

CHOICE (*Contraceptive Health Research Of Informed Choice Experience*) – edukacyjny program badawczy dla kobiet planujących stosowanie złożonej antykoncepcji hormonalnej w Polsce

The CHOICE study (*Contraceptive Health Research Of Informed Choice Experience*) – an educational research program for Polish women planning combined hormonal contraceptives use

Tomaszewski Jacek¹, Paszkowski Tomasz², Dębski Romuald³, Kotarski Jan⁴, Skrzypulec-Plinta Violetta⁵, Spaczyński Robert Z.⁶, Pawelczyk Leszek⁶

¹ II Katedra i Klinika Ginekologii UM w Lublinie, Polska

² III Katedra i Klinika Ginekologii UM w Lublinie, Polska

³ II Klinika Położnictwa i Ginekologii CMKP w Warszawie, Polska

⁴ I Katedra i Klinika Ginekologii Onkologicznej i Ginekologii UM w Lublinie, Polska

⁵ Katedra Zdrowia Kobiety ŚUM w Katowicach, Polska

⁶ Klinika Niepłodności i Endokrynologii Rozrodu UM w Poznaniu, Polska

Streszczenie

Cel pracy: *Celem pracy było wypracowanie optymalnego modelu poradnictwa antykoncepcyjnego, przeanalizowanie czynników decydujących o wyborze hormonalnej metody antykoncepcyjnej, analiza danych związanych z odczuciami pacjentek co do aktualnie stosowanej, planowanej i proponowanej metody antykoncepcyjnej oraz odniesienie uzyskanych odpowiedzi do uwarunkowań socjoekonomicznych i demograficznych.*

Materiał i metody: *Tysiąc osiemset pięćdziesiąt kobiet (wiek średni 26,8±5,9 lat), które wyraziły chęć stosowania antykoncepcji hormonalnej, zapoznano z podstawowymi informacjami n.t. złożonej antykoncepcji hormonalnej oraz poproszono o wypełnienie anonimowego kwestionariusza dotyczącego czynników wpływających na podjęcie określonego wyboru oraz opinii na temat alternatywnych form antykoncepcji hormonalnej.*

Badanie przeprowadzono w wytypowanych 185 ośrodkach w Polsce i stanowiło ono część większego programu badawczego (CHOICE) przeprowadzonego w Europie i Izraelu na populacji 11 216 kobiet.

Adres do korespondencji:

Jacek Tomaszewski
II Katedra i Klinika Ginekologii UM w Lublinie, Polska
20-954 Lublin, SPSK4, ul. Jaczewskiego 8
e-mail: jacunio98@yahoo.com

Otrzymano: 12.01.2012
Zaakceptowano do druku: 20.04.2012

Tomaszewski J, et al.

Wyniki: Większość kobiet była w stałym związku partnerskim (85,5%), posiadała wykształcenie wyższe lub niepełne wyższe (54,8%) oraz stałe zatrudnienie (54%). Powodem odbytej wizyty konsultacyjnej była potrzeba wdrożenia/zmiany stosowanej metody antykoncepcyjnej (64,2%), okresowa kontrola ginekologiczna (36,7%) lub konieczność przepisania recepty na stosowany lek antykoncepcyjny (18,7%). Najczęściej stosowaną formą antykoncepcji były doustne tabletki antykoncepcyjne (DTA, 38,7%) oraz prezerwatywa (24,9%). Większość kobiet wysoko oceniła przydatność porady antykoncepcyjnej i ponad 90% wyraziło chęć zapoznania się z materiałami informacyjnymi. Przed poradą większość deklaruowała chęć stosowania DTA (52,7%; główne wymieniane zalety to: łatwość stosowania, korzystny profil krwawień, łagodzenie dolegliwości miesięczkowych, wygoda stosowania, dyskrecja) oraz plastra antykoncepcyjnego (22%; główne wymieniane zalety to: stosowanie raz w tygodniu, wygoda, niskie ryzyko pominięcia plastra, korzystny profil krwawień). Natomiast po przeprowadzonej rozmowie edukacyjnej wzrósł odsetek kobiet zainteresowanych dopochwowym pierścieniem hormonalnym (DSH, o 19%; główne wymieniane zalety to: stosowanie raz w miesiącu, wygoda, bardzo niskie ryzyko pominięcia pierścienia, wysoka efektywność i pozytywna rekomendacja lekarza). U 58 kobiet odstąpiono od stosowania antykoncepcji hormonalnej, głównie ze względu na przeciwwskazania medyczne.

Wnioski: Właściwie przeprowadzona rozmowa edukacyjna na temat wszystkich form złożonej antykoncepcji hormonalnej, z uwzględnieniem ich zalet i zagrożeń, odpowiednia do oczekiwań i wykształcenia kobiety jest kluczem dla wyboru optymalnej formy kontroli urodzeń.

Słowa kluczowe: **poradnictwo antykoncepcyjne / oczekiwania pacjentki /
/ wybór optymalnej metody regulacji poczęć /**

Abstract

Objectives: The aim of the study was to develop an optimal educational model for contraceptive counseling, to analyze conditions influencing choice of hormonal contraception, to study patients' opinions on present, planned and proposed contraceptive methods and to link these data with socioeconomic and demographic conditions.

Materials and methods: One thousand eight hundred fifty women (mean age 26.8±5.9 yrs) willing to use hormonal contraception were presented with essential information on combined hormonal contraception and asked to fill the anonymous questionnaire investigating factors influencing contraceptive choice and patients' opinion on alternative forms of birth regulation. The study was conducted in selected 185 centers in Poland and was a part of a larger survey (CHOICE) conducted on 11 216 women in Europe and Israel.

