

# Rozdział 9

## Regulacja płodności po porodzie

### Scenariusz inicjujący



*Magda urodziła przed dwoma dniami swoje trzecie dziecko i właśnie wychodzi do domu. Mówi swojej położnej, Elwirze, że nie chciałyby znowu zbyt szybko zająć w ciążę.*



### Wprowadzenie

Zagadnienia związane z regulacją poczęć są bezpośrednio związane z problemami zdrowia kobiety w skali globalnej.

Położne mają za zadanie promować antykoncepcję i edukację kobiet i ich partnerów. Wykazano, że bardziej intensywna edukacja w zakresie antykoncepcji w okresie poporodowym prowadzi do częstszego jej stosowania (Gebreselassie i wsp. 2008). Zużycie środków antykoncepcyjnych jest większe w krajach wysoko rozwiniętych (DESA 2003), gdzie 69% kobiet w wieku 15–49 lat pozostających w związkach stosuje metody zapobiegania ciąży. Według danych Światowej Organizacji Zdrowia każdego roku 80 milionów kobiet zachodzi

w niezamierzoną lub niechcianą ciążę (Departament Rozwoju Międzynarodowego [DZID], 2004), a część tych ciąż jest wynikiem nieskuteczności antykoncepcji.

Do zadań położnej należy również „udzielanie informacji i porad w zakresie świadomego planowania rodziny” (NMC 2004). Oznacza to, że program studiów dla położnych powinien obejmować metody antykoncepcji oraz zasady poradnictwa dla kobiet i ich partnerów. Żeby zrozumieć zagadnienia regulacji płodności, położne powinny opanować wiedzę z zakresu fizjologii cyklu miesięcznego oraz okresu poporodowego.

### Kiedy udzielić porady?

Udzielanie porad w zakresie regulacji płodności ogranicza się zwykle do kilku ściśle określonych momentów – przy wypisie ze szpitala, w chwili przekazania pacjentki przez położną opiekunce medycznej lub dopiero 6 tygodni po porodzie, przy okazji badania poporodowego wykonywanego przez lekarza rodzinnego. Nie istnieje zbyt duża liczba obiektywnych danych, które pozwoliłyby

określić, jaki czas jest najlepszy (Hiller i wsp. 2002), chociaż zaleca się rozpoczęcie dyskusji jeszcze przed porodem, żeby zapobiec niebezpieczeństwu obrażeń uczuć religijnych lub kulturowych (Schott & Henley 1996) lub by zapewnić możliwość przyswojenia i omówienia podanych informacji (Glasier i wsp. 1996). Wydaje się jednak, że większość porad dotyczących antykoncepcji udzielają położne na oddziałach poporodowych (Glasier i wsp. 1996), stąd sugestia, by w aspekcie dużej liczby nieplanowanych ciąży położne wykorzystywały każdą okazję do promocji zachowań prozdrowotnych (Towse 2004). Wyniki najnowszych badań wskazują, że średni czas wystąpienia pierwszej miesiączki po porodzie wynosi 69 dni (9 tygodni), ale wiele kobiet zaczyna miesiączkować znacznie wcześniej (Moran i wsp. 1994).

Owulacja może wystąpić ok. 25 dni po porodzie (Qeenan 2004), stąd wniosek, że porady w zakresie antykoncepcji udzielane wcześniej po porodzie mogą przynieść korzyści w aspekcie zapobiegania niechcianej ciąży. Narodowe Centrum Współpracy do spraw Podstawowej Opieki Zdrowotnej (2006) zaleca, by porad w zakresie kontroli poczęć udzielać w ciągu pierwszych 7 dni po porodzie. W myśl zasad opieki skoncentrowanej na kobiecie, pacjentkę należy zapytać, czy życzy sobie rozmawiać na temat antykoncepcji, a w razie odmowy uszanować takie życzenie.

