření, včetně případného zahájení okamžité resuscitace.
- (3) Porodní asistentka pod přímým vedením lékaře se specializovanou způsobilostí v oboru gynekologie a porodnictví
- a) asistuje při komplikovaném porodu,
  - b) asistuje při gynekologických výkonech,
  - c) instrumentuje na operačním sále při porodu císařským řezem.
- (4) Porodní asistentka se podílí pod odborným dohledem porodní asistentky se specializovanou způsobilostí v oboru nebo všeobecné sestry se specializovanou způsobilostí v oboru, případně zaměření, v souladu s diagnózou stanovenou lékařem na poskytování vysoce specializované ošetrovatelské péče. Přitom zejména vykonává činnosti podle § 4 odst. 1 písm. b) až i).
- (5) Porodní asistentka dále vykonává činnosti podle § 4 odst. 1, 3 a 4 u těhotných a rodících žen, šestinedělek a pacientek s gynekologickým onemocněním.

Zdroj: Ministerstvo zdravotnictví ČR

## **Příloha 9 Dotazník pro rodiče**

Vážený rodiče,

Jmenuji se Jana Šlincová a v současné době jsem studentkou oboru Porodní asistentka na Zdravotně sociální fakultě Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích. Prosím Vás o vyplnění dotazníku, který je součástí výzkumu v rámci mé bakalářské práce na téma: „Antikoncepce očima rodičů a spolupráce s porodní asistentkou“.

Veškeré údaje jsou anonymní a budou použity výhradně pro výzkumné účely. Odpovědi zaškrtněte dle nabídnutých možností, není-li uvedeno jinak, označte pouze jednu odpověď. U některých otázek je ponechán prostor pro uvedení vlastní odpovědi. Toto místo je vyznačeno tečkami.

Děkuji za Vámi strávený čas a trpělivost při vyplňování dotazníku.

### **1. Vaše pohlaví?**

- Žena
- Muž

### **2. Do které věkové kategorie spadá Vaše dcera?**

- 15 let
- 16 let
- 17 let
- 18 let
- 19 let a více

### **3. Jaký máte názor na antikoncepci?**

- Jsem zásadně proti antikoncepci
- Uznávám pouze tzv. přirozené metody antikoncepce
- Považuji antikoncepci za nutnou
- Jiné

(doplňte).....

### **4. Jaké druhy a metody antikoncepce znáte? (Možnost označit více odpovědí)**

- Přerušovaný styk
- Využití neplodných dnů
- Spermicidní látky
- Kondom

- Hormonální antikoncepce
- Nitroděložní tělísko
- Sterilizace
- Jiné (doplňte).....

**5. Hormonální antikoncepce je u nás prozatím nabízena ve formě? (Možnost označit více odpovědí)**

- Tablet
- Injekcí
- Náplastí
- Podkožních implantátů
- Vaginálního kroužku
- Nevím
- Jiné (doplňte).....

**6. Myslíte si, že dostupnost antikoncepce je dostatečná?**

- Ano
- Ne
- Nevím

**7. Myslíte si, že je některá z metod antikoncepce 100% spolehlivá?**

- ne, vždy je nutné počítat s možností otěhotnění
- ano, a to (uveďte): .....
- nevím

**8. Od kolika let může být předepsána hormonální antikoncepce?**

- Od ..... let (doplňte)
- Vždy, nezáleží na věku
- Nemusí být předepsána, je volně dostupná v lékárně
- Nevím

**9. Domníváte se, že má hormonální antikoncepce nežádoucí vedlejší účinky?**

- Ano
- Ne (vybral/a-li jste tuto možnost, pokračujte otázkou č. 11)
- Nevím (vybral/a-li jste tuto možnost, pokračujte otázkou č. 11)

**10. Vypište, jaké nežádoucí vedlejší účinky hormonální antikoncepce máte na mysli:**

.....  
.....  
.....

