

LIETUVOS SVEIKATOS MOKSLŲ UNIVERSITETAS

MEDICINOS AKADEMIJA

MEDICINOS FAKULTETAS

AKUŠERIJOS IR GINEKOLOGIJOS KLINIKA

Rugilė Kančaitė

**JAUNŲ MOTERŲ NUOMONĖ APIE HORMONINĘ KONTRACEPCIJĄ, ŠEIMOS
PLANAVIMO PRIEMONIŲ NAUDOJIMAS IR PASIRINKIMĄ LEMIANTYS VEIKSNIAI**

BAIGIAMASIS MAGISTRO DARBAS

Darbo vadovė:

Doc. dr. Kristina Jarienė

KAUNAS, 2021

TURINYS

1. SANTRAUKA.....	4
2. SUMMARY.....	5
3. PADĖKA.....	6
4. INTERESŲ KONFLIKTAS.....	6
5. ETIKOS KOMITETO LEIDIMAS.....	6
6. SANTRUMPOS.....	7
7. SĄVOKOS.....	7
8. ĮVADAS.....	9
9. DARBO TIKSLAI IR UŽDAVINIAI.....	10
10. LITERATŪROS APŽVALGA.....	11
10.1. Kontracepcijos istorija.....	11
10.2. Kontracepcijos klasifikacija.....	12
10.3. Hormoninės kontracepcijos priemonių įvairovė.....	15
10.4. Šalutiniai hormoninės kontracepcijos reiškiniai.....	18
10.5. Nekontraceptinė hormoninių kontraceptinių priemonių nauda.....	21
10.5.1. Hormoninės kontracepcijos nauda sveikatai.....	21
10.5.2. Socioekonominė hormoninės kontracepcijos nauda.....	22
10.6. Kontracepcijos naudojimo ypatumai pasaulyje.....	22
11. TYRIMO METODIKA.....	24
11.1. Tyrimo anketos sudarymas ir validizavimas.....	24
11.2. Tyrimo organizavimas.....	24
11.3. Tyrimo metodai.....	25
11.4. Duomenų analizės metodai.....	25
12. REZULTATAI.....	27
12.1. Sociodemografinė ir reprodukcinė tiriamųjų anamnezė.....	27
12.2. Tiriamųjų pasirinkti šeimos planavimo metodai ir pasirinkimo motyvacija.....	29
12.3. Sąsajos tarp šeimos planavimo metodo pasirinkimo ir tiriamųjų reprodukcinės patirties.....	33
12.4. Tiriamųjų nuomonė apie hormoninę kontracepciją.....	34
12.5. Ryšys tarp tiriamųjų išsilavinimo, kontracepcijos naudojimo ir žinių apie kontracepciją.....	36
12.6. Informacijos šaltiniai, kuriais tiriamosios rėmėsi.....	38
13. REZULTATŲ APTARIMAS.....	40

14. IŠVADOS.....	43
15. PRAKTINĒS REKOMENDACIJOS.....	44
16. LITERATŪROS SAĶAŠAS.....	45
17. PRIEDAI.....	52

1. SANTRAUKA

Rugilė Kančaitė. **Jaunų moterų nuomonė apie hormoninę kontracepciją, šeimos planavimo priemonių naudojimas bei jų pasirinkimą lemiantys veiksniai**

Tyrimo tikslas ir uždaviniai: sužinoti jaunų moterų nuomonę apie hormoninę kontracepciją, šeimos planavimo priemonių pasirinkimą ir motyvus, renkantis vieną ar kitą šeimos planavimo būdą. **Tyrimo metodika:** originali validizuota anketa. Statistinė duomenų analizė atlikta naudojant SPSS 17.0 ir Excel 2010 programas. **Tyrimo objektas:** atsitiktinės anoniminės 18-24 m. amžiaus moterys, anketą pildžiusios savanoriškai. **Tyrimo rezultatai:** analizuoti 458 respondenčių duomenys. Amžiaus vidurkis $22,25 \pm 2,6$; seksualinio debiuto amžiaus vidurkis - $17,89 \pm 1,8$ metai. Vidutinis lytinių partnerių skaičius - $3,24 \pm 3,2$. Respondentės, turėjusios lytinius santykius jaunesniame amžiuje, ateityje turėjo daugiau lytinių partnerių (Spirmano $\rho = -0,325$; $p < 0,05$). Beveik aštuonios iš dešimties (78,1 proc.) respondenčių naudojo nehormoninius kontracepcijos metodus ($p = < .00001$), dažniausiai – vyriškus prezervatyvus (40,1 proc., $n = 288$; $p = < .00001$). Tokį sprendimą lėmė nenoras kasdien gerti tablečių ir nuomonė, kad hormoninė kontracepcija kelia pavojų sveikatai ir yra nepriimtina, atitinkamai 50,7 proc. ir 35,5 proc. Praeityje buvę nėštumai nežymiai didino šansą rinktis kontraceptines tabletes ($\bar{S}S = 1,11$; 95 proc. PI 0,550-2,238), tačiau dažniausias šių moterų pasirenkamas šeimos planavimo metodas buvo nutrauktas lytinis aktas (55,6 proc., $n = 20$; $p < .00001$). Pusė apklaustųjų manė, kad hormoninė kontracepcija lemia svorio prieaugį ir neigiamai veikia kasdienę moters savijautą, atitinkamai 47 proc. ir 46,8 proc. Įgytas aukštasis universitetinis išsilavinimas nedidino šanso nesutikti ar visiškai nesutikti su pateiktais klaidingais teiginiais apie hormoninę kontracepciją ($\bar{S}S = 1,0$; 95 proc. PI 0,804-1,371), tačiau aukštąjį universitetinį išsilavinimą turinčios respondentės reikšmingai dažniau manė, kad hormoninė kontracepcija lemia libido sumažėjimą ($p = 0,0006$). Bet kokią kontracepciją naudojančios moterys buvo geriau informuotos apie SKT teigiamą poveikį gydant menstruacinio ciklo sutrikimus bei protekcinį poveikį nuo endometriumo vėžio ($p < 0,05$). 88,3 proc. respondenčių nurodė, kad patikimiausiu šaltiniu kontracepcijos klausimais laiko gydytoją akušerį ginekologą. **Išvados:** 1. Seksualinio debiuto amžiaus vidurkis – 18, vidutinis partnerių skaičius – 3. Jaunesnis lytinio gyvenimo pradžios amžius tiesiogiai koreliavo su didesniu lytinių partnerių skaičiumi ateityje. 2. Vidutiniškai veiksmingi ar mažiau veiksmingi nehormoniniai metodai buvo populiariausi, pasirinkimą motyvavo nenoras kasdien gerti kontraceptinių tablečių bei nuomonė, kad hormoninė kontracepcija pavojinga sveikatai. 3. Daugiau nei pusė praeityje pastojusių moterų ateityje rinkosi nutrauktą lytinį aktą. 4. Tarp jaunų moterų paplitę klaidingi įsitikinimai apie hormoninės kontracepcijos žalą sveikatai. 5. Į teiginius apie hormoninės kontracepcijos poveikį vienodai atsakė visos moterys, nepriklausomai nuo išsilavinimo. Bet kokios kontracepcijos naudotojos reikšmingai dažniau informuotos apie teigiamą SKT poveikį. 6. Kaip patikimiausią informacijos šaltinį tiriamosios įvertino gydytoją akušerį ginekologą.

2. SUMMARY

Rugilė Kančaitė. **Young women's opinion on hormone-based contraception, preferred family planning methods and motivation of choice**

Aim of the study and objectives: to acknowledge young women's opinion on hormone-based contraceptive methods and find out what family planning methods are preferred and motivation of their choice. **Methods:** an original validated survey. Statistical analysis was performed using „Excel 2010“ and „IBM SPSS Statistics“ software. **Objective:** random anonymous women aged 18-24 who volunteered to participate. **The results:** Data from 438 respondents was analyzed. Average respondent age - $22,25 \pm 2,6$; average age of sexual debut - $17,89 \pm 1,8$. Average sexual partner count - $3,24 \pm 3,2$. Respondents who were sexually active at younger age had a larger sexual partner count in the future (Spearman's $\rho = -0,325$; $p < 0,05$). 78,1% preferred non-hormonal contraceptives ($p < .00001$), mostly male condoms (40,1%, $n = 288$; $p < .00001$). The decision was influenced by refusal to take pills everyday and opinion that hormone-based contraceptives are harmful and unacceptable, by 50,7% and 35,5%, respectively. Pregnancy in the past slightly increased chance to choose oral contraceptives (OR=1,11; 95% CI 0,550-2,238), however they most often preferred the withdrawal method (55,6%, $n = 20$; $p < .00001$). Half of the respondents believed that hormonal contraception causes weight gain and has a negative impact on everyday wellbeing, by 47% and 46,8%, respectively. University degree did not increase the chance of disagreeing or strongly disagreeing with presented false facts about the effect of hormonal contraception (OR=1,0; 95% CI 0,804-1,371), although women who had an university degree were significantly more likely to believe that hormone-based contraception lowers sexual drive ($p = 0,0006$). Users of any form of contraception were more informed on positive side effects of combined oral contraceptives, like protective endometrial cancer effect and role on treating menstrual cycle irregularities ($p < 0,05$). 88,3% specified obstetricians-gynaecologists as their most trusted source of information on family planning. **Conclusions:** 1. Average age of sexual debut – 18 years, average sexual partner count – 3. Younger age of sexual debut correlated with higher sexual partner count in the future. 2. Less effective or moderately effective methods were most popular and the choice was motivated by by refusal to take pills everyday and opinion that hormone-based contraceptives are harmful and unacceptable. 3. More than a half of women who were pregnant in the past chose withdrawal method. 4. False beliefs on impact of hormone-based contraception are common in young women. 5. Women answered our questions about impact of hormonal contraception equally regardless of their education. Users of any form of contraception are better informed on positive effects of combined oral contraceptives. 6. Obstetricians-gyneacologists were stated as the most trusted sources of information.

3. PADĖKA

Nuoširdžiai dėkoju darbo vadovei doc. dr. Kristinai Jarienei už patarimus ir kantrybę padedant ruošti baigiamąjį magistro darbą.

4. INTERESŲ KONFLIKTAS

Interesų konflikto nebuvo.

5. ETIKOS KOMITETO LEIDIMAS

Tyrimas atliktas gavus LSMU Bioetikos centro komiteto leidimą (leidimo atlikti biomedicininį tyrimą nr. BEC-MF-391) (Priedas Nr. 1).

6. SANTRUMPOS

PSO – Pasaulio sveikatos organizacija

JTO – Jungtinių Tautų organizacija

SKT – sudėtinės kontraceptinės tabletės

AKS – arterinis kraujo spaudimas

SHK – sudėtinė hormoninė kontracepcija

LNG-IUS – levonorgestrelį išskirianti intrauterininė spiralė

KMI – kūno masės indeksas

ŠS – šansų santykis

PI – pasikliautinasis intervalas

n – absoliutieji skaičiai

proc. - procentai

p – statistinis reikšmingumas

7. SAŲVOKOS

Dirbtinis abortas – tai savanoriškas nėštumo nutraukimas iki 12 nėštumo savaičių.

Dubens uždegiminė liga - polimikrobinė infekcija, sukianti moters viršutinių lytinių takų (endometriumo, kiaušintakių, kiaušidžių ar mažojo dubens pilvaplėvės) uždegimą.

Ekspulsija – iškritimas.

Gerybinė gestacinė trofoblastinė liga – trofoblastinių ląstelių proliferacinis sutrikimas.

Gimdos leiomioma – monokloninis nuo hormonų priklausomas nepiktybinis gimdos auglys.

Hepatoceliulinė karcinoma – kepenų piktybinis navikas.

Insultas – ūminis židininis galvos smegenų kraujotakos sutrikimas.

Kepenų cirozė – lėtinė kepenų liga, kuriai būdingas normalios kepenų struktūros peraugimas jungiamuoju audiniu.

Kontracepcija – apsisaugojimas nuo pastojimo.

Miokardo infarktas – širdies raumens pakenkimas ir nekrozė, atsiradusi dėl išemijos.

Ovuliacija – subrendusios kiaušialąstės išėjimas iš kiaušidės.

Perforacija – angų pradurimas.

Piktybinė hepatoma – kepenų piktybinis navikas.