Podczas takiej rozmowy konieczne jest oczywiście zapewnienie warunków prywatności, przy czym trzeba pamiętać, że nie zapewniają jej zaciągnięte przy łóżku zasłony. Rozmowy nie należy prowadzić w pośpiechu, ale pozwolić pacjentce oswoić się z uzyskanymi informacjami i zrozumieć je. Pacjentka powinna mieć też możliwość zadawania pytań i przedyskutowania wszelkich niepokojących ją kwestii. Podczas takiej rozmowy można przekazać ulotkę

### Zadanie

Dowiedz się, jakie ulotki informacyjne dla kobiet są dostępne w miejscu, gdzie pracujesz.

Dowiedz się też, w jaki sposób są te ulotki rozdawane i jakimi informacjami się je uzupełnia.

zawierającą informacje, które pomogą wybrać pacjentce najlepsze dla niej rozwiązanie.

### Aspekty psychoseksualne

Rozmowy na temat antykoncepcji po urodzeniu dziecka powinny być prowadzone z zachowaniem szczególnej wrażliwości. Wyniki badań sugerują, że powrót do życia seksualnego po urodzeniu dziecka uzależniony jest od wielu czynników. Dla przykładu, ból wszelkiego rodzaju może mieć negatywny wpływ na pragnienia seksualne kobiety, a będące następstwem porodu uszkodzenia pochwy, szwy lub otarcia bywają bolesne (Bancroft 1995:348; Demyttenaere i wsp. 1995). Dyskomfort powoduje również rana po cięciu cesarskim, stąd pacjentka nie chce przez pewien czas podejmować pełnych stosunków płciowych. Czasami kobiety nie chcą także, by dotykano ich piersi ze względu na ich bolesność i wrażliwość (Hall 1997). Co więcej, niektórych mężczyzn zniechęca wpływający czasami podczas zbliżenia z piersi pokarm (Bear i Tigges 1993).

Odczuwane w okresie poporodowym zmęczenie oraz konieczność przyzwyczajania się do obecności w sypialni dziecka może negatywnie wpływać na pragnienia seksualne rodziców. Co więcej, wyniki badań wskazują, że trauma związana z widokiem partnerki w bólach poro-

dowych u mężczyzn powoduje lęk przed jej ponownym zajściem w ciążę (O'Driscoll 1994; Kitzinger 2001). Również depresja kobiety lub jej partnera ma negatywny wpływ na ich życie seksualne.

Niektóre z tych kwestii mogą zostać poruszone podczas rozmowy po porodzie, położna musi być przygotowana do odpowiedzi na wszelkie pytania dotyczące seksu po porodzie, jakie mogą zadać pacjentka lub jej partner. Trzeba udzielić rady na temat alternatyw dla pełnego stosunku oraz pozycji powodujących mniejszy dyskomfort. Rozmowa na temat czasu powrotu do współżycia po porodzie pozwoli uspokoić pacjentkę co do bezpieczeństwa jego podjęcia w momencie, gdy poczuje się gotowa. Kobieta nie powinna odczuwać presji do podjęcia współżycia po upływie konkretnego terminu.

Ważne jest, by zagadnienia seksu i antykoncepcji poruszać w rozmowie ze wszystkimi pacjentkami, niezależnie od tego, czy żyją w stałym związku czy też nie lub czy dziecko było planowane czy nie. Metody regulacji płodności trzeba omawiać z kobietami z wszystkich grup wiekowych, również z nastolatkami

(Ministerstwo Zdrowia Wielkiej Brytanii 2003; NICE 2008). (Więcej informacji na temat rozmów o antykoncepcji z nastolatkami – Ministerstwo Zdrowia Wielkiej Brytanii 2004).

## Wybór odpowiedniej metody

Jeśli kobieta ma dokonać wyboru właściwej metody antykoncepcji po porodzie, powinna poznać wszystkie dostępne rozwiązania. W ramce 9.1 przedstawiono cechy idealnej metody antykoncepcji.

Obecnie dostępne metody nie spełniają wszystkich kryteriów, które pozwoliłyby określić je jako idealne. Wyniki badań wskazują, że kobiety po porodzie często zmieniają metodę antykoncepcji (Cwiak i wsp. 2004). Położna lub studentka położnictwa mogą spotkać się z pytaniem o metody antykoncepcji, dlatego powinny być przygotowane na udzielenie odpowiedniej porady. Metody antykoncepcji można podzielić na mechaniczne, niemechaniczne oraz fizjologiczne. Porównanie poszczególnych oraz ich zastosowanie po porodzie przedstawiono w tabeli 9.1.