**11. Od koho (případně kde) jste doposud získal/a nejvíce užitečných informací o antikoncepci?**

- Gynekologa
- Porodní asistentky
- Vaší dcery
- Přátel
- Literatury (knihy, ...)
- Masmédií (internet, TV, rádio, ...)
- Jiné

(doplňte).....

**12. Ze zdroje, označeného v předešlé otázce, jste získal/a informace o:**

- |  |                              |                             |
|--|------------------------------|-----------------------------|
| Metodách antikoncepce                            | <input type="checkbox"/> Ano | <input type="checkbox"/> Ne |
| Účincích jednotlivých metod antikoncepce         | <input type="checkbox"/> Ano | <input type="checkbox"/> Ne |
| Spolehlivosti jednotlivých metod antikoncepce    | <input type="checkbox"/> Ano | <input type="checkbox"/> Ne |
| Užívání jednotlivých metod antikoncepce          | <input type="checkbox"/> Ano | <input type="checkbox"/> Ne |
| Vlivu na zdraví jednotlivých metod antikoncepce  | <input type="checkbox"/> Ano | <input type="checkbox"/> Ne |
| Kontraindikacích jednotlivých metod antikoncepce | <input type="checkbox"/> Ano | <input type="checkbox"/> Ne |

**13. Jaký je Váš názor na rozhovor rodičů s dětmi o oblasti sexuálního a reprodukčního zdraví? (tzn. informací o antikoncepci, sexuálně přenosných chorobách a podobně)?**

- Je důležité hovořit s dětmi o sexu
- Dáváte přednost sexuální výchově ve škole
- Není důležité hovořit s dětmi o sexu
- Jiné

(doplňte).....

**14. Radí se s Vámi dcera o antikoncepci?**

- Ano
- Ne

**15. Doprovázíte Vaši dceru na pravidelné gynekologické vyšetření?**

- Ano, vždy
- Ano, většinou
- Ne

**16. Označte v jakém pořadí uvedených zdrojů, byste čerpal/a nejspolehlivější informace o antikoncepci pro Vaši dceru. (Použijte pořadí tak, jako byste známkovali ve škole. 1 2 3 4 5 6 7 kde 1=nejdůležitější, 7=nejméně důležité)**

- Gynekolog
- Porodní asistentka
- Vaše dcera
- Přátelé
- Literatura (knihy, ...)
- Masmédia (internet, TV, rádio, ...)
- Jiné (doplňte).....

**17. Seřad'te podle důležitosti kritéria, kterým dáváte přednost při výběru antikoncepce pro Vaši dceru. (Použijte pořadí tak, jako byste známkovali ve škole. 1 2 3 4 5 6 7 kde 1=nejdůležitější, 7=nejméně důležité)**

- Spolehlivost
- Cena
- Doporučení lékaře
- Vliv na zdraví
- Snadnost užití
- Dostupnost
- Rozhodnutí dcery

**18. Kterou z následujících metod antikoncepce považujete za nejvhodnější pro mladistvé?**

- Přirozená antikoncepce (vypočítávání plodných a neplodných dnů, přerušovaná soulož)
  - Bariérová antikoncepce (kondom, poševní pesar)
  - Hormonální antikoncepce
  - Nitroděložní tělíska
  - Sterilizace
  - Jiné
- (doplňte).....

**19. Kterou z metod antikoncepce Vaše dcera užívá? (Možnost označit více odpovědí)**

- Přerušovaný styk
- Využití neplodných dnů
- Spermicidní látky
- Kondom
- Hormonální antikoncepci
- Nitroděložní tělísko
- Nevím (vybral/a-li jste tuto možnost, ve vyplňování dotazníku již nepokračujte)

- Žádnou (vybral/a-li jste tuto možnost, ve vyplňování dotazníku již nepokračujte)
- Jiné (doplňte).....  
.....