Policistinių kiaušidžių sindromas – sutrikimas, kuriam būdingas hiperandrogenizmas, lėtinė anovuliacija ir metaboliniai sutrikimai.

Priešlaikinis gimdymas - gimdymas nuo 22⁺⁰ iki 36⁺⁶ nėštumo savaitių. Nežinant tikslaus nėštumo laiko, laikoma, kad gimdymas yra priešlaikinis, jei naujagimis sveria ≥ 500 g.

Savaiminis persileidimas – nėštumo nutrūkimas iki 21⁺⁶ savaitių. Nežinant tikslaus nėštumo laiko, savaiminiu persileidimu laikomas mažesnio nei 500 g vaisiaus praradimas.

Sisteminė raudonoji vilkligė – lėtinė uždegiminė autoimuninė liga, pažeidžianti įvairius audinius ir struktūras.

Tromboembolija - tai patologinė būklė, apimanti giliųjų venų trombozę ir plaučių emboliją.

8. ĮVADAS

PSO reprodukcinę sveikatą įvardina kaip visapusišką fizinę, psichinę ir socialinę gerovę. Tai neturi būti vertinama tik reprodukcinės sistemos procesų ir funkcijų negalios bei ligos nebuvimu. Būtina pilnavertės reprodukcinės sveikatos sąlyga - žmogaus teisė į tenkinantį ir saugų seksualinį gyvenimą, galimybę susilaukti vaikų ir laisvė apsispręsti kada, kiek dažnai ir ar iš viso susilaukti palikuonių [1]. Kontraceptinių būdų ar priemonių naudojimas leidžia tai įgyvendinti: mažėja neplanuotų nėštumų, nėštumo nutraukimų skaičius bei su nėštumu susijusių komplikacijų rizika [2].

Kontraceptinių priemonių pasiekiamumo užtikrinimas suteikia galimybę įgyvendinti daugelį žmogaus teisių: teisę į laisvą gyvenimą, nuomonės ir saviraiškos laisvę, teisę į darbą ir edukaciją. Efektyvus šeimos planavimas suteikia ne vien naudą sveikatai, bet ir yra vienas veiksnių, užtikrinančių moters teises, autonomiją, gerinančių mergaičių ir moterų išsilavinimą, palaikančių sąmoningą populiacijos augimą ir stabilią valstybių ekonomiką [2].

Lietuvoje vaisingo amžiaus moterys naudoja mažiau kontraceptinių priemonių, lyginant su kitomis Europos šalių moterimis, o hormoninių metodų populiarumas, nepaisant jų patikimumo, išlieka mažas [3]. Higienos instituto Sveikatos informacijos centro duomenimis, 2017 m. ir 2018 m. Lietuvoje buvo atlikta atitinkamai 4294 ir 3590 oficialiai registruotų dirbtinių abortų, paauglės ir labai jaunos moterys kasmet pagimdo iki 1100-1200 naujagimių [4, 5]. Šie duomenys akivaizdžiai byloja, kad neplanuoti nėštumai ir nepakankamas veiksmingos ir labai veiksmingos kontracepcijos naudojimas – opi Lietuvos visuomenės sveikatos problema.

Šio tyrimo tikslas - sužinoti, kokios priežastys skatina jaunas moteris nesirinkti patikimos hormoninės kontracepcijos ir kodėl, kokia jų nuomonė apie hormoninę kontracepciją, kokius šeimos planavimo metodus jos dažniau renkasi ir kokia kontraceptinės priemonės pasirinkimo motyvacija. Ištyrę duomenis ir žinodami, kokios informacijos stinga labiausiai, sieksime išsklaidyti mitus ir baimes, gerindami moterų šeimos planavimo raštingumą, bei skleisime mokslo įrodymais grįstas žinias, kurios padėtų pasirinkti saugią ir efektyvią kontracepcijos priemonę.

9. DARBO TIKSLAS IR DARBO UŽDAVINIAI

Darbo tikslas: sužinoti jaunų moterų nuomonę apie hormoninę kontracepciją, šeimos planavimo priemonių pasirinkimą ir motyvaciją rinktis vieną ar kitą kontracepcijos būdą.

Darbo uždaviniai:

1. Išanalizuoti tiriamųjų reprodukcinę anamnezę ir lytinio gyvenimo ypatumus
2. Įvertinti kontracepcijos metodo pasirinkimą ir motyvaciją jį rinktis.
3. Ivertinti sąsajas tarp kontracepcijos metodo pasirinkimo ir reprodukcinės patirties.
4. Išanalizuoti tiriamųjų nuomonę apie hormoninę kontracepciją, klaidingų įsitikinimų apie hormoninę kontracepciją paplitimą ir žinias apie naudą sveikatai.
5. Įvertinti sąsajas tarp tiriamųjų išsilavinimo, kontracepcijos naudojimo ir žinių apie hormoninės kontracepcijos poveikį.
6. Nustatyti informacijos šaltinius, kuriais pasikliauja respondentės.

10. LITERATŪROS APŽVALGA

10.1. Kontracepcijos istorija

Apie siekį vengti nepageidaujamo nėštumo byloja daugelis istorijos šaltinių. Nuo pastojimo apsaugantys žoliniai preparatai bei galimai nėštumo padedantys išvengti metodai aprašyti dar Egipto Eberių Papiruse 1550 metų prieš Kristų [6]. Kontracepcijos tema plėtotą Lotynų Plinijaus Vyresniojo raštuose 23-79 metais, Dioskorido *De materia medica* 58-64 metais bei Sorano Graikų raštuose 100 metais [6]. Siekdamas išvengti nėštumo, moterys vyro ejakuliacijos metu sulaikydavo kvėpavimą ar po lytinio akto šokinėdavo, o akacijos, medus ir pipirai buvo plačiai naudojami kaip spermicidinės priemonės [7]. Senovės civilizacijose buvo žinoma, jog nutrauktas lytinis aktas mažina pastojimo tikimybę, šis metodas buvo aprašytas ir Biblijoje bei Korane [8]. Jei minėti kontracepcijos metodai nepadėdavo, nėštumą nutraukti buvo siekiama išoriškai masažuojant gimdą – šis būdas aprašytas Burmos, Tailando, Malaizijos ir Filipinų istorijos šaltiniuose [9, 10]. Apie mechaninio aborto taikymą byloja 1958 metais buvusioje Galo Romėnų gyvenvietėje rastas jaunos moters skeletas su iešmu mažajame dubenyje [11].

Vakarų viduramžių Europoje kontracepcija laikyta amoralia dėl krikščionių bažnyčios įtakos. Šeimos slapčia praktikuodavo nutrauktą lytinį aktą, lelijos šaknį ar rūtas naudojo kaip spermicidines priemones, prireikus vykdavo infanticidą [12]. 1484 metais Popiežius Inocentas VII buvo paskelbęs, kad motinystės siekiančioms išvengti moterims privaloma įvykdyti inkviziciją [13].

18 a., siekiant išvengti lytiškai plintančių infekcijų ir aktyviau pradėjus naudoti prezervatyvus, pastebėta, kad jie gali apsaugoti ir nuo nėštumo [14]. 1909 metais dr. Richard Richter sukūrė pirmąjį intrauterinį prietaisą iš šilkverpių žarnų, kuris trečiajame dešimtmetyje buvo patobulintas Ernest Graefenberg [15].

Po Didžiosios Depresijos (1929-1933 m.) pradėta intensyviau ieškoti efektyvesnių būdų mažinti gimstamumą, kontroliuoti populiaciją, suteikti šeimoms galimybę turėti mažiau vaikų ir mažinti skurdą. 1950 metais Katherine McCormic, Margaret Sanger bei Gregory Pincus pasiūlė idėją, jog sėkmingas šeimos planavimas ir moterų vaisingumo reguliacija yra būtina siekiant suteikti moterims daugiau teisių, gerinti jų gyvenimo kokybę bei padedant išvengti nesaugių abortų. 1957 metais buvo pradėta prekiauti pirmuoju kontraceptiniu peroraliniu preparatu „Enovid“, tačiau pagrindinė jo nurodyta indikacija buvo ginekologinės ligos. 1960 „Enovid“ JAV buvo pradėta naudoti kontraceptiniais tikslais [16]. Šeštajame dešimtmetyje Jack Lippes sukūrė lanksčią trapecijos formos gimdos spiralę, pagamintą iš termoplastiko. Lippes pasiūlė prie prietaiso pritvirtinti monofilamentinio nailono siūlus,

palengvinančius spiralės išėmimą [17]. Vėliau pasirodžiusi „Dalkon Shield“ spiralė sukėlė bakterinės infekcijos komplikacijas tūkstančiams moterų ir lėmė teisinių ieškinių bangą. Spiralė galiausiai buvo išimta iš prekybos, tačiau tai lėmė ilgalaikį neigiamą JAV visuomenės požiūrį į intrauterinę kontracepciją. Septintajame dešimtmetyje buvo sukurta T formos varinė gimdos spiralė TCU200. Aštuntajame dešimtmetyje buvo pristatyta pirmoji hormoninė intrauterinė spiralė Progestasert, kurios veiksmingumas tebuvo vieneri metai [17]. Gimdos spiralė Mirena prekyboje pasirodė 1976 metais [18]. XXI a. pradžioje buvo pristatyti kontraceptinis žiedas bei pleistras [19].

10.2. Kontracepcijos klasifikacija

Kontraceptiniai metodai gali būti skirstomi į dirbtinius ir natūralius [20].

Dirbtiniams metodams priskiriama:

- Hormoninė ir cheminė kontracepcija;
- Intrauteriniai prietaisai (hormoninės ir nehormoninės gimdos spiralės);
- Barjerinė kontracepcija;
- Ilgalaikė chirurginė kontracepcija.

Natūralūs metodai:

- Ritminis (kalendorinis);
- Temperatūrinis;
- Gimdos kaklelio gleivių stebėjimo, simptoterminis metodai;
- Nutrauktas lytinis aktas.

PSO kontracepcijos metodus skirsto pagal jų veiksmingumą, išskirdami idealų ir tipinį kontraceptinės priemonės naudojimą [21]. Idealus naudojimas – tai kai vadovaujamosi nurodymais 100 proc. atidžiai, tiksliai ir teisingai. Tipinis naudojimas – tai naudojimas esant žmogiškos klaidos galimybei, priemonė naudojama netiksliai ar neteisingai [22].

Remiantis PSO:

- Labai veiksmingi metodai – tokie metodai, kuriuos naudodamos per pirmuosius metus pastoja 0-0,9 moterys iš 100. Tokiems metodams priskiriama vyrų ir moterų sterilizacija, naudojant idealiai - kontraceptinis implantas, hormoninė ir varinė gimdos spiralė, injekuojami kontraceptikai, sudėtinės kontraceptinės tabletės, progestino tabletės, kontraceptinis žiedas bei pleistras. Naudojant tipiškai: implantai, gimdos spiralės;

- Veiksmingi metodai – metodai, kuriuos naudodamos per pirmuosius metus pastoja 1-9 moterys iš 100. Tokie metodai naudojant idealiai: vyriški ir moteriški prezervatyvai, kalendorinis bei ovuliacijos sekimo metodai ir nutrauktas lytinis aktas. Naudojant tipiškai: injekuojami kontraceptikai, sudėtinės ir progestino tabletės, kontraceptinis pleistras bei žiedas;
- Vidutiniškai veiksmingi metodai – metodai, kuriuos naudodamos per pirmuosius metus pastoja 10-19 moterų iš 100. Tokie metodai naudojant idealiai: diafragmos ir spermicidai. Naudojant tipiškai: vyriški prezervatyvai, kalendorinis metodas bei diafragmos.
- Mažiau veiksmingi metodai – metodai, kuriuos naudodamos pastoja daugiau nei 20 moterų iš 100. Tokie metodai naudojant idealiai: gimdos kaklelio gaubtuvėliai, tipiškai – ovuliacijos sekimo metodas, nutrauktas lytinis aktas, moteriški prezervatyvai, spermicidai.