### Ramka 9.1 Idealna metoda antykoncepcji

- 100% bezpieczna i pozbawiona działań niepożądanych
- 100% skuteczna
- 100% odwracalna
- Łatwa w użyciu
- Niezależna od stosunku płciowego
- Stosowana przez kobietę lub ewidentnie dla niej widoczna
- Możliwa do stosowania bez udziału pracownika służby zdrowia
- Zapewniająca ochronę przed chorobami przenoszonymi drogą płciową
- Możliwa do zaakceptowania przez oboje partnerów, wszystkie kultury i religie
- Tania i łatwa w dystrybucji

**Tabela 9.1** Metody antykoncepcji stosowane po porodzie

<b>Dostępność</b>		<b>Czas stosowania</b>	<b>Instrukcje</b>	<b>Karmienie piersią</b>	<b>Inne kwestie</b>
<b>Metody mechaniczne</b>					
Kapturek i krążek dopochwowy	Na receptę	Po 6 tygodniach od porodu	Wytlumacz, jak zakładać krążek i stosować spermicyd	Tak	Konieczna może być kolejna wizyta po kilku tygodniach w celu dobrania rozmiaru
Prezerwatywy i prezerwatywy dla kobiet	Bez recepty	W dowolnym momencie po porodzie	W razie potrzeby, wyjaśnij jak stosować	Tak	Przekaż informacje o antykoncepcji ratunkowej w razie pęknięcia
<b>Metody niemechaniczne</b>					
Pigułki złożone (COC)	Na receptę	Można zacząć 21 dni po porodzie	Dodatkowa antykoncepcja przez pierwszych 7 dni	Nie	Stosowane zbyt wcześnie zwiększają ryzyko powikłań zakrzepowo-zatorowych. Stosowane zbyt późno mogą nie zapobiec pierwszej owulacji. Nie trzeba dodatkowej ochrony, jeżeli COC stosowane od 21. dnia
Pigułki progestagenowe (POP)	Na receptę	Można zacząć 21 dni po porodzie	Dodatkowa antykoncepcja przez pierwszych 7 dni	Tak	Można zacząć wcześniej, ale istnieje ryzyko nieregularnych krwawień

Progestageny w iniekcjach (Depo Provera)	Na receptę	6 tygodni po porodzie	Dodatkowa anty-koncepcja przez pierwszych 7 dni	Tak	Wcześniej niż 6 tygodni ryzyko nieregularnych krwawień. Można stosować, jeżeli kobieta zdaje sobie sprawę z ryzyka i akceptuje je Działa 12 lub 8 tygodni
Implant (Implanon)	Na receptę	Można założyć 21 dni po porodzie	Dodatkowa anty-koncepcja przez pierwszych 7 dni	Tak	Działa 3 lata
Krażek dopochwowy	Na receptę	Można założyć 21 dni po porodzie	Dodatkowa anty-koncepcja przez pierwszych 7 dni	Tak	
Wkładka wewnątrzmaciczna i system hormonalny	Na receptę	Zakłada lekarz ginekolog Zakłada się 6 tygodni po porodzie po wykluczeniu ciąży	Można założyć po 4 tygodniach, jeżeli macica jest dobrze obkurczona	Tak (zob. rubryka obok)	Sprzeczne doniesienia na temat ryzyka perforacji podczas laktacji Działa 3–10 lat
Piastry antykoncepcyjne	Na receptę	Można zacząć 28 dni po porodzie	Dodatkowa anty-koncepcja przez pierwszych 7 dni	Nie	
Sterylizacja kobiety	[W Polsce nie ma regulacji dopuszczających tę metodę – przyp. tłum.]	Można wykonać przy cięciu cesarskim lub kilka miesięcy po porodzie		Tak	Ryzyko nieskuteczności wyższe, jeżeli wykonywana w okresie połogu