**20. Pro použití antikoncepce se rozhodla dcera:**

- Sama
- Rozhodl/a jste Vy
- Sama po konzultaci s Vámi
- Sama po konzultaci s lékařem
- Sama po konzultaci s por. asistentkou
- Nevím

**21. Jaký je hlavní důvod užívání antikoncepce Vaší dcerou?**

- Ochrana před početím
- Pravidelnost menstruačního cyklu
- Ztlumení menstruačních bolestí
- Zlepšení pleti
- Ochrana proti pohlavním nemocem
- Nevím
- Z jiných důvodů (doplňte).....

**22. Kdo antikoncepci Vaší dceři hradí?**

- Ona sama z vlastních zdrojů
- Ona a její partner
- Vy
- Partner dcery
- Nevím
- Jiné zdroje (doplňte).....

Zdroj: Vlastní výzkum



## **Příloha 10 Polostrukturovaný rozhovor pro porodní asistentky**

1. Jaký je Váš věk?
2. Jaké je Vaše nejvyšší vzdělání?
3. Jak dlouho pracujete ve zdravotnictví?
4. Jak dlouho pracujete na současném místě?
5. Jak často se setkáváte s rodiči dívek středoškolaček ve Vaší ambulanci?
6. Na koho se rodiče obracejí v případě, že potřebují zodpovědět dotazy týkající se antikoncepce?
7. Jaké informace týkající se antikoncepce rodiče nejvíce požadují?
8. Máte zájem, aby se rodiče zapojili do rozhovoru o antikoncepci?
9. Jak vnímáte informovanost rodičů o problematice antikoncepce?
10. Jaké máte edukační materiály pro edukaci antikoncepce?
11. Jak edukujete klientky ve Vaší ambulanci?
12. Provádíte během edukace záznam do dokumentace?
13. Jak byste postupovala při edukaci hormonální antikoncepce?
14. Jaké znáte jednotlivé fáze edukačního procesu?
15. Je něco co byste chtěla při edukaci změnit?
16. Myslíte si, že jsou PA schopny a mají možnost edukovat rodiče o antikoncepci?
17. Jste schopna rodičům zodpovědět případné dotazy ohledně antikoncepce, nebo je častěji odkazujete na jiné zdroje?
18. Myslíte si, že mají PA přístup k nejnovějším informacím o antikoncepci?
19. Z jakých zdrojů získáváte informace o antikoncepci?
20. Jaké znáte nejnovější trendy v antikoncepci?
21. Jak často navštěvujete semináře s tematikou antikoncepce?
22. Jakou antikoncepci nejčastěji doporučujete pro dívky středoškolačky?
23. Uvítala byste více informací na téma antikoncepce?

Zdroj: Vlastní výzkum

## Příloha 11 Edukační plán pro porodní asistentky

<b>Téma edukace</b>	<b>Antikoncepce</b>
<b>Edukátor</b>	Porodní asistentka
<b>Edukant</b>	Rodiče vybírající antikoncepci pro svou dceru
<b>Místo konání edukace</b>	Ordinace praktického gynekologa
<b>Datum edukace</b>	...
<b>Cíl edukace</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Rodiče mají informace o vhodných metodách antikoncepce pro jejich dceru</li> <li>2) Rodiče mají informace o užívání jednotlivých metod antikoncepce</li> <li>3) Rodiče znají výhody a nevýhody jednotlivých antikoncepčních metod</li> <li>4) Rodiče mají informace o výskytu nežádoucích účinků</li> <li>5) Rodiče mají informace o cenové dostupnosti jednotlivých antikoncepčních přípravků</li> </ol>
<b>Doba edukace</b>	45 minut, eventuálně podle potřeby
<b>Forma edukace</b>	<input type="checkbox"/> Individuální <input type="checkbox"/> Skupinová
<b>Metody edukace</b>	<input type="checkbox"/> Slovní: <input type="checkbox"/> Monolog (vysvětlování, přednáška) <input type="checkbox"/> Rozhovor <input type="checkbox"/> Diskuse <input type="checkbox"/> Instruktaž <input type="checkbox"/> Práce s textem <input type="checkbox"/> Názorně demonstrační <input type="checkbox"/> Analýza případu
<b>Didaktické pomůcky</b>	<input type="checkbox"/> Informační letáky <input type="checkbox"/> Informační brožury <input type="checkbox"/> Informační video <input type="checkbox"/> Makety (vzorky) dané antikoncepce <input type="checkbox"/> Plastové modely dané antikoncepce <input type="checkbox"/> Obrazový materiál <input type="checkbox"/> Knihy <input type="checkbox"/> Seznam antikoncepčních metod včetně cen <input type="checkbox"/> Počítač
<b>Popis edukace</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) PA poučí rodiče o výběru vhodné metody antikoncepce pro jejich dceru s ohledem na její věk a zdravotní stav.</li> <li>2) PA rodiče seznámí rodiče s mechanismem účinku vhodných metod antikoncepce.</li> <li>3) PA rodiče seznámí s mírou spolehlivosti jednotlivých</li> </ol>