Results: Majority of the studied women were in stable relationship (85,5%), had higher or incomplete higher education (54,8%) and permanent job (54%). The purpose of the visit was to start/change contraception (64,2%), a routine gynecologic check-up (36,7%) or the need for a prescription for the continued contraceptive medication (18,7%). The most commonly used contraceptive methods were oral contraceptive pills (OCP, 38,7%) and condom (24,9%). Majority of women highly valued contraceptive counseling and more than 90% were eager to get familiarized with information leaflets. Before the counseling majority of subjects stated that were convinced to use OCP (52,7%; major advantages named: easy to use, favorable bleeding profile, amelioration of menstrual discomfort, comfortable, discrete) and contraceptive patch (22%; major advantages named: applied once a week, comfortable, simple, low risk for noncompliance, favorable bleeding profile). After the counseling there was an increase in proportion of women interested in contraceptive hormonal ring (by 19%; major advantages named: applied once a month, comfortable, very low risk for noncompliance, high efficacy and positive recommendation from a physician). In 58 women no hormonal contraception was recommended, predominantly due to medical contraindications.

Conclusions: Appropriate patient counseling on all forms of combined hormonal contraception, with special attention paid to benefits and safety issues, suited to women's expectations and education is fundamental for the selection of an optimal birth control method.

Key words: **contraceptive counseling / patients' expectations /
/ selection of the optimal birth control method /**

Od 17% do 50% wszystkich ciąży w Europie i w USA to ciąży nieplanowane. Tylko w USA około 40 milionów aktywnych seksualnie kobiet co rok musi liczyć się z możliwością przypadkowego zajścia w ciążę. Paradoksalnie, aż 60% niepożądanych ciąży dotyczy kobiet deklarujących stosowanie jednej z metod świadomego planowania rodziny w cyklu miesięczkowym, w którym doszło do zapłodnienia. Zdecydowana większość przypadkowych ciąży dotyczy nastolatków rozpoczynających aktywność seksualną, kobiet u których istnieją przeciwwskazania medyczne do

stosowania niektórych form regulacji poczęć lub wchodzących w okres perimenopauzy, i uważających, że ze względu na ich wiek biologiczny zajście w ciążę nie jest już możliwe. Prawie co druga nieplanowana ciąża kończy się aborcją. Dane szacunkowe wskazują, że pomiędzy 2000 a 2005 rokiem z powodu powikłań związanych z interwencją zmarło na świecie około 700 tysięcy kobiet [1-10].

Na skuteczność złożonej antykoncepcji hormonalnej wpływa wiele czynników. Główną przyczyną niepowodzenia anty-

konceptyjnego jest nieprawidłowe lub niezdiscyplinowane stosowanie wybranej przez pacjentkę hormonalnej metody regulacji poczęć [7]. Aż 47-71% kobiet nie stosuje doustnej tabletki antykoncepcyjnej (DTA) zgodnie z zaleceniami lekarza zapominając o przyjęciu 1 tabletki, a 22% pacjentek pomija więcej niż jedną tabletkę z miesięcznego blistra. Odsetek kobiet niezdiscyplinowanie stosujących plaster antykoncepcyjny (PA) lub dopochwowy system hormonalny (DSH) jest niższy i wynosi odpowiednio 32% oraz 22.6%.

Do epizodu zastosowania antykoncepcji ratunkowej przyniosło się aż 14% kobiet przyjmujących DTA, 11% użytkowników plastrów i tylko 6% pacjentek, które wybrały hormonalny pierścień dopochwowy. Brak dyscypliny w przyjmowaniu DTA jest przyczyną 1%-8% a nawet 20% odsetka niepowodzeń związanych z tą metodą regulacji poczęć. Ponad 30% kobiet rezygnuje z DTA w ciągu pierwszych 6 miesięcy jej stosowania.

Tylko 68% kobiet stosujących DTA jest zadowolona z dokonanego wyboru metody regulacji poczęć. W okresie pierwszych 12 miesięcy leczenia aż 37% pacjentek decyduje się na zmianę aktualnie stosowanej DTA na inny rodzaj tabletek/inną formę antykoncepcji z powodu niezadowolenia i/lub działań niepożądanych [1-2, 11-39].

Te statystyki jednoznacznie wskazują na konieczność poszukiwania i wdrażania nowych rozwiązań antykoncepcyjnych, które charakteryzowałyby się jeszcze wyższą skutecznością w zapobieganiu nieplanowanej ciąży, a błąd ludzki miałby tylko minimalne znaczenie na ich efektywność.

Niezwykle istotne jest także podjęcie działań edukacyjnych mających na celu uświadomienie kobietom, jak wielkie znaczenie ma indywidualizacja wyboru metody kontroli poczęć oraz rygorystyczne przestrzeganie zaleceń lekarskich, zwłaszcza w przypadku stosowania doustnej i przezskórnej antykoncepcji hormonalnej [3-5, 10, 40].

Cel pracy

Edukacyjny Program Badawczy dla Kobiet Planujących Stosowanie Złożonej Antykoncepcji Hormonalnej (*Contraceptive Health Research Of Informed Choice Experience* - CHOICE), przeprowadzono w ośrodkach poradnictwa antykoncepcyjnego 8 krajów członkowskich Unii Europejskiej (Austria, Belgia, Czechy, Holandia, Niemcy, Polska, Słowacja, Szwecja), Izraela, Szwajcarii, Rosji i Ukrainy, pod naukowym patronatem Europejskiego Towarzystwa ds. Antykoncepcji i Zdrowia Reprodukcyjnego (*European Society of Contraception and Reproductive Health* – ESC), lokalnych towarzystw ginekologicznych, oraz logistycznym wsparciu ze strony pracowników krajowych przedstawicielstw firmy MSD [12-14].