Neplanuotų nėštumų skaičius 100-ai moterų per pirmuosius priemonės naudojimo metus pagal Trussell ir Aiken [22]:

Kontracepcijos metodas	Idealus naudojimas	Tipinis naudojimas
Implantai	0,1	0,1
Vyrų sterilizacija	0,1	0,15
Moterų sterilizacija	0,5	0,5
Levonorgestrelio IUS	0,5	0,7
Varinė IUS	0,6	0,8
Laktacinė amenorėja (ilgiau nei 6 mėn.)	0,9 [Hatcher R]	2 []
Injekuojamieji kontraceptikai	0,05 []	3 []
Progestino injekuojamieji kontraceptikai	0,2	4
Sudėtinės kontraceptinės tabletės	0,3	7
Progestino tabletės	0,3	7
Pleistras	0,3	7
Žiedas	0,3	7
Vyriški prezervatyvai	2	13
Kalendorinis metodas	5	12
Ovuliacijos sekimo metodas	3	23
Kiti vaisingumo planavimo metodai		15
Diafragmos su spermicidu	16	17
Nutrauktas lytinis aktas	4	20
Moteriški prezervatyvai	5	21
Spermicidai	16	21
Gimdos kaklelio gaubtuvėlis	26*, 9**	32*, 16**
Jokio metodo	85	85

*gimdžiusios moterys

**negimdžiusios moterys

Rodyklė:

- **Labai veiksmingi metodai** (0-0,9 moterys iš 100)
- **Veiksmingi metodai** (1-9 moterys iš 100)
- **Vidutiniškai veiksmingi metodai** (10-19 moterų iš 100)
- **Mažiau veiksmingi metodai** (daugiau nei 20 moterų iš 100)

10.3. Hormoninės kontracepcijos priemonių įvairovė

Hormoniniams kontraceptiniams metodams priskiriamos kontraceptinės tabletės (tiek sudėtinės, tiek progestino), gimdos spiralės su levonorgestreliu, kontraceptiniai implantai bei žiedai, injekuojamieji kontraceptikai [23]. Šie metodai naudojant idealiai priskiriami labai veiksmingiems grįžtamiems metodams [21].

Sudėtinės kontraceptinės tabletės. Tai tabletės, kurių sudėtyje yra mažos sintetinių progestinų ir estrogenų dozės. Pagrindinis jų veikimo principas – ovuliacijos stabdymas. Tipiškai, esant žmogiškosios klaidos galimybei, naudojamos SKT per pirmuosius metus pastoja 7-9 iš 100 moterų, naudojant idealiai, be klaidų – mažiau, nei 1 iš 100 [21].

SKT skiriamos į keturias kartas [24]:

1. Pirmosios kartos SKT sudėtyje yra 50 µg ar daugiau etinilestradiolio bei pirmos kartos progestinai, prie kurių priskiriamas noretisteronas, noretindronas, etinodiolio diacetatas, linestrenolis. Lietuvoje pirmosios kartos SKT nebėra.
2. Antrosios kartos SKT sudėtyje yra 20, 30, ar 35 µg etinilestradiolio bei antrosios kartos progestinai levonorgestrelis ar norgestimatas, kuris pasižymi mažesniu androgeniškumu, nei levonorgestrelis.
3. Trečiosios kartos SKT sudėtyje yra 20, 25, ar 30 µg etinilestradiolio ir trečiosios kartos progestinų: gestodeno ar dezogestrelio. Trečiosios kartos progestinai yra mažiau androgeniški už antrosios. Progestininis jų poveikis vienodas. Trečiosios kartos SKT kelia didesnę tromboembolinių komplikacijų riziką, nei antrosios kartos SKT.
4. Ketvirtosios kartos SKT gestageninei daliai priskiriamas dienogestas, drospironas ir nomegestrolio acetatas. Etinilestradiolio ir drospirono SKT kelia panašią tromboembolinių komplikacijų riziką, kaip trečiosios kartos SKT, tad ketvirtosios kartos progestinų ar ketvirtosios kartos SKT terminai vartojami retai.

SKT privalumai – vartojant idealiai yra labai patikimas metodas. Kontracepcija pilnai kontroliuojama vartotojo, pasiekiami vaistinėse, ekonomiškai, gali būti lengvai nutraukiama be gydytojo įsikišimo, leidžia turėti nepertraukiamus lytinius santykius, paprasta vartoti [21]. Priemonės trūkumai - SKT neapsaugo nuo lytiškai plintančių infekcijų, būtina vartoti SKT kasdien, kitu atveju efektyvumas mažėja. SKT ankstyvieji nepageidaujami poveikiai – pykinimas, krūtų jautrumas bei galvos skausmas pasireiškia iki 10 proc. moterų, pradėjusių vartoti SKT [25]. Šie simptomai paprastai išnyksta po kelių vartojimo mėnesių. Dažniausias ankstyvasis šalutinis poveikis yra aciklinis kraujavimas, juo skundžiasi

pusė moterų, naudojančių SKT pirmąjį mėnesį [26]. SKT taip pat gali sukelti nedidelį AKS pakilimą normos ribose [27] 4-10 proc. vartotojų būdingos labilios emocijos, ryškesnės SKT vartojimo pertraukos dienomis [28].

Progestino tabletės. Jų sudėtyje - tik sintetinis progestinas. Kadangi nėra estrogeno darinių, jas gali vartoti ir krūtimi maitinančios moterys. Veikimo mechanizmas – gimdos kaklelio gleivių tirštinimas bei ovuliacijos stabdymas. Priemonė itin veiksminga maitinančioms moterims – per pirmuosius metus pastoja mažiau nei 1 iš 100 moterų vartojant tiek idealiai, tiek įprastai. Krūtimi nemaitinančioms moterims šis metodas kiek mažiau efektyvus - vartojant įprastai per pirmuosius metus pastoja 7 iš 100 moterų [21]. Progestino tablečių privalumai – gali būti vartojamos maitinančių moterų, kiti privalumai – tokie patys, kaip ir SKT. Progestino tablečių trūkumai – reikia vartoti kasdien panašiu laiku, neapsaugo nuo lytiškai plintančių infekcijų, daliai vartotojų pirmuosius mėnesius pasireiškia galvos skausmas bei svaigimas, pykinimas, nemaitinančioms moterims – funkcinių kiaušidžių cistų susidarymas [29]. Dažniausias šalutinis poveikis - acikliniai kraujavimai bei menstruacijų gausumo bei trukmės pokyčiai [21].

Gimdos spiralės su levonorgestreliu (LNG-IUS). Tai - T formos nedidelis plastikinis prietaisas, įdiegiamas gydytojo akušerio ginekologo į gimdos ertmę. Skirtingų gamintojų siūlomos gimdos spiralės veiksmingos 3-7 metus. Jos veikia išskirdamos mažas levonorgestrelio dozes ir neleidžia spermatozoidui apvaisinti kiaušialąstės. Tai – labai veiksmingas metodas. Per pirmuosius naudojimo metus pastoja mažiau nei 1/100 moterų [21]. Gimdos spiralės privalumai – itin efektyviai apsaugo nuo nėštumo, kontracepcija ilgalaikė, lengvina menstruacinį kraujavimą (po šešių mėnesių įdiegus spiralę 62 proc. naudotojų pastebi mažesnę menstruacijų gausumą [30]), pigi ir patogi, nes įdiegus spiralę pacientei nieko papildomai daryti nereikia, gali naudoti ir paauglės, ir negimdžiusios moterys [31]. Gimdos spiralės trūkumai – ją įdiegti ir išimti gali tik specialistas, procedūra gali būti nemaloni pacientei, spiralė neapsaugo nuo lytiškai plintančių infekcijų [21]. Gimdos spiralės šalutiniai poveikiai – aciklinis kraujavimas ar pasikeitęs menstruacinio kraujavimo pobūdis, pasireiškiantys 15 proc. naudotojų tris pirmuosius mėnesius po spiralės įvedimo [30]. Gali pasireikšti tiek trumpalaikė, tiek ilgalaikė amenorėja. Taip pat gali būti skundžiamasi galvos skausmu, krūtų tempimu, pykinimu, galvos svaigimu ir nuotaikos svyravimais. Labai retais atvejais, jeigu pacientė serga besimptomine chlamidine ar gonokokine infekcija, gali pasireikšti dubens uždegiminė liga pirmąsias 20-30 dienų po įvedimo dažnis - 1 proc.); netinkamai įdiegus gimdos spiralę, galima gimdos dugno perforacija (0,01 proc.) [32]. Galimas gimdos spiralės pasislinkimas, aptinkamas iki 10 proc. moterų, ekspulsijos dažnis 3-6 proc. [33]. Ypatingai retos komplikacijos esant nediagnozuotam pacientės nėštumui – persileidimas, prieššlaikinis gimdymas [21].

Kontraceptinis žiedas. Tai yra į makštį 21 dienai įdedamas lankstaus plastiko žiedas, išskiriantis hormonus (pasaulinėje rinkoje pasiekiami tiek tik progestino sudėtyje turintys žiedai, tiek progestino su estrogenu turintys žiedai). Veikimo mechanizmas priklauso nuo žiedo tipo – kombinuotų hormonų žiedai veikia stabdydami ovuliaciją, tik progestino žiedai – tirštinami gimdos kaklelio gleives ir neleidžiami įvykti apvaisinimui. Per pirmuosius metus naudojamos įprastai pastoja 7 iš 100 moterų, idealiai – vos 1 iš 100 [21]. Kontraceptinio žiedo privalumai – labai veiksminga kontraceptinė priemonė, kasdien nereikia vartoti tablečių. Trūkumai – neapsaugo nuo lytiškai plintančių infekcijų, galimas tepimo pobūdžio protarpinis kraujavimas, nuotaikos svyravimai, krūčių skausmas ar tempimas, naudojančioms žiedą moterims dažniau pasireiškia vaginitai ir leukorėja, reikia sekti tikslias dienas, kuomet žiedą privalu išsiimti ir pakeisti nauju [34].

Kontraceptinis pleistras. Transderminis pleistras, tvirtinamas ant moters odos ir į kraujotaką išskiriantis sintetinius progestinus ir estrogenus [35]. Pleistrai keičiami nauju kitoje vietoje kas 7 dienas, po 21 dienos savaitę pleistras nekljuojamas [24]. Pagrindinis veikimo principas – išskiriami hormonai neleidžia įvykti ovuliacijai. Per pirmuosius metus naudojamos tipiškai pastoja 7 iš 100 moterų, idealiai – mažiau, nei 1 iš 100 [21], taigi tai – labai veiksminga kontraceptinė priemonė, kurią patogiu naudoti, nes kasdien nereikia prisiminti išgerti tabletės. Priemonės trūkumai – efektyvumas kiek mažesnis, jeigu moteris sveria daugiau, nei 90 kg, neapsaugo nuo lytiškai plintančių infekcijų, pakitęs kraujavimo pobūdis ar nereguliarus kraujavimas, galvos skausmas, pykinimas, vėmimas, krūčių tempimas, papildvės skausmas, vaginitas, odos bėrimai ar sudirgimas pleistro pritvirtinimo vietoje [21].

Injekuojamos priemonės. Progestino ar progestino ir estrogeno injekcija, kuri veiksmingai apsaugo nuo nepageidaujamo nėštumo vieną-tris mėnesius priklausomai nuo preparato [36]. Per pirmuosius metus pastoja 0,05 iš 100 idealiai injekuojamą priemonę naudojančios moterys, tipiškai naudojamos – 3 iš 100 moterų [21]. Priemonės privalumai – kontracepcija nereikia rūpintis kasdien ar kas savaitę, gali palengvinti menoragijos simptomus, tik progestino injekcijos tinka maitinančioms motinoms ir vartotojoms, negalinčioms naudoti estrogeno preparatų. Priemonės trūkumai – gali sukelti galvos skausmą, labilias emocijas, vartotoja negali nutraukti kontraceptinio poveikio nepasibaigus injekcijos veikimui, neapsaugo nuo lytiškai plintančių infekcijų [37].

Etonogestelio implantas dažniausiai talpinamas žasto srities poodyje. Jo kontraceptinės savybės išlieka veiksmingos trejus metus. Pagrindinis veikimo principas – kasdien išsiskiriantis progestinas slopina ovuliaciją bei tirština gimdos kaklelio gleives [38]. Tai – labai veiksminga kontracepcijos priemonė. Kadangi ji visiškai nereikalauja vartotojo įsikišimo, sumažėja žmogiškos klaidos galimybė, tad tiek tipiško, tiek idealaus naudojimo efektyvumas vienodas – per pirmuosius metus

pastoja vos 0,1 iš 100 moterų [21]. Priemonės trūkumai – ją pašalinti gali tik gydytojas procedūros metu, Lietuvoje šis kontracepcijos metodas nepasiekiamas, neapsaugo nuo lytiškai plintančių infekcijų, gali atsirasti nereguliarių kraujavimų ir keistis kraujavimo trukmė ir pobūdis [24].