	<p>metod.</p> <p>4) PA informuje rodiče o zásadách správné aplikace jednotlivých metod antikoncepce.</p> <p>5) PA seznámí rodiče s možnými příznivými, ale i nežádoucími účinky jednotlivých metod.</p> <p>6) PA demonstruje manipulaci a způsob zavedení dle předlohy v případě mechanických metod antikoncepce a seznámí rodiče s péčí o tuto formu antikoncepce po použití.</p> <p>7) PA informuje rodiče o cenové dostupnosti jednotlivých metod antikoncepce.</p>
<b>Podmínky k edukaci</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- prostředí se zachováním soukromí</li> <li>- individuální přístup k rodičům a jejich dcerám</li> </ul>
<b>Ověření efektivity edukace rodičů</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Rozhovorem s edukantem</li> <li><input type="checkbox"/> Kladením otázek edukantovi</li> </ul>
<b>Reakce rodičů na edukaci</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Pochopení informací rodičem</li> <li><input type="checkbox"/> Dotazy rodičů</li> <li><input type="checkbox"/> Odmítnutí edukace rodičem</li> <li><input type="checkbox"/> Potřeba edukaci opakovat</li> <li><input type="checkbox"/> Nezájem edukanta o edukaci</li> <li><input type="checkbox"/> Jiné.....</li> </ul>
<b>Komunikační bariéra</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Žádná</li> <li><input type="checkbox"/> Jazyková</li> <li><input type="checkbox"/> Psychická (stres, úzkost, deprese...)</li> <li><input type="checkbox"/> Medikace</li> <li><input type="checkbox"/> Smyslová (postižen zrak, sluch)</li> <li><input type="checkbox"/> Akutní nemoc</li> <li><input type="checkbox"/> Jiné (doplňte).....</li> </ul>

Zdroj: Vlastní návrh edukačního plánu

**Příloha 12 Příručka pro rodiče dospívajících dívek**



**Příručka pro rodiče  
dospívajících dívek**

**POMOC PŘI VÝBĚRU ANTIKONCEPCE**

Tato příručka Vám poskytne informace pro lepší rozhodování při výběru vhodné antikoncepce pro Vaši dceru

**Chcete se vyhnout neplánovanému těhotenství Vaší dcery a chránit ji před pohlavně přenosnými chorobami?**



**MYSLETE NA  
ANTI-KONCEPCI**

- Je důležité si pamatovat, že ačkoliv vaše dítě zcela bezpochyby slyšelo o sexu a antikoncepci v médiích, ve škole, na internetu nebo od přátel, stále potřebují radu, informace a vedení od svých rodičů.



- Nejlepší je mluvit o antikoncepci ještě před zahájením pohlavního života.
- Je důležité seznámit dceru s jednotlivými antikoncepčními metodami a prostředky jako základními způsoby plánovaného rodičovství tak, aby je dokázala použít v praktickém životě.
- Společně se pak můžete dohodnout na metodu, která bude pro dceru nejvhodnější. Respektujte její názor a rozhodnutí.