Główne założenia projektu badawczego CHOICE dotyczyły:

- wypracowania optymalnego modelu poradnictwa antykoncepcyjnego związanego z wyborem jednej z kilku dostępnych złożonych hormonalnych metod regulacji poczęć (tabletki, plastry, systemy dopochwowe),
- przeanalizowania czynników decydujących o wyborze konkretnej metody antykoncepcji, z uwzględnieniem obciążeń zdrowotnych kobiety wyrażającej chęć stosowania hormonalnego zabezpieczenia przed nieplanowaną ciążą,
- oceny wpływu zastosowanego modelu poradnictwa antykoncepcyjnego na proces decyzyjny pacjentki związany

z wyborem przez nią konkretnej hormonalnej/niehormonalnej metody regulacji poczęć,

- wieloczynnikową analizę danych związanych z odczuciami pacjentek co do aktualnie stosowanej, planowanej, proponowanej lub wstępnie wybranej hormonalnej metody regulacji poczęć, w zależności od ich wiedzy dotyczącej metod regulacji poczęć, i/lub opinii/postrzegania wad i zalet dostępnych metod antykoncepcji, przed i po rozmowie edukacyjnej z lekarzem,
- oceny kryteriów decydujących o ostatecznym wyborze jednej z kilku dostępnych metod złożonej antykoncepcji hormonalnej,
- odniesienie uzyskanych wyników do uwarunkowań demograficznych, socjoekonomicznych, oraz wynikających z lokalizacji geograficznej kraju, z którego pochodziły uczestniczki deklarujące udział w projekcie CHOICE.

Materiał i metodyka

Do ośrodków edukacji antykoncepcyjnej CHOICE zgłosiło się w Europie oraz Izraelu łącznie 11 216 kobiet pragnących otrzymać poradę konsultacyjną z zakresu metod regulacji poczęć. Do polskiego ramienia projektu CHOICE (czas trwania badania: 12 tygodni) wytypowano 185 ośrodków poradnictwa antykoncepcyjnego. Każdy z ośrodków dysponował merytorycznym wsparciem specjalisty/ów z zakresu ginekologii i położnictwa (w jednym przypadku edukację antykoncepcyjną prowadził lekarz POZ). W proces edukacji antykoncepcyjnej pacjentek biorących udział w projekcie CHOICE zaangażowanych było 180 ze 186 wytypowanych specjalistów.

Po uzyskaniu zgody Komisji Bioetycznej przy Uniwersytecie Medycznym w Poznaniu, od czerwca 2009 roku rozpoczęto rekrutację pacjentek. Ostatnią z uczestniczek włączono do projektu CHOICE w grudniu 2009 roku.

Do polskiego ramienia badania CHOICE zrekrutowano 1850 pacjentek. Czternaście kobiet zdyskwalifikowano ze względu na aspekty związane z prawnymi regulacjami dotyczącymi możliwości rekomendowania metod antykoncepcji hormonalnej osobom niepełnoletnim. Końcowej analizie statystycznej poddano dane uzyskane od 1836 pacjentek. Średnia wieku pacjentek, które wyraziły zgodę na udział w programie CHOICE wynosiła 26,8±5,9 lat (mediana 26,0 lat; zakres 18-40 lat) i nie różniła się istotnie od wieku kobiet, które deklarowały brak zainteresowania projektem (27,9±7,3 lat). Zdecydowana większość badanych była w stałym związku partnerskim (85,5%, n=1566). Tylko 266 kobiet (14,5%) deklarowało brak stałego partnera i przypadkowe kontakty seksualne. (Tabela I).

Do polskiego ramienia badania CHOICE rekrutowano pacjentki, które zgłosiły się do lekarza celem uzyskania informacji na temat dostępnych lub aktualnie stosowanej metody regulacji poczęć, wyrażały chęć rozpoczęcia terapii albo zmiany aktualnie stosowanej metody hormonalnej na inną, jak również kobiety, które nigdy nie stosowały złożonej antykoncepcji hormonalnej.

Dodatkowo przeanalizowano inne czynniki będące powodem zgłoszenia się pacjentki na wizytę do ginekologa (przepisanie recepty, okresowa kontrola, pytania/problemy związane z aktualnie stosowaną formą regulacji poczęć, chęć zastosowania metod kontroli urodzin, zmiana dotychczasowej metody antykoncepcji na inną, potrzeba zastosowania antykoncepcji ratunkowej, inna przyczyna).

Tabela 1. Charakterystyka demograficzna, wykształcenie, zatrudnienie, wywiad położniczy oraz plany prokreacyjne kobiet biorących udział w polskim ramieniu badania CHOICE (n=1836).

Oceniany parametr	Liczba/odsetek pacjentek (%)
Wiek (lata):	
20 i poniżej	267/14.5
21-25	609/33.2
26-30	448/24.4
31-35	324/17.6
36-40	184/10.0
brak danych	4
Wykształcenie:	
Podstawowe	72/3.9
Średnie	753/41.2
Niepełne wyższe	239/13.1
Wyższe	762/41.7
Brak danych	10
Zatrudnienie:	
Bezrobotne	582/31.9
Pracujące dorywczo	256/14.1
Stale zatrudnione	984/54.0
Brak danych	14
Liczba urodzonych dzieci:	
0	767/46.2
1	444/26.7
2	361/21.7
3	75/4.5
4	10/0.6
5	1/0.1
6	1/0.1
7	1/0.1
brak danych	176
Plany prokreacyjne na przyszłość:	
Nie	475/26.2
Tak	1028/56.7
Jeszcze nie wie	310/17.1
Brak danych	23
Nieplanowane ciąże w wywiadzie:	
Nie	1513/83.1
Tak	307/16.9
Brak danych	16
Liczba nieplanowanych ciąży:	
1	251/87.2
2	30/10.4
3	5/1.7
4	1/0.3
5	1/0.3
Brak danych	19
Poronienia instrumentalne:	
Nie	0
Tak	1/100
Brak danych	1835
Liczba wykonanych zabiegów:	
Brak danych	1

Z udziału w badaniu wykluczono kobiety, które zgłosiły się w celu uzyskania porady lekarskiej mającej na celu zakończenie stosowania hormonalnych metod regulacji poczęć. W przypadku kobiet, które wyraziły chęć stosowania złożonej antykoncepcji hormonalnej, ale z powodów medycznych zostały zdyskwalifikowane od ich wdrożenia, lekarz-educator (a w Szwecji także położna) udzielał(a) pacjentce informacji na temat alternatywnych opcji zapobiegania ciąży.