Skubioji kontracepcija. Tai yra kontracepcija, kurią rekomenduojama suvartoti nėštumo siekiančiai išvengti moteriai per 72-120 valandų po nesaugaus lytinio akto. Hormoniniai skubiosios kontracepcijos metodai – levonorgestrelio ir ulipristato acetato tabletės (nuo 2013 m. preparatas nebėra tiekiamas didmeninės vaistų prekybos įmonių Lietuvoje) [24]. Skubiosios kontracepcijos veiksmingumas priklauso nuo to, kiek laiko praėjus po nesaugių lytinių santykių ji suvartojama. Pirmąją parą po nesaugaus lytinio akto suvartojus levonorgestrelio 1,5 mg tabletę, jos veiksmingumas siekia 95 proc., antrąją – 85 proc., vėliau, nei po 48 val. – veiksmingumas sumažėja iki 58 proc. [19]. Ulipristalio acetato 30 mg tabletės kontraceptinis veiksmingumas įvairių šaltinių duomenimis svyruoja tarp 62-99 proc. [39]. Metodo trūkumai – negali būti naudojama kaip pastovi kontraceptinė priemonė, dalis moterų vėliau patiria ciklo sutrikimus, neapsaugo nuo lytiškai plintančių infekcijų, žindančioms moterims rekomenduojama laikinai nutraukti maitinimą krūtimi [21]. Levonorgestrelio tablečių veiksmingumas mažėja, jeigu vartotoja turi antsvorio (KMI 25-29,9 kg/m²) ar yra nutukusi (KMI ≥30 kg/m²) [40]. Suvartojus skubiosios kontracepcijos preparatą ir turint nesaugius lytinius santykius, galimybė pastoti išlieka, todėl moteriai reiktų rekomenduoti papildomas apsaugos priemones.

10.4. Šalutiniai hormoninės kontracepcijos reiškiniai

Sudėtinė hormoninė kontracepcija. Praėjus daugiau nei pusei amžiaus nuo pirmųjų sudėtinių kontraceptinių tablečių sukūrimo, SKT esančios sintetinių estrogenų dozės sumažėjo nuo 100 mcg iki 10 mcg, buvo sukurti kiti sudėtinės hormoninės kontracepcijos metodai, tokie kaip žiedas, pleistras ar injekuojamosios priemonės [41, 21]. Įrodyta, kad esant nedidelei estrogeninei daliai, SHK nauda pranoksta potencialią žalą.

Nors kraujagyslinės komplikacijos – itin retos, estrogeninis komponentas išlieka pagrindine tromboembolinių komplikacijų priežastimi, nes etinilestradiolis lemia didesnę krešėjimo faktorių sintezę kepenyse [42]. Progestinai keičia estrogeno apykaitą kepenyse taip pat didindami kraujagyslinių reiškinių riziką [43]. Trombozių rizika yra mažesnė vartojant antrosios kartos SKT, kurių sudėtyje yra norgestrelio ar levonorgestrelio, nei trečiosios kartos SKT, kurių progestininis komponentas – dezogestrelis ar gestodenas arba neklasifikuojamas drospirenonas [44, 45].

Per metus ne nėščioms ir nenaudojančioms sudėtinės hormoninės kontracepcijoms tromboembolija pasitaiko 5-10/100 000 moterų, naudojančioms SKT – 20-40/100 000 moterų (4-8 k. dažniau), tuo tarpu nėščiosioms – 60/100 000 moterų (6-12 k. dažniau) [24]. Kontraceptiniai pleistrai tromboembolijų riziką didina 8 k., žiedai – 6,5 k. [24]. Absoliuti rizika yra didesnė moterims, sergančioms trombofilija [46], kitos riziką didinančios būklės – vyresnis amžius, policistinių kiaušidžių sindromas, nutukimas, rūkymas bei ilgalaikė imobilizacija [47].

Miokardo infarktas ir insultas yra itin retos komplikacijos. Absoliuti jaunų moterų insulto rizika yra 5-10 per 100000 metų, vartojančių SHK – dvigubai didesnė, tačiau ji vis tiek mažesnė, nei nėščiųjų ar moterų ankstyvuojų pogimdyviniu laikotarpiu [48]. Rizika didėja esant didesnei estrogeninio komponento dozei, progestino dalis įtakos arterinės trombozės rizikai neturi [49]. Sudėtinės hormoninės kontracepcijos vartojimas gali neigiamai veikti lipidų ir angliavandenių metabolizmą, tačiau įprastai sveikoms moterims poveikis nėra kliniškai reikšmingas. Serumo trigliceridai per pirmuosius šešis SHK vartojimo mėnesius padidėja iki 25 mg/dL [50]. Manoma, jog kontraceptinis pleistras ir žiedas turi mažesnę įtaką trigliceridų koncentracijos ir jautrumo insulinui pokyčiams, lyginant su SKT [51].

SHK vartojimas kai kuriuose šaltiniuose siejamas su didesne krūties vėžio rizika [52], tačiau įrodymai prieštaringi, tyrimų duomenys kontraversiški. Yra duomenų, jog moterims, kurios naudoja ar neseniai naudojo modernius hormoninius kontraceptikus, yra nežymiai didesnė krūties vėžio rizika, didėjanti ilgėjant naudojimo trukmei, kitų tyrimų duomenimis nustatyta, kad krūties vėžio rizika ryškiai nesiskyrė nei tarp šiuo metu vartojančių SKT (reliatyvi rizika - 1.0, 95% PI 0.8-1.3), nei tarp praeityje vartojusių SKT (reliatyvi rizika - 0.9, 95% PI 0.8-1.0) [53, 54]. SHK vartojimas ilgiau nei 5 metus didina gimdos kaklelio vėžio riziką, manoma, jog dėl dažnesnių lytinių santykių, nenaudojant papildomos barjerinės kontracepcijos, o tai lemia didesnę ŽPV infekcijos riziką [55].

Dėl galimos didesnės komplikacijų rizikos sudėtinė hormoninė kontracepcija neskiriama [21]:

- vyresnėms nei 35 metų amžiaus daugiau nei 15 cigarečių per dieną rūkančioms moterims;
- turinčioms du ar daugiau rizikos veiksnių susirgti širdies ar kraujagyslių ligomis (vyresnis amžius, rūkymas, diabetas, hipertenzija);
- sergančioms arterine hipertenzija, kai kraujospūdis didesnis ar lygus 160/100 mmHg;
- moterims, turinčioms veninės tromboembolijos anamnezę ir nevartojančioms antikoagulantų ar moterims, kurioms diagnozuota ūmi embolija;
- moterims, turinčioms trombogenines mutacijas;
- moterims, sergančioms išemine širdies liga;
- turinčioms insulto anamnezę;

- sergančioms komplikuota širdies vožtuvų liga;
- sergančioms krūties vėžiu;
- sergančioms kepenų ciroze, hepatoceliuline karcinoma ar piktybine hepatoma;
- sergančioms migrena su aura.

Progestino kontracepcija. Kontracepcija, kurioje yra tik progestino dalis (progestino tabletės, gimdos spirālės su levonorgestreliu, injekuojamieji progestino kontraceptikai, implantas) yra paranki moterims, kurios negali naudoti sudėtinių hormoninių kontraceptikų dėl didelės tromboembolinių komplikacijų rizikos ar maitina krūtimi [21].

Progestino tabletės daro mažą poveikį koaguliacijos faktorių, AKS ir lipidų koncentracijos pokyčiams [50, 56]. Epidemiologinių tyrimų duomenimis, progestino tabletės reikšmingai nedidina insulto, miokardo infarkto bei veninės tromboembolijos rizikos [57]. Moterys, kurios nenaudoja jokios kontracepcijos, turi 10 k. didesnę ectopinio nėštumo riziką nei tos, kurios naudoja LNG-IUS [58]. Vis tik, jei pastojimas įvyksta, moterims su gimdos spirale ectopinis nėštumas diagnozuojamas dažniau, lyginant su moterimis, kurios gimdos spirālės neturi [59]. Vertinant krūties vėžio riziką, JAV atlikto kontrolės-atvejo tyrimo metu nustatyta, kad progestino kontracepcija nedidina krūties vėžio rizikos [60]. Depo-medroksiprogesterono acetato injekcijos yra siejamos su didesne tromboembolinių komplikacijų rizika, tačiau ji yra mažesnė lyginant su sudėtinės hormoninės kontracepcijos keliamo rizika (šansų santykis – 2,2 ir 5,3) [61].

Visgi, šios hormoninės kontracepcijos metodai nėra tinkami visoms moterims. Progestino tabletės nėra tinkamos [21]:

- moterims, kurioms diagnozuota ūmi embolija;
- sirgusioms krūties vėžiu;
- sergančioms kepenų ciroze, hepatoceliuline karcinoma ar piktybine hepatoma;
- moterims, kurioms rasti teigiami antifosfolipidiniai antikūniai ir sergančioms sisteminė raudonąja vilklige.

Levonorgestrelio spirālė nėra tinkama moterims, kurios [21]:

- gimdžiusios laikotarpyje tarp 48 val. ir 4 sav.;
- serga ūmia tromboembolija;
- sirgo krūties vėžiu;
- serga ūmine kepenų ciroze ar onkologine liga;
- serga gerybine gestacine trofoblastine liga;

- serga kiaušidžių vėžiu;
- turi didelę individualią lytiškai plintančių ligų užsikrėtimo riziką;
- serga pažengusia AIDS stadija;
- serga sisteminė raudonąja vilklige su teigiamais ar nežinomais antifosfolipidiniais antikūniais ir nevaratoja imunosupresantų.

Progestino injekcijos neskiriamos moterims, kurios pagimdė prieš mažiau, nei šešias savaites ir maitina krūtimi, sergančioms arterine hipertenzija, kai kraujospūdis didesnis ar lygus 160/100 mmHg, turinčioms insulto anamnezę, keletą širdies ir kraujagyslių ligų rizikos veiksnių, nenustatytos kilmės aciklinį kraujavimą, sergančios komplikuoju cukriniu diabetu [21].

10.5. Nekontraceptinė hormoninių kontraceptinių priemonių nauda

10.5.1. Hormoninės kontracepcijos nauda sveikatai

Sudėtinė hormoninė kontracepcija gali būti naudojama eilės ligų gydymui. SKT yra skiriamos sutrikusio menstruacinio ciklo reguliacijai: veiksmingai padeda reguliuoti oligomenorėją sergant policistinių kiaušidžių sindromu, gausų ar aciklinį menstruacinį kraujavimą [21]. SKT taip pat yra naudojamos su menstruacijomis susijusios migrenos ar premenstruacinio disforinio sutrikimo gydymui [62]. SKT malšina lėtinį ar endometriozės sąlygotą dubens skausmą [63]. SKT mažina hiperandrogenizmo sąlygotas dermatologines išraiškas, tokias kaip aknė ir hirsutizmas [64]. Sudėtinės hormoninės kontracepcijos metodus naudojančioms moterims ilgai stebimas protekcinis poveikis nuo osteoporozės, endometriumo, kiaušidžių, storosios žarnos vėžio, simptominės dubens uždegiminės ligos, gerybinių kiaušidžių cistų, gimdos leiomiomų, gerybinių krūtų auglių formavimosi bei geležies stokos anemijos [21].

Progestino kontracepcijos nauda sveikatai – apsaugo nuo endometriumo vėžio [65]. Nėra žinoma, ar visos progestino tabletės padeda gydyti menoragiją ar papilvės skausmą, tačiau yra stebimas toks kai kurių preparatų (noretindrono acetato ir drospirinono) poveikis [66, 67]. Naudojant levonorgestrelio gimdos spiralę, mažėja gimdos miomų atsiradimo, endometriozės, adenomiozės, endometriumo polipų, endometriumo hiperplazijos ir adenokarcenomos rizika [68].