- Před tím, než zahájíte rozhovor se svým dítětem, musíte se ujistit, že máte k dispozici odpovídající, důvěryhodné a ověřitelné informace. Existuje celá řada lidí, na které se můžete obrátit se žádostí o radu – Lékař, Porodní asistentka, Lékárník. Ti Vám rádi poskytnou informace o sexualitě a antikoncepci jež potřebujete. Můžete zde také získat informační letáčky.



- Chcete-li získat informace o všech možnostech antikoncepce, musíte nejdříve se svojí dospívající dcerou navštívit lékaře. Lékař se jí zeptá na jiné léky, které může užívat a poskytne další informace o tom, která antikoncepční metoda je pro ní nejvhodnější. Má-li vaše dcera potíže s návštěvou nabídněte jí doprovod, respektujte však její soukromí.

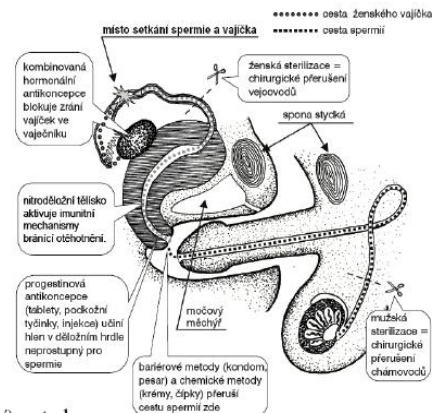


**Dnes máme k dispozici mnoho antikoncepčních metod a výběr nemusí být vždy jednoduchý. Tento přehled Vám pomůže získat základní informace potřebné při rozhodování.**

**Podle druhu použitého kontracepčního prostředku dělíme antikoncepci na:**

- Přírodní metody antikoncepce
- Bariérové metody antikoncepce
- Chemické metody antikoncepce
- Intrauterinní antikoncepci
- Hormonální antikoncepci

**Tento obrázek znázorňuje místo působení a účinek jednotlivých metod.**



**Každá antikoncepční metoda se vyznačuje různou mírou spolehlivosti, která se vyjadřuje tzv. Paerl indexem.**

Jedná se o číslo, které nám říká, kolik žen ze 100 uživatelek při užívání určité antikoncepční metody neplánovaně otěhotní v průběhu 1 roku.

Metoda je tím spolehlivější, čím je číslo nižší.

**Spolehlivá antikoncepce by měla vykazovat těhotenské číslo nižší než 5**

Nechráněný styk	80,00 – 85,00
Metoda neplodných dnů	0,2 - 40
Přerušovaná soulož	8 -38
Kondom	2 - 14
Minipilulky (čisté gestageny)	0,14 - 9,60
Pravidelné kojení	2 - 4
Lokální chemická antikoncepce (spermicidy)	0,68 – 2,6
Depotní gestageny (např. podkožní implantáty)	0,00 - 1,00
Nitroděložní tělísko s mědí	0,20 - 0,80
Ženská sterilizace	0,00 - 0,50
Kombinované pilulky	0,10 - 0,40
Nitroděložní tělísko s gestagenem	0,02 - 0,20
Mužská sterilizace	0,00 - 0,15



## PŘIROZENÉ ANTIKONCEPČNÍ METODY

- Jedná se o:**
- Úplnou pohlavní zdrženlivost
  - Přerušovaný styk
  - Měření bazální teploty
  - Sledování změn v množství a konzistenci cervikálního hlenu
  - Sledování změny krystalizace slin
  - Sledování změn děložního čípku



**Výhoda:** absence vedlejších účinků, nemají také žádné absolutní kontraindikace, jsou zadarmo

**Nevýhoda:** jsou zatíženy vysokými nároky na techniku provedení i sebekontrolu a díky tomu většinou i nízkou účinností, nechrání před pohlavními nemocemi.

! U dospívajících nedoporučována vzhledem k obtížnosti a nízké spolehlivosti !



## BARIÉROVÉ METODY ANTIKONCEPCE

### MUŽSKÝ KONDOM

Zabraňuje průniku spermií do rodidel ženy a tím k setkání spermií a vajíčka.