Jeżeli pacjentka wyrażała chęć stosowania złożonej antykoncepcji hormonalnej (DTA, PA, DSH) i spełniała kryteria włączające do udziału w projekcie CHOICE, po uzyskaniu świadomej zgody na udział w badaniu, na wizycie inicjującej zapoznawano

pacjentkę z podstawowymi informacjami na temat preferowanej przez nią aktualnie, oraz, innych złożonych hormonalnych metod kontroli urodzin dostępnych w Polsce. Każdą z metod omawiano szczegółowo pod kątem jej efektywności antykoncepcyjnej, mechanizmu działania, schematu stosowania, zalet/wad, możliwych działań niepożądanych oraz indywidualnych przeciwwskazań do jej zastosowania. Pacjentka miała możliwość zapoznania się z alternatywnymi metodami antykoncepcji hormonalnej, w tym opartymi jedynie na stosowaniu progestagenów.

Po zakończeniu edukacyjnej części wizyty oraz wypełnieniu anonimowego kwestionariusza – ankiety, pacjentce przepisywano receptę na wybraną przez nią formę złożonej antykoncepcji hormonalnej. Kwestionariusz zawierał pytania dotyczące wybranej metody, czynników, które miały wpływ na proces decyzyjny związany z akceptacją tej a nie innej opcji terapeutycznej, i opinii pacjentki na temat alternatywnych form regulacji poczęć. Dodatkowe informacje (wiek, wykształcenie, rodność, plany prokreacyjne, liczba nieplanowanych ciąży w przeszłości, aktywność i liczba partnerów seksualnych, ostatnio stosowana metoda antykoncepcji) pozwoliły na sprecyzowanie uwarunkowań socjoekonomicznych oraz demograficznych związanych z wyborem opcji antykoncepcyjnej. (Tabela 1).

Protokół badania nie uwzględniał zbierania informacji dotyczących działań niepożądanych związanych z wybraną przez respondentkę metodą regulacji poczęć.

Ponad 90% szkolących stanowili lekarze z kilkunastoletnim, nawet 20-30 letnim stażem zawodowym. Aż 82% edukatorów znajdowało się w 5 lub 6 dekadzie życia. Przed przystąpieniem do programu CHOICE, ze 186 lekarzy-educatorów, aż 159 deklarowało udzielanie średnio 39,5 porad antykoncepcyjnych w okresie tygodnia. W 28 przypadkach efektem porady był wybór jednej z hormonalnych metod regulacji poczęć.

Wyniki

W grupie pacjentek deklarujących chęć udziału w badaniu CHOICE głównym powodem odbycia wizyty w ośrodku edukacji antykoncepcyjnej była potrzeba wdrożenia lub zmiany aktualnie stosowanej metody regulacji poczęć na inną (64,2%), okresowa kontrola ginekologiczna (36,7%) lub konieczność przepisania recepty na stosowany lek antykoncepcyjny (18,7%). Kontakt z lekarzem wymagało 13,9% kobiet deklaruujących problemy lub mających zapytania (8,8%) co do aktualnie stosowanej metody antykoncepcji. Po antykoncepcję ratunkową zgłosiło się 1,3% ankietowanych. Pacjentki, które nie były zainteresowane udziałem w projekcie CHOICE, zgłaszały się najczęściej po receptę na dalsze leczenie (60,4%) lub na okresowe badanie kontrolne (42,3%). (Rycina 1).

Najczęściej stosowaną formą antykoncepcji wśród kobiet uczestniczących w polskim ramieniu badania CHOICE była DTA oraz metody barierowe (prezerwatywa). Co piąta ankietowana nie stosowała żadnej metody regulacji poczęć. Metody naturalne preferowało 3,4% kobiet. PA, DSH lub tabletkę gestagenową stosowało odpowiednio 4,7%, 2,2%, i 2,8% badanych. Systemy/wkładki domaciczne wybrało 2,8% pacjentek. Wśród metod hormonalnych dostępnych w Polsce najmniej popularną była domięśniowa iniekcja octanu medroksyprogesteronu. Co ciekawe, 0,1% ankietowanych kobiet deklarowało stosowanie niezarejestrowanego w naszym kraju implantu gestagenowego. (Rycina 2).

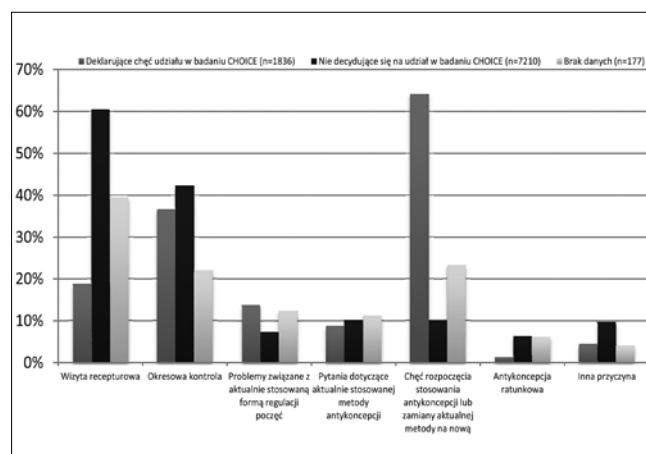
Tabela II. Indywidualna ocena lekarza-edukatora projektu CHOICE dotycząca trafności wybranej przez pacjentkę metody antykoncepcji.