10.5.2. Socioekonominė hormoninės kontracepcijos nauda

Patikimų vaisingumo reguliavimo metodų naudojimas siejamas su geresne socialine ir ekonomine moterų padėtimi visuomenėje [69]. JAV atlikto tyrimo duomenimis, tose valstijose, kuriose netekėjusios jaunos moterys galėjo legaliai gauti SKT, stebėtas didesnis moterų darbingumas, uždarbio pajėgumas, mažesnė lyčių pajamų atskirtis, vėliau įteisintoms tvirtesnės ir ilgiau trunkančios santuokos, moterys dažniau siekė aukštojo ir aukštesniojo išsilavimo [69]. Neplanuoti nėštumai – galima nesutarimų šeimoje priežastis, kelianti riziką ekonominiam nestabilumui [24]. Neplanuoti paauglių nėštumai siejami su nebaigtu viduriniu išsilavinimu, socialine atskirtimi, ankstyva ir neplanuota motinystė – su didesne depresijos bei nerimo rizika, prastesne gyvenimo kokybe ateityje [70]. Taigi, efektyvios kontracepcijos naudojimas ir nėštumų laiko bei kiekio planavimas yra svarbus tiek visuomenės kontekste, tiek atneša neabejotiną naudą moteriai.

10.6. Kontracepcijos naudojimo ypatumai pasaulyje

2019 m. Jungtinių Tautų Organizacijos suvestinėje, kurioje pateikti paskutiniai 2006 metų duomenys, iš 626 tūkst. Lietuvoje gyvenusių vaisingo (15-49 m.) amžiaus moterų kontraceptines priemones naudojo kiek mažiau nei pusė apklaustųjų - 42,2 proc. Veiksmingus ir labai veiksmingus metodus rinkosi 20,5 proc. Vos 1,6 proc. rinkosi moterų sterilizaciją (vyrų sterilizaciją – 0,1 proc.), 13,5 proc. - sudėtines kontraceptines tabletes, 5,6 proc. – intrauterininius prietaisus. Prezervatyvus rinkosi 13,4 proc., nutrauktą lytinį aktą – 4,1 proc., ritminį metodą - 3,2 proc., kitus metodus – 0,7 proc. [71].

JTO duomenimis, 2019 m. visame pasaulyje gyveno 1,9 milijardo vaisingo (15-49 m.) amžiaus moterų, iš kurių daugiau nei pusė (1.1 milijardo) turėjo šeimos planavimo poreikį. 922 milijono reprodukcinio amžiaus moterų ir (arba) jų partneriai yra kontracepcijos naudotojai: 790 milijonų naudojo tradicinius metodus (nutrauktą lytinį aktą, kalendorinį, temperatūrinį, gimdos kaklelio gleivių stebėjimo bei laktacinės amenorėjos metodus), 842 milijono vartojo modernius (visus likusius) kontracepcijos metodus. 190 milijonų nenaudojo jokios kontracepcijos, nors nėštumą siekia atidėti [72].

Moterų sterilizacija yra populiariausias kontracepcijos metodas pasaulyje: 219 milijono moterų (23,7 proc.) rinkosi būtent šį kontracepcijos būdą. Kitos dažniausiai naudojamos priemonės – vyriški prezervatyvai (naudojo 189 mln. porų), intrauteriniai prietaisai (159 mln. moterų) ir sudėtinės kontraceptinės tabletės (151 mln. moterų). 45,2 proc. kontracepcijos naudotojų pasikloviė ilgalaikiais arba negrįžtamais kontraceptiniais metodais, tokiais kaip vyrų ir moterų sterilizacija, intrauteriniai prietaisai ar kontraceptiniai implantai, 46,1 proc. naudojo trumpalaikius metodus (prezervatyvus, SKT,

injekuojamus kontraceptikus ir kt.) ir 8,7 proc. apsisaugojimui nuo nėštumo rinkosi nutrauktą lytinį aktą, ciklo stebėjimą bei kitus tradiciniams priskiriamus metodus. Pastebima, jog pasaulyje nuo 1994 metų moterų bei vyrų sterilizacijos, gimdos spiralių bei tradicinių metodų paplitimas sumažėjo, SKT, ciklo stebėjimo ir nutraukto lytinio akto populiarumas išlieka stabilus. Tiesa, pastarųjų dvejų metodų paplitimas ryškiai sumažėjo Europoje ir Šiaurės Amerikoje. Visame pasaulyje vyriškų prezervatyvų naudojimas per 25 metus išaugo dvigubai: nuo 4,5 proc. iki 10,0 proc. [72].

Kontraceptinių metodų pasirinkimo tendencijos įvairiuose regionuose skiriasi: Rytų bei Pietryčių Azijoje daugiausia moterų rinkosi gimdos spirales (18,6 proc.) bei vyriškus prezervatyvus (17,0 proc.), Europoje ir Šiaurės Amerikoje – SKT bei vyriški prezervatyvai, atitinkamai 17,8 ir 14,6 proc. Lotynų Amerikoje ir Karibų salose pirmenybė teikiama moterų sterilizacijai bei SKT (atitinkamai 16,0 proc. ir 14,9 proc.), Okeanijoje dažniausiai vartotos SKT (16,9 proc. populiacijos moterų). Centrinėje ir Pietų Azijoje 21,8 proc. moterų rinkosi sterilizaciją. Šiaurės Afrikoje ir Vakarų Azijoje dažniausiai naudojamos priemonės – SKT (10,5 proc.) ir gimdos spiralė (9,5 proc.). Užsachario Afrika buvo vienintelis regionas, kuriame injekuojamos kontraceptinės priemonės yra dažniausias metodas, naudojamas netgi 9,6 proc. reprodukcinio amžiaus moterų [72].

Ištekėjusių ir neištekėjusių moterų pasirinkti metodai skiriasi. Iš 779 milijono reprodukcinio amžiaus moterų, gyvenančių santuokoje, ilgalaikius ir negrįžtamus kontracepcijos metodus rinkosi pusė moterų: 25,5 proc. – moterų sterilizaciją, 19,4 proc. – gimdos spirales. Iš 143 milijono netekėjusių moterų visame pasaulyje tik 22,8 proc. rinkosi ilgalaikę ar negrįžtamą kontracepciją. Dažniausi netekėjusių moterų pasirinkti metodai – prezervatyvas ir SKT, atitinkamai 33,1 ir 26,1 proc. [72]

11. TYRIMO METODIKA

11.1. Tyrimo anketos sudarymas ir validizavimas

Tyrimui atlikti buvo naudotas originalus validizuotas klausimynas (priedas nr. 2) [71].

Anketa kurta 2019 metų sausio-gegužės mėnesiais. Pirminis klausimyno variantas 2019 metų birželio mėn. buvo įvertintas aštuonių narių ekspertų grupės (Lietuvos sveikatos mokslų universiteto Kauno klinikų Akušerijos ir ginekologijos, Vaikų ligų klinikos, Endokrinologijos, Visuomenės sveikatos katedros ir Šeimos medicinos klinikos profesorių) ir buvo koreguotas pagal pateiktas ekspertų pastabas. Klausimynas įgavo išorinį validumą.

2019 metų rugpjūčio mėnesį patikimumas (pakartotinių testavimų patvirtintas patikimumas ir vidinis suderinamumas) buvo nustatytas vykdant bandomąjį tyrimą, kuriame dalyvavo atsitiktinai atrinktos 18-24 metų amžiaus 35 savanorės (amžiaus vidurkis – $21,82 \pm 0,089$, mediana 22 metai). Tyrimas buvo patalpintas internetinėje apklausų svetainėje www.apklausa.lt ir buvo vykdytas dvejais etapais, dviejų savaičių skirtumu apklausiant tas pačias tiriamąsias. Statistinė duomenų analizė atlikta su Microsoft Excel ir IBM SPSS programomis [71].

Apskaičiuotas Kronbach alfa koeficientas, atspindintis klausimyno vidinį patikimumą, lygus 0,897 ir vertinamas kaip puikus [73]. Visų atskirų klausimyno dalių vidiniai patikimumai viršija 0,743, didžiausias klausimo patikimumas – 0,980. Didesnis nei 0,7 Kronbach alfa koeficientas rodo pakankamą vidinį suderintumą ir patikimumą. Apskaičiuoti tiek Pirsono, tiek Spirmano koreliacijos koeficientai lygūs 0,7, visos koreliacijos vertinamos kaip statistiškai reikšmingos. Vertintojų sutariamumą atspindintis kriterijus Koheno alfa lygus 0,699, jis taip pat atspindi pakankamą klausimyno patikimumą [71, 73].

11.2. Tyrimo organizavimas

LSMU Bioetikos komiteto ir asmens duomenų apsaugos inspekcijai išdavus leidimą (Nr. BEC-MF-391) ir atlikus pilotinį mažesnės imties tyrimą, 2019 m. lapkričio-gruodžio mėnesiais apklausų platformoje www.apklausa.lt buvo patalpinta aktyvi vieša anketa, kurios nuoroda buvo pasidalinta socialiniuose tinkluose *Facebook* ir *Instagram*. Tyrime respondentų neprašėme pateikti asmens duomenų, kurie atskleistų tyrimo dalyvių tapatybes. Tyrimo objektas – savanorės lietuvių kalbą mokančios 18-24 m. amžiaus moterys, jau turėjusios seksualinį debiutą. Apklausta 460 moterų, 2 anketos

buvo užpildytos netinkamai, tad į tolimesnę duomenų analizę jų duomenys įtraukti nebuvo. Galutinei duomenų analizei naudotos 458 anketos.

11.3. Tyrimo metodai

Tiriamosios pildė apklausą, kurią sudaro 21 klausimas: 6 atvirieji klausimai, 13 uždaryjū klausimų ir 2 Likert suminės skalės pobūdžio klausimai. Klausimynas sudarytas iš penkių dalių:

- sociodemografinė dalis, sudaryta iš trijų klausimų: respondento amžius, išsilavinimas, šeiminė padėtis;
- lytinio gyvenimo anamnezės dalis, sudaryta iš trijų klausimų: amžius, kuomet respondentė turėjo pirmuosius lytinius santykius, lytinių santykių dažnis bei lytinių partnerių skaičius;
- akušerinės anamnezės dalis, kurią sudarė penki klausimai: nėštumų skaičius, gimdymų skaičius, dirbtinių abortų skaičius, savaiminių persileidimų skaičius, ektopinių nėštumų skaičius;
- kontracepcijos naudojimo anamnezės dalis, kurią sudarė trys klausimai: ar respondentė naudoja kontraceptines priemones, kokius metodus renkasi bei dėl kokių priežasčių renkasi;
- respondentų žinių analizės dalis, sudaryta iš septynių klausimų, vertinanti moterų patirtį ir nuomonę, susijusią su hormonine kontracepcija bei žinias apie hormoninės kontracepcijos poveikį moters organizmui. Pastarojoje dalyje pateikiami 18 klaidingų ir teisingų teiginių, susijusių su kontracepcijos poveikiu moters gerovei ir sveikatai. Tiriamųjų prašėme pažymėti, kiek skalėje nuo 1 iki 5 su pateiktais teiginiais jos sutinka (1 – visiškai nesutinku, 5 – visiškai sutinku).

Pateikėme klausimus apie informacijos šaltinius, kuriais remiantis respondentė atsakė į pateiktus klausimus, bei paprašėme nuo 1 iki 3 (1 – visiškai nepasitikiu, 3 – visiškai pasitikiu) įvertinti, kiek tiriamoji pasiklioė pateiktais informacijos šaltiniais.

Pabaigoje pateikėme du atvirus klausimus: pirmajame jų prašėme atsakyti, kas tiriamosios asmenine nuomone gali suteikti patikimiausią informaciją apie kontracepciją, antrajame – laisva forma papasakoti savo nuomonę apie hormoninę kontracepciją.

11.4. Duomenų analizės metodai

Duomenų analizė atlikta naudojant SPSS 17.0 ir Excel 2010 programas. Požymių pasiskirstymui pasirinktoje imtyje vertinti naudota aprašomoji duomenų statistika – procentiniai dažniai

(proc.) ir absoliutieji skaičiai (n), kiekybiniai duomenys pateikiami vidurkiu su standartiniu nuokrypiu (SN). Kokybiniams požymiams palyginti ir sąsajoms tirti taikytas chi kvadrato (χ^2) kriterijus. Normaliojo skirstinio kokybiniams duomenims, turintiems du požymius, naudotas Z testas. Rodiklių skirtumai laikyti statistiškai reikšmingais, kai $p < 0.05$. Gauti rezultatai pateikiami paveiksluose bei lentelėse.