Kondomy se navlékají na ztopořený penis těsně před stykem. Po ejakulaci musí být sejmuty a pro další styk je třeba užít nový kondom.

Vyrábějí se převážně z latexu, nyní jsou již v ČR k dispozici i kondomy vyrobené z polyuretanu.

**Výhody:** ochrana před pohlavními chorobami, žádné vedlejší účinky, žádná nutnost lékařské kontroly, nízká cena



Používání kondomu je nejvhodnější metodou u sexuálně aktivních dospívajících: 1) brání nežádoucímu těhotenství  
2) chrání před přenosem pohlavních chorob



## BARIÉROVÉ METODY ANTIKONCEPCE

### VAGINÁLNÍ PESAR = DIAFRAGMA

Pomůcka ve tvaru kloboučku vyrobená z gumy nebo silikonu. Zavádí se do poševní klenby, mezi stydkou a křížovou kost, tak aby překrýval hrdlo děložní, kde brání vstupu spermií do děložního čípku a dělohy.

V pochvě musí zůstat nejméně 6 hodin po sexuálním styku (ne déle než 24 hod.)

### CERVIKÁLNÍ PESAR

Jedná se o gumový, latexový nebo umělohmotný klobouček tvarem odpovídající děložnímu čípku. Klobouček se nasazuje přímo na děložní čípek, čímž se zakryje zevní branka a spermiím je znemožněna cesta k vajíčku.

V pochvě lze ponechat až 3 týdny.

Obě tyto metody je třeba do pochvy vložit před pohlavním stykem a je možné je kombinovat se spermicidy. Velikost pesarů musí nejprve stanovit lékař a ten také provádí jeho prvotní zavedení.

**Výhody:** překážka pro choroboplodné zárodky nemocí, jsou určeny na více použití

**Nevýhody:** aplikaci nutná konzultace s lékařem, vysoká míra selhání, zavádění před stykem, někdy i dráždění a pocit tlaku v místě zavedení

**Kontraindikace:** vaginální a urogenitální záněty, stavy po vaginálních operacích, anatomické abnormality pochvy a alergie na gumu

V současné době nejsou vaginální a cervikální pesary pro malý zájem žen na našem trhu běžně dostupné

## BARIÉROVÉ METODY ANTIKONCEPCE

Obrázky pesary:



### FEMIDOM = ŽENSKÝ KONDOM

Je vyroben z polyuretanu se zesíleným vnějším okrajem, který se upevňuje na poševní vchod a s vnitřním okrajem, který se uchycuje na děložní čípek stejně jako vaginální pesar.

Tato metoda je ženami používaná nejčastěji v případě, kdy se jí nedaří partnera přesvědčit k užití kondomu a přesto se chce chránit před šířením infekce.

**Výhody:** prevence před pohlavními nemocemi, žádné vedlejší účinky

Větší oblíbenost u nás zatím nezískaly a obvykle je jejich koupě možná pouze v sexshopech





## CHEMICKÉ METODY ANTIKONCEPCE

Jedná se o lokální nehormonální antikoncepci známou také jako spermicidní látky. Tyto látky působí imobilizaci spermií a zkracují jejich životaschopnost

**Výhody:** jednoduchá aplikace, není nutná lékařská kontrola, jsou volně prodejné

**Nevýhody:** nutnost zavádět do pochvy před pohlavním stykem a jejich relativně krátký účinek, maximálně 10 hodin. Hlavní nevýhodou je menší spolehlivost. Častěji se používají s nějakou bariérovou metodou.