Pytanie	Metoda antykoncepcji	Odsetek (%) / liczba (n)
Którą z metod antykoncepcji chciała pacjentka zastosować przed rozmową edukacyjną?	DTA Plastry Hormonalny system dopochwowy Inna metoda Nie miała wyrobionego zdania Brak danych	52.7/964 9.0/164 4.6/85 4.8/88 28.9/528 7
W przypadku, gdy pacjentka nie miała wyrobionego zdania co do potrzeby zastosowania konkretnej metody regulacji poczęć, w opinii edukatora najlepszą opcją dla niej byłaby:	Każda z proponowanych metod hormonalnych DTA Plastry Hormonalny system dopochwowy Inna metoda Brak danych	68.8/349 11.4/58 2.2/11 13.8/70 3.7/19 21
Czy istniały medyczne/pozamedyczne przesłanki do zdyskwalifikowania pacjentki od stosowania jednej z trzech badanych metod antykoncepcji hormonalnej?	Nie Tak Brak danych	96.8/1757 3.2/58 21
Najczęstsze przyczyny odstąpienia przez lekarza od wdrożenia jednej z trzech badanych metod hormonalnych (n=58)	Przeciwwskazania medyczne Problemy z metodą w wywiadzie Schorzenia współistniejące Inne Brak danych	38.8/19 16.3/8 14.3/7 30.6/15 9
Czy pacjentki po rozmowie z lekarzem-edukatorem chciały zapoznać się z materiałami edukacyjnymi na temat hormonalnych metod antykoncepcji?	Nie Tak Brak danych	8.1/148 91.9/1675 13

Aż 78,4% pacjentek wysoko oceniła przydatność uzyskanej porady antykoncepcyjnej. Dla większości ankietowanych kobiet informacja o metodach regulacji poczęć została przekazana w sposób wyczerpujący (65,8%), rzetelny i wyważony (68,8%) (Rycina 3).

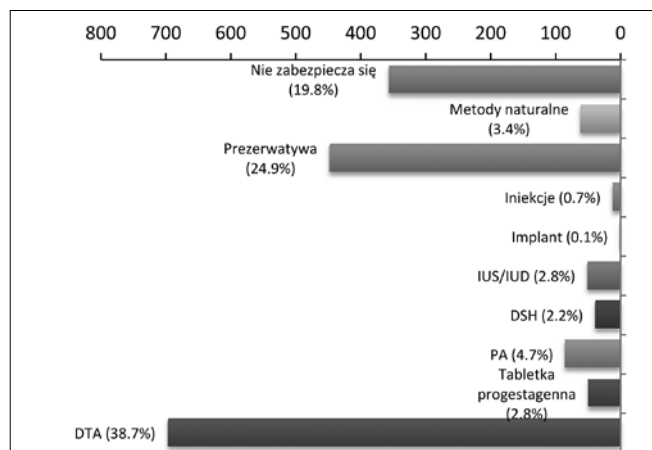
Przed rozmową edukacyjną na temat antykoncepcji zdecydowana większość pacjentek deklaruowała chęć przyjmowania DTA (59%). Prawie co czwarta ankietowana (22%) wyrażała zainteresowania PA. Tylko 6% uczestniczek badania dysponowało wcześniej wiedzą na temat DSH. Dziesięć procent kobiet nie miało wyrobionego zdania na temat optymalnej dla nich formy antykoncepcji lub deklaruowało wybór metody innej niż hormonalna (3%). Po uzyskaniu informacji na temat zalet/wad dostępnych aktualnie w Polsce metod planowania rodziny odsetek pacjentek deklaruujących chęć przyjmowania DTA lub stosowania PA zmalał w obu grupach o 7%. Aż o 19% zwiększyła się liczba kobiet zainteresowanych antykoncepcją w postaci dopochwowego hormonalnego pierścienia antykoncepcyjnego. Odnotowano znaczące zmniejszenie odsetka pacjentek (o 6%), które początkowo nie były jednoznacznie przekonane do wyboru konkretnej formy regulacji poczęć.

Po przeprowadzeniu rozmowy edukacyjnej z lekarzem aż 91,9% ankietowanych wyraziło chęć zapoznania się z materiałami informacyjnymi na temat hormonalnych metod antykoncepcji. Tylko u 3,2% badanych kobiet istniały medyczne przesłanki, mogące prowadzić do zwiększenia ryzyka lub dyskwalifikujące je od wdrożenia jednej z proponowanych form złożonej antykoncepcji hormonalnej. W tej grupie kobiet (n=58) u 38,8% stwierdzono przeciwwskazania medyczne do leczenia hormonalnego,

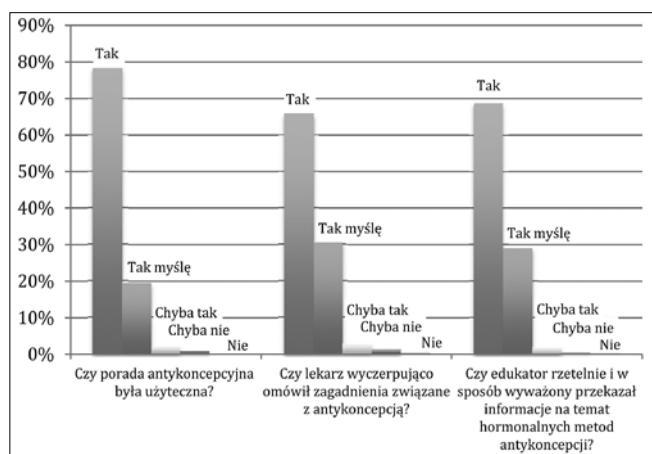


Rycina 1. Deklarowany cel wizyty pacjentek zgłaszających się do ośrodków edukacji antykoncepcyjnej CHOICE w Polsce.