12. REZULTATAI

12.1. Sociodemografinė ir ir reprodukcinė tiriamųjų anamnezė

Tyrimė analizuoti 458 moterų duomenys. Respondenčių amžiaus vidurkis $22,25 \pm 2,6$. Jauniausia respondentė – 18 metų amžiaus, vyriausia – 24 metų amžiaus. Daugiau nei pusė apklaustųjų – netekėjusios, palaikančios monogaminius santykius ilgiau nei mėnesį moterys (60,5 proc., $n=277$; $p<.00001$) (1 lentelė).

Daugiau nei pusė apklaustųjų teigė, kad lytinius santykius turi kartą – kelis kartus per savaitę (55,5 proc., $n=254$; $p=0,00096$) (1 lentelė). Nustatėme vidutinio stiprumo atvirkštinę koreliaciją tarp seksualinio debiuto amžiaus ir lytinių partnerių skaičiaus: respondentės, turėjusios lytinius santykius jaunesniame amžiuje, ateityje turėjo daugiau lytinių partnerių (Spirmano $\rho=-0,325$; $p<0,05$).

1 lentelė. Sociodemografiniai rodmenys ir respondentų lytinio gyvenimo anamnezė, $n=458$	
Veiksny	proc., n arba vidurkis \pm SN
Amžius	22,25 \pm 2,6
Šeiminė padėtis	
Vieniša	15,9 (73)
Netekėjusi, turiu atsitiktinius lytinius santykius	4,6 (21)
Netekėjusi, palaikau monogaminius santykius ilgiau nei mėnesį	60,5 (277)*
Netekėjusi, palaikau poligaminius santykius	1,1 (5)
Susituokusi/gyvenu su partneriu	22,1 (101)
Išsiskyrusi	0,4 (2)
Kita	0,4 (2)
Išsilavinimas	
Pradinis	0,2 (1)
Vidurinis	31,4 (144)
Pagrindinis	14,2 (65)
Profesinis	2,8 (13)
Aukštasis neuniversitetinis	5,5 (25)
Aukštasis universitetinis	41,0 (188)**
Kita	4,8 (22)
Pirmieji lytiniai santykiai	17,89 \pm 1,8
Lytinių partnerių skaičius	3,24 \pm 3,2
Lytinių santykių dažnis	
Paskutinių metų laikotarpyje neturėjau lytinių santykių	6,6 (30)
Kartą – kelis kartus per metus	7,4 (34)
Kartą – kelis kartus per mėnesį	27,2 (125)
Kartą – kelis kartus per savaitę	55,5 (254)***
Kita	3,3 (15)

* $p<0,05$, lyginant su kitą šeiminių padėčių pasirinkusiomis moterimis

** $p<0,05$, lyginant su žemesnį išsilavinimą įgijusiomis moterimis

*** $p<0,05$, lyginant su moterimis, lytinius santykius turinčiomis rečiau, nei kartą-kelias kartus per savaitę

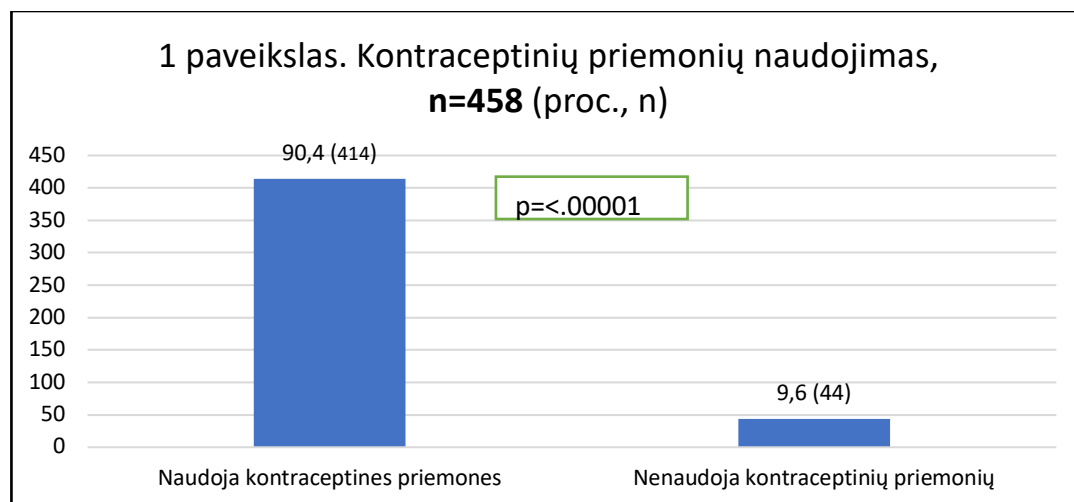
Devynios iš dešimties apklaustųjų niekada nebuvo pastojusios (92,1 proc., n=422; p=<.00001) (2 lentelė).

Iš 36 buvusių nėščių moterų 63,9 proc. pagimdė, 13,9 proc. patyrė persileidimą, 5,5 proc. buvo diagnozuotas negimdinis nėštumas, 16,6 proc. pasirinko nėštumą nutraukti (p=<.00001).

2 lentelė. Respondentų aktuali akušerinė anamnezė, n=458		
Veiksny	proc., n	Reikšmingumo lygmuo
Buvo nėščia		
Taip	7,8 (36)	p=<.00001
Ne	92,1 (422)	
Yra gimdžiusi		
Taip	5,1 (23)	p=<.00001
Ne	94,9 (435)	
Patyrusi persileidimą		
Taip	1,1 (5)	p=<.00001
Ne	98,9 (453)	
Patyrusi negimdinį nėštumą		
Taip	0,5 (2)	p=<.00001
Ne	99,5 (456)	
Nutraukusi nėštumą		
Taip	1,3 (6)	p=<.00001
Ne	98,7 (452)	

12.2. Tiriamųjų pasirinkti šeimos planavimo metodai ir pasirinkimo motyvacia

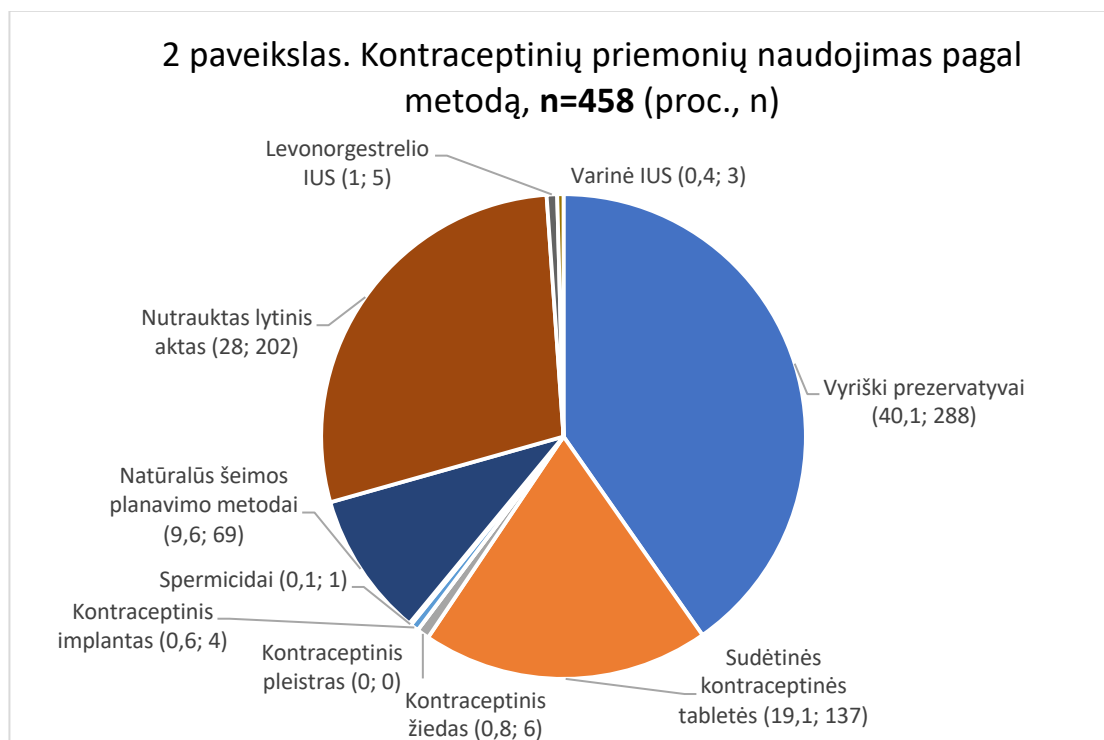
Dauguma respondenčių teigė naudojančios kontraceptines priemones (90,4 proc., n=414; $p < .00001$) (1 paveikslas).



Iš vių teigiančių, kad naudoja kokį nors kontracepcijos metodą, didžioji dauguma (78,1 proc.) respondenčių naudojo nehormoninės kontracepcijos metodus ($p < .00001$), dažniausiai – vyriškus prezervatyvus (40,1 proc., n=288; $p < .00001$) (2 paveikslas).

Vertinant atskirai pasirinkusias nehormoninę kontracepciją, vyriškus prezervatyvus pasirinkusių moterų buvo daugiau nei pusė (50,6 proc.; $p < .00001$), tuo tarpu nutrauktą lytinį aktą rinkosi 35,5 proc. ($p < .00001$). Dažnesni nei kartą per savaitę lytiniai santykiai šiek tiek didino šansų santykį rinktis vyriškus prezervatyvus ($\check{S}S=1,242$; 95 proc. PI 1,052-1,457).

Populiariausias hormoninės kontracepcijos metodas – sudėtinės kontraceptinės tabletės (19,1 proc., n=137; $p < .00001$) (2 paveikslas). Nors analizuotų atvejų skaičius buvo mažas, ilgalaikiai santykiai (monogaminiai santykiai, trunkantys ilgiau, nei mėnesį, gyvenimas su partneriu arba santuoka) dvigubino šansus rinktis kontraceptinius implantus (ŠS=2,351; 95 proc. PI 0,430-12,857) ar kontraceptinius žiedus (ŠS=1,764; 95 proc. PI 0,568-5,485).



Sprendimą nenaudoti jokio kontraceptinio metodo dažniausiai lėmė nenoras kasdien gerti tablečių (36,5 proc., n=16; p=0,01046) ir įsitikinimas, kad hormoninė kontracepcija nepriimtina ir pavojinga sveikatai (29,5 proc., n=13; p=0,00012). Penktadalis nenaudojančių jokios kontracepcijos moterų atsakė, kad šiuo metu nėra lytiškai aktyvios, tad neturi šeimos planavimo poreikio (20,5 proc., n=9; p<.00001) (3 lentelė).

3 lentelė. Kontracepcijos nenaudojimą lemiančios priežastys, n=44 (proc., n)			
Priežastis	Pasirinko	Nepasirinko	Reikšmingumo lygmuo
Respondentė šiuo metu nėra lytiškai aktyvi	20,5 (9)	79,5 (35)	<.00001
Reti lytiniai santykiai	15,9 (7)	84,1 (37)	<.00001
Mano, kad tai yra efektyvu	11,4 (5)	88,6 (39)	<.00001
Hormoninė kontracepcija nepriimtina ir kelia pavojų sveikatai	29,5 (13)	70,5 (31)	0,00012
Kontracepcija prieštarauja religiniams įsitikinimams	4,5 (2)	95,5 (42)	<.00001
Nenoras kasdien gerti tablečių	36,5 (16)	63,5 (28)	0,01046
Mano, kad bet kokia kontracepcija – amorali ar nenatūrali	11,4 (5)	88,6 (39)	<.00001
Mano, kad pastojimas negalimas	4,5 (2)	95,5 (42)	<.00001
Respondentė nėščia	4,5 (2)	95,5 (42)	<.00001
Respondentė bando pastoti	9,1 (4)	89,9 (40)	<.00001
Respondentei ar jos partneriui diagnozuotas nevaisingumas	0 (0)	100 (44)	-
Pigu	0 (0)	100 (44)	-
Kita	6,8 (3)	93,2 (41)	<.00001

Vidutiniškai ar mažiau efektyvių kontraceptinių priemonių (spermicidų, prezervatyvų, nutraukto lytinio akto ar vaisingų dienų skaičiavimo) pasirinkimą dažniausiai lėmė nenoras kasdien gerti tablečių ir nuomonė, kad hormoninė kontracepcija kelia pavojų sveikatai ir yra nepriimtina, atitinkamai 50,7 proc. ir 35,5 proc. (4 lentelė).