V České republice jsou na trhu k dispozici 2 přípravky: • Patentex Oval

- Pharmatexem (má lepší vlastnosti) ve formě vaginálního krému a vaginální globule



Účinná nehormonální antikoncepce

### PHARMATEX

**vaginální globule**  
Jak používat: zaveďte globuli do pochvy  
Nástup účinku: po 5 minutách (po úplném rozpouštění globule)  
Délka účinku: 4 hodiny

**vaginální krém**  
Jak používat: zaveďte naplněný aplikátor hluboko do pochvy a aplikujte dávku  
Nástup účinku: okamžitě  
Délka účinku: 10 hodin

likviduje spermie ve vagině  
má nízké riziko chronologické bakterie a viry  
působí čistě lokálně  
má lubrikační efekt

[www.pharmatex.info](http://www.pharmatex.info)

Jsou metodou volby pro dospívající dívky ve vysokém riziku pohlavních infekcí, které nechťejí nebo nemohou užívat hormonální antikoncepci, či dívky s nízkou frekvencí styku.

## INTRAUTERINNÍ ANTIKONCEPCE

Známa jako nitroděložní tělíska.

U nitroděložní antikoncepce se obecně rozlišují

- dvě metody: • nitroděložní systém uvolňující hormon progesteron (IUS)
- a nitroděložní antikoncepční tělíska s měděným (a také i se stříbrným či zlatým) vláknem (IUD).

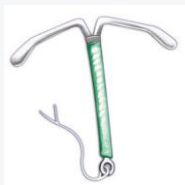
Tato antikoncepční metoda zabráňuje uhnízdění vajíčka v děloze

Nitroděložní tělísko umísťuje do dělohy lékař v ambulanci po důkladné gynekologické prohlídce a po vyléčení případného onemocnění.

Zavádějí se nejvýše na 5 let.

**Výhody:** nemožnost opomenout metodu nebo udělat jinou chybu v užívání.

**Nevýhody:** zvýšení rizika mimoděložního těhotenství, rizika pánevního zánětu a zvýšení krevní ztráty při menstruaci



**!!! Tato metoda antikoncepce není vhodná pro dospívající dívky, protože může ohrozit její reprodukční zdraví. Nejvhodnější je u žen, které již rodily a plánují další dítě po delším období, dále u kojících matek, protože neovlivňuje tvorbu ani složení mateřského mléka.**

## HORMONÁLNÍ ANTIKONCEPCE

Podle obsahu ženských pohlavních hormonů lze hormonální antikoncepci rozdělit na:



- kombinovanou hormonální antikoncepci
- gestagenní hormonální antikoncepci
- postkoitální antikoncepci



Je důležité, aby před zahájením užívání hormonální antikoncepce měl gynekolog plně k dispozici kartu Vaší dcery s kompletními zdravotními záznamy, neboť některé typy antikoncepce nejsou pro některé ženy s určitými předpoklady vhodné.

Hormonální antikoncepce obsahující jak estrogenu, tak progesteronu mohou zvýšit riziko krevního srážení, zejména u žen s rizikovými faktory,



jako je obezita nebo rodinné předpoklady pro zvýšené krevní srážení.

Je třeba aby se dívky s gynekologem o těchto rizikových faktorech pobavily předtím, nežli jim hormonální antikoncepci předepíše.

Upozorněte dceru, že jsou nezbytné pravidelné roční kontroly u gynekologa.

## HORMONÁLNÍ ANTIKONCEPCE

### KOMBINOVANÁ HORMONÁLNÍ ANTIKONCEPCE



Obsahuje dávku estrogenu i gestagenu.

Hladina estrogenů působí na folikulo stimulující hormon (FSH) a luteinizační hormon (LH), snižuje jeho produkci a tím brání zrání a uvolňování vajíčka.

Gestageny mají vliv na cervikální hlen, který se stává neprostupný pro spermie a bakterie a mají také vliv na pravidelnou menstruaci.

Nejznámější je ve formě tablet. Podle dávky hormonů v jednotlivých tabletách měsíčního balení je rozdělujeme na přípravky:

- monofázické, kdy jsou dávky obou složek konstantní
- bifázické tablety, kdy se progesteron přidává k estrogenům až v druhé polovině cyklu
- trifázické přípravky, které se snaží napodobit fyziologický rytmus menstruačního cyklu.

Existují však také jako antikoncepční náplasti nebo jako vaginální kroužek NuvaRing.