14,3% zdyskwalifikowano ze względu na charakter przebytych/czynnych schorzeń współistniejących, a 16,3% kobiet deklaruowało wcześniejsze problemy z proponowaną im metodą antykoncepcji. W grupie kobiet, które nie dokonały wcześniej wyboru metody regulacji poczęć, w ocenie edukatorów CHOICE u 68,8% ankietowanych kobiet można było zastosować każdą z metod hormonalnych. U 13,8% najbardziej optymalną metodą byłby DSH. W przypadku DTA i PA odsetek ten wynosił 11,4% oraz 2,2%. (Tabela II).



Rycina 2. Aktualna lub wcześniej stosowana forma regulacji poczęć u kobiet biorących udział w polskim ramieniu badania CHOICE (n=1836).



Rycina 3. Odczucia pacjentek co do jakości uzyskanej porady antykoncepcyjnej w programie CHOICE (n=1836).

W opinii pacjentek, główne czynniki determinujące wybór DTA, to: łatwość stosowania (73,5%), korzystny profil krwawienia z dróg rodnych (72,8%), łagodzenie dolegliwości związanych z miesiączką (58,1%), wygoda stosowania (55,6%) oraz dyskrecja metody (52,3%). Dla kobiet decydujących się na zastosowanie PA zaletami tej metody były: możliwość użycia plastra raz w tygodniu (90,2%), wygoda stosowania (83,1%), prostota i łatwość stosowania metody (82,3%), znikome ryzyko pominięcia plastra (60,2%) oraz regularne odstępy pomiędzy krwawieniami (52,6%). Najważniejszymi zaletami dopochwowego systemu hormonalnego dla kobiet poszukujących pewnej metody regulacji poczęć są: możliwość stosowania metody raz w miesiącu (94,3%), wygoda stosowania (79%), znikome ryzyko nieprawidłowego zastosowania metody (64,2%), wysoka efektywność antykoncepcyjna przy wymiotach (61,4%) oraz rekomendacja lekarza (67,9%).

Dyskusja

Poradnictwo antykoncepcyjne odgrywa kluczową rolę w procesie decyzyjnym związanym z wyborem optymalnej metody regulacji poczęć przez aktywne seksualnie kobiety. Jednym z podstawowych zadań stojących przed lekarzem rekomendu-

jącym pacjentce antykoncepcję hormonalną jest rozmowa edukacyjna mająca na celu wybór optymalnej metody planowania rodziny, oraz indywidualna ocena wszystkich czynników wynikających z badania przedmiotowego i podmiotowego, mogących potencjalnie zwiększać ryzyko związane z zalecaną terapią, pod kątem jej bezpieczeństwa, efektywności, czy wpływu na szeroko pojętą „jakość życia”.

Z ankiety przeprowadzonej na grupie 117 lekarzy biorących udział w spotkaniu „Contraception in the consumer age” w Berlinie (5-7 czerwca 2009) wynika, że u 14,5% badanych porada antykoncepcyjna nie trwała więcej niż 2-5 minut. 42,7% ankietowanych podała, że średni czas rozmowy dotyczącej wyboru metody regulacji poczęć mieścił się w granicach 5-10 minut. Tylko 43,6% udzielających odpowiedzi poświęciła ponad 10 minut czasu doradzając kobiecie w wyborze optymalnej formy zabezpieczenia przed niepożądaną ciążą. (dane nieopublikowane, komunikacja własna).

Z tych nieopublikowanych danych wynika, że co druga z kobiet poszukujących u lekarza wsparcia antykoncepcyjnego może nie być zadowolona z jakości udzielonej jej porady medycznej, zarówno pod kątem edukacyjnym, jak też z wyboru optymalnej dla niej metody planowania rodziny.

Potwierdzają to badania Adeuwy i wsp. [41], którzy wykazali, że aż 46% kobiet rozpoczynających stosowanie hormonalnych metod regulacji poczęć deklaruje, że wybrana przez lekarza opcja terapeutyczna nie była w ich odczuciu optymalna.

Sytuację dodatkowo komplikuje fakt, iż fachowy personel medyczny często nie posiada wystarczającej wiedzy i doświadczenia w prowadzeniu nadzoru antykoncepcyjnego nad aktywnymi płciowo kobietami z obciążonym wywiadem chorobowym.

Z drugiej strony, pewien odsetek zdrowych kobiet, które szukają efektywnej metody regulacji poczęć, wręcz obawia się stosowania metod hormonalnych uważając, że tego typu farmakoterapia może mieć niekorzystny wpływ lub wręcz istotnie pogarszać ich dotychczasowy dobrostan zdrowotny [42].

Niezwykle istotne jest uświadomienie pacjentkom i lekarzom, jak wielkie znaczenie w wyborze optymalnej metody kontroli poczęć ma szczegółowa analiza wszystkich czynników składających się na indywidualny „profil antykoncepcyjny” kobiety, a zwłaszcza dotyczących:

- wieku, wykształcenia, dotychczas stosowanych metod regulacji poczęć, działań niepożądanych związanych z wcześniej stosowaną metodą regulacji poczęć, wymogu zdyscyplinowanego stosowania danej metody zgodnie z zaleceniami lekarza/producenta, doświadczenia i profilu aktywności seksualnej, statusu socjoekonomicznego, typu związku i relacji partnerskich, uwarunkowań kulturowych i religijnych, krótko i długoterminowych planów życiowych,
- akceptacji schematu zastosowania i drogi podania leku,
- dostępności metody,
- zakresu akceptowanego ryzyka niepowodzenia antykoncepcyjnego,
- czasu, jaki musi minąć do ponownego odtworzenia zdolności reprodukcyjnej po zakończeniu leczenia,
- oceny zagrożeń, obciążeń, zgłaszanych dolegliwości ze strony narządu płciowego i/lub potencjalnych korzyści zdrowotnych związanych z użyciem wybranej metody antykoncepcji,

CHOICE (Contraceptive Health Research Of Informed Choice Experience) – edukacyjny program badawczy dla kobiet...