4 lentelė. Nehormoninės vidutiniškai ar mažiau efektyvios kontracepcijos pasirinkimą lemiančios priežastys, n=355 (proc., n)			
Priežastis	Pasirinko	Nepasirinko	Reikšmingumo lygmuo
Pigu	24,5 (87)	75,5 (268)	<.00001
Reti lytiniai santykiai	25,6 (91)	78,4 (264)	<.00001
Įsitikinimas, kad naudojama kontracepcija efektyviausia	23,1 (82)	76,9 (273)	<.00001
Hormoninė kontracepcija nepriimtina ir kelia pavojų sveikatai	35,5 (126)	64,5 (229)	<.00001
Nenoras kasdien gerti tablečių	50,7 (180)	49,3 (175)	0,0096
Rekomenduotas gydytojo metodas dėl kitų ligų	12,0 (55)	88,0 (300)	<.00001
Hormoninė kontracepcija kontraindikuotina	4,8 (17)	95,2 (338)	<.00001
Mano, kad pastojimas negalimas	3,7 (13)	96,3 (342)	<.00001
Kita	8,7 (31)	91,3 (324)	<.00001

12.3. Sąsajos tarp šeimos planavimo metodo pasirinkimo ir tiriamųjų reprodukcinės patirties

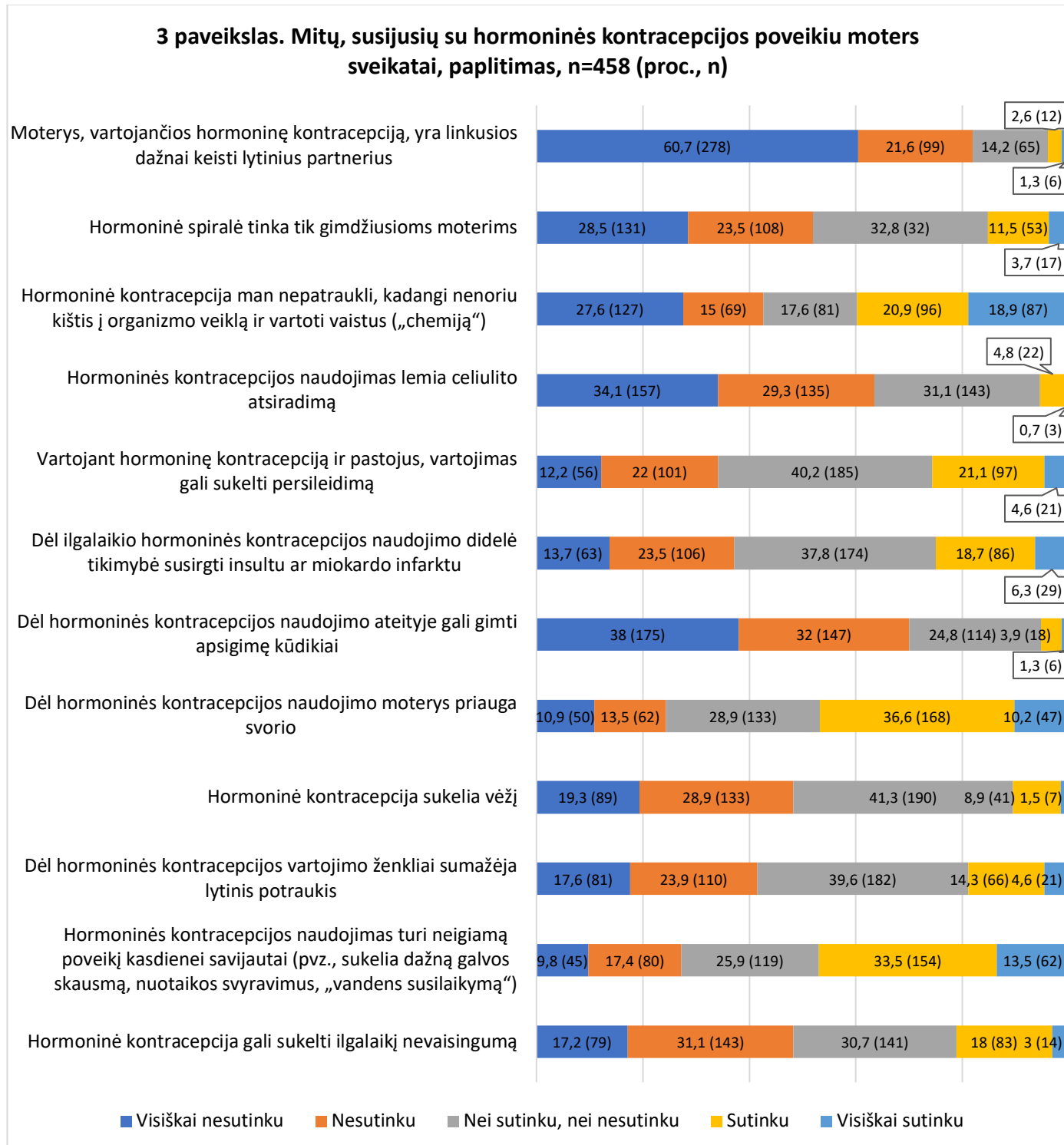
Respondentės, kurios niekuomet nebuvo pastojusios, statistiškai reikšmingai dažniau rinkosi prezervatyvus nei tos, kurios praityje turėjo nėštumą ($p=0,00192$) (5 lentelė). Nėštumas praityje nežymiai didino šansų santykį rinktis sudėtinės kontraceptines tabletes ($\check{S}S=1,11$; 95 proc. PI 0,550-2,238).

Analizuojant tik tas moteris, kurios praityje buvo pastojusios, nustatėme, jog dažniausias pasirenkamas šeimos planavimo metodas buvo nutrauktas lytinis aktas (55,6 proc., $n=20$; $p<.00001$).

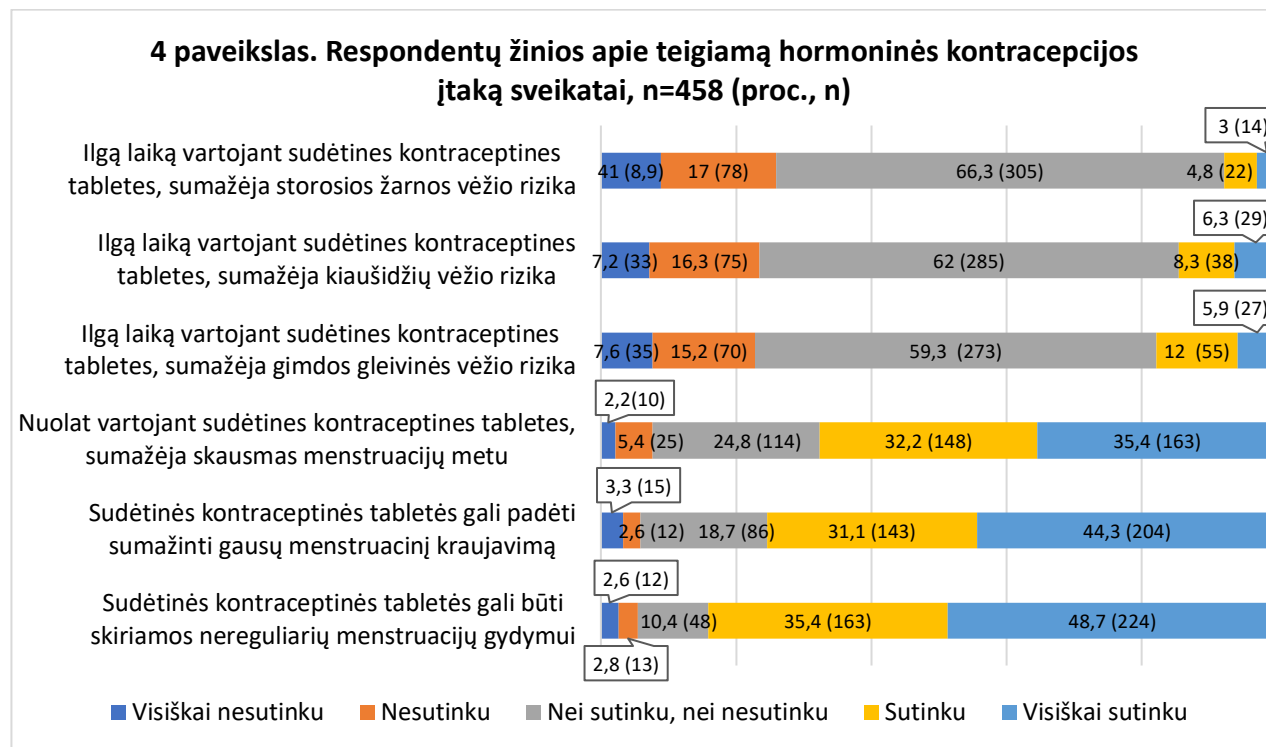
5 lentelė. Kontraceptinių priemonių naudojimas pagal reprodukcinę patirtį (proc., n)			
Priemonė	Respondentė buvo pastojusi, n=36	Respondentė nebuvo pastojusi, n=422	Reikšmingumo lygmuo
Vyriški prezervatyvai	38,9 (14)	64,9 (274)	0,00192
Nutrauktas lytinis aktas	55,6 (20)	42,9 (181)	0,14156
Natūralūs šeimos planavimo metodai	8,3 (3)	15,6 (66)	0,238
Sudėtinės kontraceptinės tabletės	27,8 (10)	30,1 (127)	0,77182
Kontraceptinis žiedas	0 (0)	1,4 (6)	0,47152
Kontraceptinis pleistras	0 (0)	0 (0)	-
Kontraceptinis implantas	0 (0)	0,9 (4)	0,5552
Spermicidai	0 (0)	0,2 (1)	0,77182
Varinė IUS	5,6 (2)	0,2 (1)	0,00014
Levonorgestrelio IUS	11,1 (4)	0,2 (1)	<.00001

12.4. Tiriamųjų nuomonė apie hormoninę kontracepciją

Dažniausiai apklaustosios sutiko ar visiškai sutiko su teiginiais, kad hormoninė kontracepcija sukelia svorio prieaugį, neigiamai veikia kasdieninę moters savijautą, bei nėra patraukli dėl „kišimosi į organizmo veiklą“, atitinkamai 47, 46,8 ir 39,8 proc. (3 paveikslas).



Geriausiai respondentės buvo informuotos apie SKT naudą gydant menstruacinę disfunkciją. Su teiginiais, kad SKT skiriamos gydyti nereguliarioms menstruacijoms, mažina gausų menstruacinį kraujavimą ir skausmą, sutiko arba visiškai sutiko atitinkamai 84,1, 75,4 ir 67,6 proc. apklaustųjų (4 paveikslas).



12.5. Ryšys tarp tiriamųjų išsilavinimo, kontracepcijos naudojimo ir žinių apie kontracepcija

Lygindami sutikusias ar visiškai sutikusias su klaidingais teiginiais moteris, įgijusias aukštąjį universitetinį išsilavinimą su moterimis, kurios turėjo žemesnį nei aukštąjį išsilavinimą, nustatėme, jog statistiškai reikšmingai dažniau aukštąjį universitetinį išsilavinimą įgijusios moterys manė, kad hormoninė kontracepcija lemia libido sumažėjimą ($p=0,0006$) (6 lentelė). Įgytas aukštasis universitetinis išsilavinimas nedidino šanso nesutikti ar visiškai nesutikti su pateiktais klaidingais teiginiais ($\check{S}S=1,0$; 95 proc. PI 0,804-1,371).