## HORMONÁLNÍ ANTIKONCEPCE

### KOMBINOVANÁ HORMONÁLNÍ ANTIKONCEPCE

Indikací k podání kombinovaných tablet je nejen jejich jedinečný antikoncepční efekt, ale také tak zvané **neantikoncepční léčebné účinky**:

- navození pravidelného cyklu se slabým krvácením (pseudomenstruace)
- léčba bolestivé menstruace
- léčby poruch menstruačního cyklu ve smyslu plus i minus
- snížení bolestí pánve z překrvení a při endometrióze
- odbourání premenstruačního syndromu.
- snížení rizika opakování mimoděložního těhotenství
- snížení rizika vzniku a opakování ovariálních cyst
- výrazné snížení rizika vzniku zhoubného nádoru vaječníku a dělohy



Kombinovaná hormonální antikoncepce má ale také **možné nežádoucí účinky**: bolesti hlavy, napětí v prsou, zvětšení prsou, nervozita, podrážděnost, zvýšení hmotnosti, změny libida, kožní změny, změny nálady, emoční labilita, zvracení, nesnášenlivost kontaktních čoček. Riziko tromboembolické nemoci, které u uživatelky 2 – 4 krát vyšší, než kdyby antikoncepci neužívaly. Riziko infarktu myokardu je 2 – 3 x zvýšeno.

## HORMONÁLNÍ ANTIKONCEPCE

### GESTAGENNÍ ANTIKONCEPCE

Pilulka obsahující pouze progestin známá rovněž jako **minipilulka**.

Pilulka se užívá jednou denně i v období menstruace, bez jakéhokoli přerušení mezi jednotlivými baleními. Musí užívat každý den ve stejnou dobu, jinak se snižuje její účinnost.

V případě opoždění užívání pilulky o více než 12 hodin se snižuje antikoncepční působení pilulek a pro zabránění vzniku neplánovaného těhotenství je v tomto případě zapotřebí použít ještě další antikoncepční metody.

• Tato antikoncepční metoda někdy vyvolává občasné krvácení. Také se mohou zpočátku objevit přechodné vedlejší účinky, jako je uhrovitá či mastná pleť, bolest prsou, zvýšení tělesné hmotnosti či bolesti hlavy.

Antikoncepce obsahující pouze progestin je vhodná pro ženy, které nemohou užívat estrogény. Je možné ji užívat i při kojení, neboť nemá nepříznivý vliv na mateřské mléko.

Existuje ve formě tablet, injekcí a podkožních tyčinek.





## HORMONÁLNÍ ANTIKONCEPCE

### POSTKOITÁLNÍ ANTIKONCEPCE

Často nazývaná jako záchranná pilulka nebo pilulka po styku. Postkoitální antikoncepce zpožďuje nebo zabraňuje ovulaci. Může obsahovat buď kombinaci estrogenu a progestinu, nebo pouze progestin. Jedná se o nouzovou antikoncepci, kterou je možné použít po nechráněném pohlavním styku nebo po selhání jiné antikoncepční metody (např. protřazený kondom nebo zapomenutá pilulka). Pohotovostní pilulka by měla být užita co nejdříve po nechráněném styku – ideálně do 12 hodin. Je možné ji však užít nejpozději až do 72 hodin. Čím dříve si ji žena vezme, tím vyšší bude její účinnost.



**Neměla by se užívat pravidelně. Jedná se pouze o metodu pro případ nouze.**

Na českém trhu existují tyto přípravky pod názvem Postinor a Escapelle.



V případě, že potřebujete podrobnější informace o antikoncepci, doporučujeme navštívit gynekologa či porodní asistentku.

**DALŠÍ INFORMACE MŮŽETE NAJÍT NA**

[www.antikoncepce.cz](http://www.antikoncepce.cz)  
[www.planovanirodiny.cz](http://www.planovanirodiny.cz)



Zdroj: Vlastní návrh příručky pro rodiče dospívajících dívek