- wpływu metody na szeroko pojętą „jakość życia” (dobrostan fizyczny i psychoemocjonalny, postrzeganie swojej atrakcyjności seksualnej, popęd płciowy) [12-14].

Schematyczne rekomendowanie hormonalnych metod płodności bez indywidualnej oceny „profilu antykoncepcyjnego” pacjentki może być przyczyną jatrogennego niepowodzenia wybranej metody regulacji poczęć [43].

Opublikowano szereg doniesień dotyczących nie tylko zagrożeń zdrowotnych ale i mniejszej efektywności antykoncepcyjnej niektórych hormonalnych metod planowania rodziny u kobiet z nadwagą i otłych, cierpiących na nadciśnienie, padaczkę czy migrenowe bóle głowy [44-48].

Ponieważ u podłoża wielu niepowodzeń antykoncepcji leżą błędy w stosowaniu danej metody przez pacjentkę, często na tle niedoinformowania, należy zwrócić szczególną uwagę na jakość przekazu informacji werbalnej. Ważne jest, by poinformować pacjentkę o konieczności dokładnego zapoznania się treścią zawartą w ulotce produktu leczniczego oraz uzyskać potwierdzenie, że zrozumiała, które z mechanizmów działania antykoncepcyjnego leku należy uznać za „wrażliwe” pod kątem efektywności metody, zwłaszcza przy jej niezdiscyplinowanym stosowaniu, i jak należy unikać związanych z tym konsekwencji [12-14, 43].

Z badań Rosenberga oraz Rosenberga i Waughn wynika, że perfekcyjne stosowanie antykoncepcji jest uzależnione od jakości porady medycznej udzielonej pacjentce przez lekarza na etapie wizyty inicjującej [38,49].

Wnioski

Pacjentki oczekują od lekarza zajmującego się poradnictwem antykoncepcyjnym nie tylko wysokich kwalifikacji zawodowych, ale także umiejętności w zakresie komunikacji interpersonalnej, prostego i zrozumiałego przekazu informacji na temat dostępnych metod regulacji poczęć, elastycznego dostosowania zakresu porady do ich oczekiwań, wykształcenia, a także weryfikacji ich wiedzy na temat fizjologii rozrodu i metod zapobiegania ciąży, omówienia alternatywnych form kontroli rozrodu, zwrócenia uwagi na zagrożenia jakie niesie za sobą wybrana opcja terapeutyczna, a finalnie, wskazania im najlepszej metody antykoncepcji, po uwzględnieniu charakterystycznych dla danej pacjentki życzeń i obaw.

Piśmiennictwo

1. Sitruk-Ware R. Contraception: an international perspective. *Contraception*. 2006, 73, 215-222.
2. Sitruk-Ware R. Delivery options for contraceptives. *Drug Discov Today*. 2005, 10, 977-985.
3. Trussell J. Contraceptive failures in the United States. *Contraception*. 2004, 70, 89-96.
4. Trussell J, Wynn L. Reducing unintended pregnancy in the United States. *Contraception*. 2008, 77, 1-5.
5. David P, Boatwright E, Tozer B, [et al.]. Hormonal contraception update. *Mayo Clin Proc*. 2006, 81, 949-954.
6. Gaffield M, Curtis K, Mohlajee A, [et al.]. Medical eligibility criteria for new contraceptive methods: combined hormonal patch, combined hormonal vaginal ring and the etonogestrel implant. *Contraception*. 2006, 73, 134-144.
7. Secura G, Allsworth J, Madden T, [et al.]. The contraceptive CHOICE project: reducing barriers to long-acting reversible contraception. *AJOG*. 2010, 203, 115e1-7.
8. Fine P, Tryggvason J, Meyers N, Sangi-Hagheykar H. Safety and acceptability with the use of contraceptive vaginal ring after surgical or medical abortion. *Contraception*. 2007, 75, 367-371.
9. Barnhart K, Timbers K, Pretorius E, [et al.]. In vivo assessment of NuvaRing placement. *Contraception*. 2005, 72, 196-199.
10. Carey A, Chiapetta L, Tremont K, [et al.]. The contraceptive vaginal ring: female adolescent's knowledge, attitudes and plans for use. *Contraception*. 2007, 76, 444-450.
11. Oddsson K, Leifels-Fischer B, de Melo N, [et al.]. Efficacy and safety of a contraceptive vaginal ring (NuvaRing) compared with a combined oral contraceptive: a 1-year randomized trial. *Contraception*. 2005, 71, 176-182.
12. Fait T. Combined Hormone Contraceptive Choice Experience in Czech Republic. *Cent Eur J Med*. 2011, 6, 582-587.
13. Gemzell-Danielsson K, Thunell L, Lindberg M, [et al.]. Comprehensive counseling about combined hormonal contraceptives changes the choice of contraceptive methods: results of the CHOICE program in Sweden. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2011, 90, 869-877.
14. Bitzer J, Gemzell-Danielsson K, Roumen F, [et al.]. The CHOICE study: Effect of counselling on the selection of combined hormonal contraceptive methods in 11 countries. *Eur J Contracept Reprod Health Care*. 2012, 17, 65-78.
15. Rekomendacje Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego dotyczące antykoncepcji hormonalnej- stan na rok 2006. *Ginekologia po Dyplomie*. 2006, wydanie specjalne, 27-31.
16. Schafer J, Osborne L, Davis A, Westhoff C. Acceptability and satisfaction using Quick Start with the contraceptive ring versus oral contraceptive. *Contraception*. 2006, 73, 488-492.
17. Teal S, Craven W. Inadvertent vesicular placement of a vaginal contraceptive ring presenting as persistent cystitis. *Obstet Gynecol*. 2006, 107, 470-472.
18. Abortion Statistics Sweden. The National Board of Health and Welfare, Centre for Epidemiology. Stockholm, Sweden, 2008. http://www.socialstyrelsen.se/en/Statistics/Statistical_databases.htm
19. Cibula D. Women's contraceptive practices and sexual behaviour in Europe. *Eur J Contracept Reprod Health Care*. 2008, 13, 362-375.
20. Department of Economic and Social Affairs, Population Division, United Nations. World contraceptive use. 2007. <http://www.un.org/esa/population/publications/contraceptive2007/contraceptive2007.htm>
21. ESHRE Capri Workshop Group. Female contraception over 40. *Hum Reprod Update*. 2009, 15, 599-612.
22. Falk G, Ostlund I, Magnusson A, [et al.]. Teenage mothers - a high-risk group for unintended pregnancies. *Contraception*. 2006, 74, 471-475.
23. Government Statistical Service, Department of Health. Abortion Statistics, England and Wales 2002 Statistical Bulletin 2003/23. London: Stationery Office 2003, revised 2004.
24. Grimes D. Forgettable contraception. *Contraception*. 2009, 80, 497-499.
25. Heikinheimo O, Gissler M, Suhonen S. Age, parity, history of abortion and contraceptive choices affect the risk of repeat abortion. *Contraception*. 2008, 78, 149-154.
26. Jones R, Zolna M, Henshaw S, Finer L. Abortion in the United States: incidence and access to services 2005. *Perspect Sex Reprod Health*. 2008, 40, 6-16.
27. Lindh I, Ellstrom A, Blohm F, [et al.]. A longitudinal study of contraception and pregnancies in the same women followed for a quarter of a century. *Hum Reprod*. 2010, 25, 1415-1422.
28. WHO facts on induced abortion worldwide 2007. http://www.who.int/reproductivehealth/publications/unsafe_abortion/abortion_facts/en/index.html
29. Skouby S. Contraceptive use and behaviour in the 21st century: a comprehensive study across five European countries. *Eur J Contracept Reprod Health Care*. 2004, 9, 57-68.
30. Moreau C, Trussell J, Rodriguez G, [et al.]. Contraceptive failure rates in France: results from a population-based survey. *Hum Reprod*. 2007, 22, 2422-2427.
31. Lete I, Doval J, Perez-Campos E, [et al.]. Self-described impact of noncompliance among users of a combined hormonal contraceptive method. *Contraception*. 2008, 77, 276-282.
32. Lindh I, Blohm F, Andersson-Ellstrom A, Milsom J. Contraceptive use and pregnancy outcome in three generations of Swedish female teenagers from the same urban population. *Contraception*. 2009, 80, 163-169.
33. Oddens B, Arnolds H, Van Maris M, van Lunsen H. The dynamics of oral contraceptive use in The Netherlands 1990-1993. *Adv Contracept*. 1994, 10, 167-174.
34. Oddens B, Milsom J. Contraceptive practice and attitudes in Sweden 1994. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 1996, 75, 932-940.
35. Mansour D, Inki P, Gemzell-Danielsson K. Efficacy of contraceptive methods: a review of the literature. *Eur J Contracept Reprod Health Care*. 2010, 15, 519-531.
36. Larsson M, Aneblom G, Odland V, Tyden T. Reasons for pregnancy termination, contraceptive habits and contraceptive failure among Swedish women requesting an early pregnancy termination. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2002, 81, 64-71.
37. Gaffield M, Curtis K, Mohlajee A, Peterson H. Medical eligibility criteria for new contraceptive methods: combined hormonal patch, combined hormonal vaginal ring and the etonogestrel implant. *Contraception*. 2006, 73, 134-144.
38. Rosenberg M, Waughn M. Oral contraceptive discontinuation: a prospective evaluation of frequency and reasons. *Am J Obstet Gynecol*. 1998, 179, 577-582.
39. Wagner M, Arias R, Nucatola D. The combined etonogestrel/ethinyl estradiol contraceptive vaginal ring. *Expert Opin Pharmacother*. 2007, 8, 1769-1777.
40. Stewart F, Brown B, Raine T, [et al.]. Adolescent and young women's experience with the vaginal ring and oral contraceptive pills. *J Pediatr Adolesc Gynecol*. 2007, 20, 345-351.
41. Adeyemi A, Ajaogbu H, Ayoola G, [et al.]. Nigeria: The Family Planning Situation Analysis Study. *Population Council*. 1992, 2, 1-28.
42. Webb A. What do women want? Counselling in contraception. *Eur J Contracept Reprod Health Care*. 2002, 7, 150-154.
43. Stanowisko Zespołu Ekspertów Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego dotyczące przyczyn braku skuteczności antykoncepcji hormonalnej. *Ginekol Pol*. 2011, 82, 313-317.
44. Lopez L, Grimes D, Chen-Mok M, [et al.]. Hormonal contraceptives for contraception in overweight or obese women. *Cochrane Database of Syst Rev*. 2010, 7, CD008425.
45. Schnare S. Progestin contraceptives. *J Midwifery Womens Health*. 2002, 47, 157-166.
46. Schwenkhaugen A, Stodieck S. Which contraception for women with epilepsy? *Seizure*. 2008, 17, 145-150.
47. Scott A, Glasier A. Evidence based contraceptive choices. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 2006, 20, 665-680.
48. Medical Eligibility Criteria for Contraceptive Use. Geneva: World Health Organization, *Reproductive Health and Research*, Third Edition, 2004.
49. Rosenberg M, Waughn M. Causes and consequences of oral contraceptive noncompliance. *AJOG*. 1999, 180, 276-279.