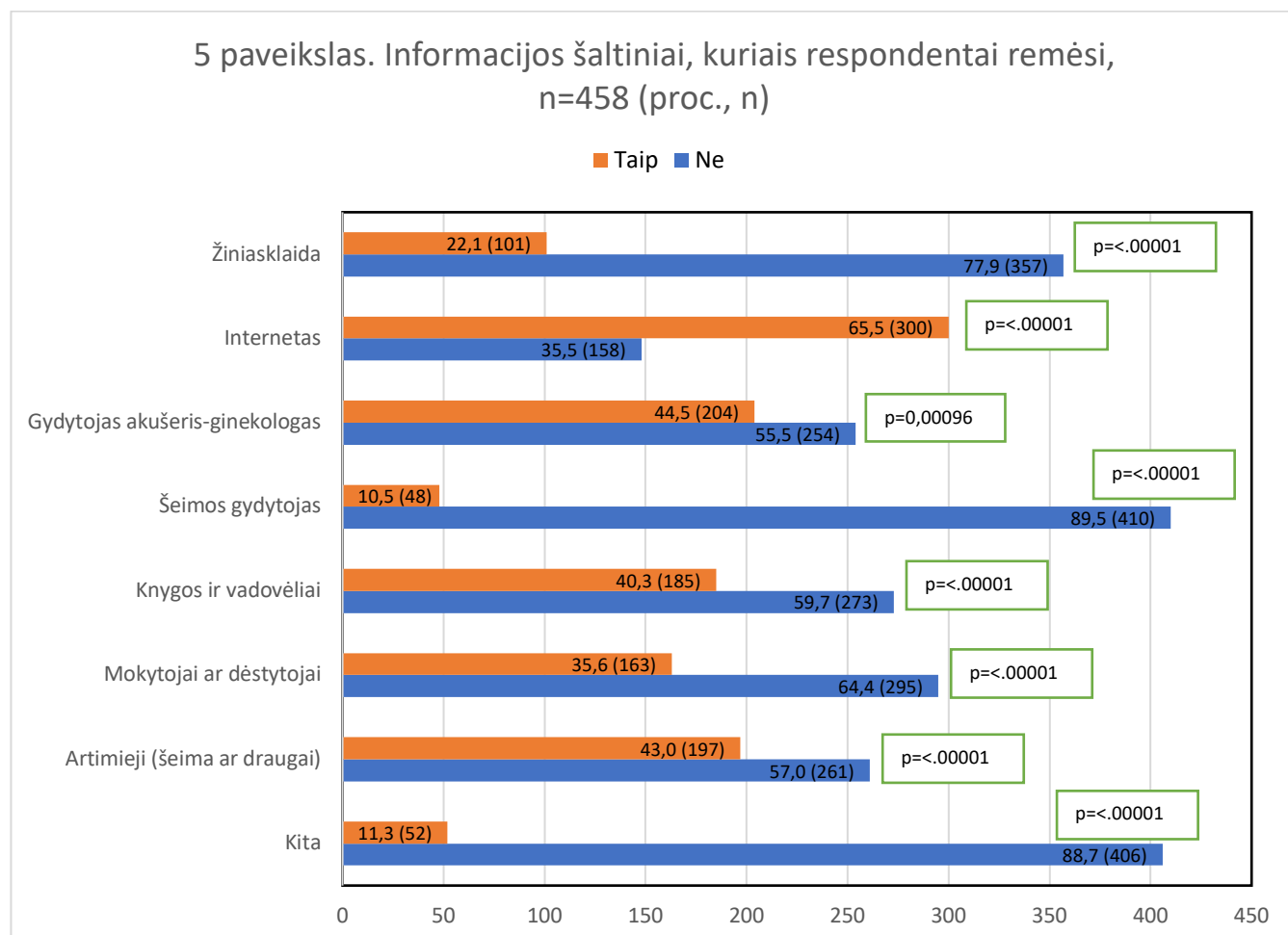
6 lentelė. Mity, susijusių su hormonine kontracepcija, paplitimo sąsajos su išsilavinimu, n=458 (proc., n)			
Teiginys	Aukštąjį universitetinį išsilavinimą įgijusios, n=188	Žemesnį išsilavinimą įgijusios, n=270	Reikšmingumo lygmuo
Hormoninė kontracepcija gali sukelti ilgalaikį nevaisingumą.	21,7 (41)	20,7 (56)	0,790
Hormoninės kontracepcijos naudojimas turi neigiamą poveikį kasdinei savijautai (pvz., sukelia dažną galvos skausmą, nuotaikos svyravimus, „vandens susilaikymą“).	50,3 (95)	44,6 (121)	0,235
Dėl hormoninės kontracepcijos ženkliai sumažėja lytinis potraukis.	24,9 (47)	14,8 (40)	0,0006
Hormoninė kontracepcija sukelia vėžį.	8,5 (16)	11,8 (32)	0,249
Dėl hormoninės kontracepcijos naudojimo moterys priauga svorio.	47,6 (90)	46,1 (125)	0,752
Dėl hormoninės kontracepcijos naudojimo ateityje gali gimti apsigimę kūdikiai.	6,3 (12)	4,4 (12)	0,362
Dėl ilgalaikio hormoninės kontracepcijos naudojimo didelė tikimybė susirgti insultu ar miokardo infarktu.	24,9 (47)	25,1 (68)	0,956
Vartojant hormoninę kontracepciją ir pastojus, vartojimas gali sukelti persileidimą.	28 (53)	24 (65)	0,327
Hormoninės kontracepcijos naudojimas lemia celiulito atsiradimą.	5,8 (11)	5,2 (14)	0,761
Hormoninė kontracepcija man nepatraukli, kadangi nenoriu kištis į organizmo veiklą ir vartoti vaistus („chemiją“).	38,1 (72)	41 (111)	0,537
Hormoninė spiralė tinka tik gimdžiusioms moterims.	16,9 (32)	14 (38)	0,392
Moterys, vartojančios hormoninę kontracepciją, yra linkusios dažnai keisti lytinius partnerius.	3,7 (7)	4,1 (11)	0,847

Lygindami sutikusias ar visiškai sutikusias su teiginiais apie kontraceptikų naudą moters sveikatai moteris, kurios naudoja bet kokią kontracepciją ir jos nenaudoja, nustatėme, jog statistiškai reikšmingai dažniau bet kokios kontracepcijos naudotojos buvo informuotos apie SKT teigiamą poveikį gydant menstruacinio ciklo sutrikimus bei protekcinį poveikį nuo endometriumo vėžio ($p < 0,05$) (7 lentelė).

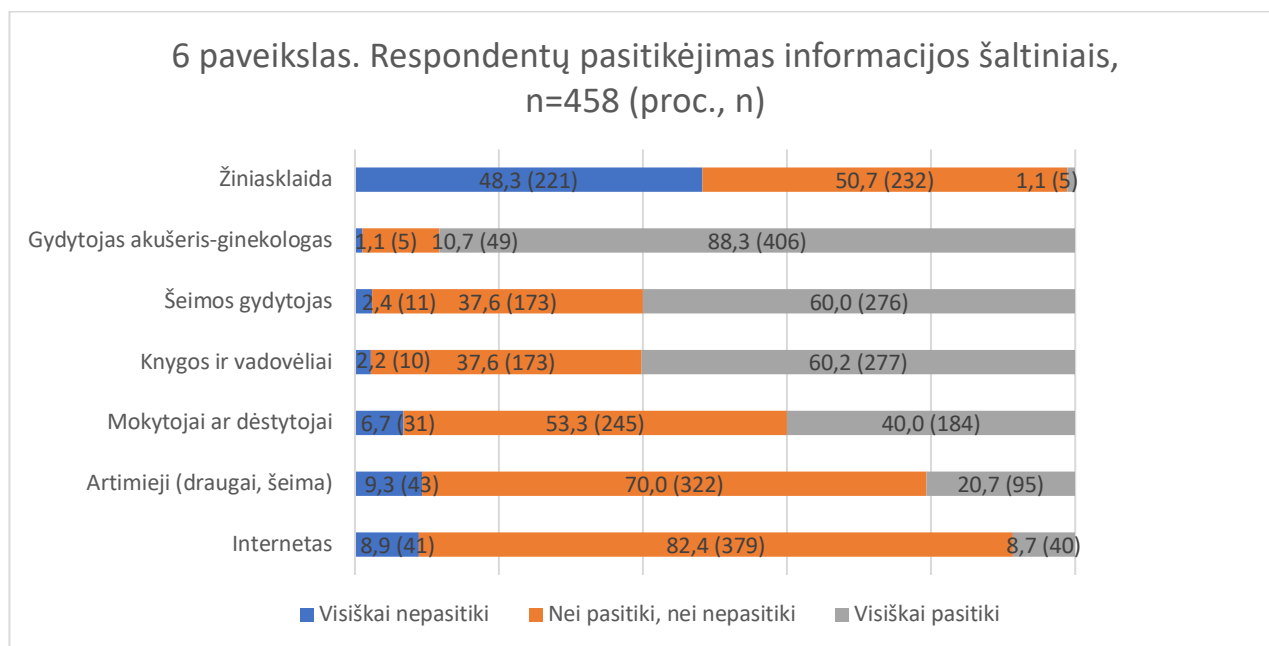
7 lentelė. Informuotumo apie nekontraceptinę naudą palyginimas pagal kontracepcijos naudojimą, n=458 (proc., n)			
Teiginys	Naudojančios kontraceptines priemones, n=414	Nenaudojančios kontraceptinių priemonių, n=44	Reikšmingumo lygmuo
Sudėtinės kontraceptinės tabletės gali būti skiriamos nereguliarių menstruacijų gydymui.	85,6 (356)	70,5 (31)	0,009
Sudėtinės kontraceptinės tabletės gali padėti sumažinti gausų menstruacinį kraujavimą.	78,1 (325)	50 (22)	<.00001
Nuolat vartojant sudėtines kontraceptines tabletes, sumažėja skausmas ir gausus kraujavimas menstruacijų metu.	70,4 (293)	40,9 (18)	<.00001
Ilgą laiką vartojant sudėtines kontraceptines tabletes, sumažėja gimdos gleivinės vėžio rizika.	19 (79)	6,8 (3)	0,045
Ilgą laiką vartojant sudėtines kontraceptines tabletes, sumažėja kiaušidžių vėžio rizika.	15,4 (64)	6,8 (3)	0,126
Ilgą laiką vartojant sudėtines kontraceptines tabletes, sumažėja storosios žarnos vėžio rizika.	7,9 (33)	6,8 (3)	0,794

12.6. Informacijos šaltiniai, kuriais tiriamosios rėmėsi

Atsakydamos į klausimus, respondentės dažniausiai rėmėsi internetu (65,5 proc., n=300; $p < 0.00001$) (5 paveikslas).



Kaip patikimiausius informacijos šaltinius respondentės įvertino gydytoją akušerį-ginekologą, šeimos gydytoją bei knygas ir vadovėlius, atitinkamai 88,3, 60,0 ir 60,2 proc. Net 99 proc. apklaustųjų žiniasklaida visiškai nepasitiki arba nei pasitiki, nei nepasitiki (n=453) (6 paveikslas).



13. REZULTATŲ APTARIMAS

Veiksmingų kontraceptinių priemonių naudojimas yra esminė *pro-choice* požiūrio šalininkų sąlyga, siekiant mažinti neplanuotų nėštumų ir abortų kiekį. 20-24 metų amžiaus moterys yra ta amžiaus grupė, kuri daugelyje šalių dažniausiai kreipiasi dėl aborto paslaugos [74], Lietuvoje vidutinis nėštumo nutraukimą pasirinkusių moterų amžius – 24 metai [75]. Hormoninė kontracepcija, ypač ilgalaikiai grįžtami metodai, yra veiksmingiausia šeimos planavimo priemonė paauglėms ir jaunos moterims [31].

Nepaisant hormoninės kontracepcijos naudos sveikatai, kontracepcijos efektyvumo ir jo lemiamo vaidmens socioekonominiame kontekste, šios šeimos planavimo priemonės susilaukia kritikos. 2020 m. Lietuvos akušerių ir ginekologų draugijai pasiūlius mini levonorgestrelio gimdos spiralę kompensuoti 15-20 metų amžiaus merginoms, siūlymas sukėlė priešišką reakciją tiek Seime, tiek visuomenėje. 2021 metais sprendimas kompensuoti priemonę 18-20 m. amžiaus moterims, jei jos kreipsis konsultacijai dėl kontracepcijos, buvo priimtas, tačiau kompensavimas 15-17 m. amžiaus merginoms vis dar nėra reglamentuotas [76].

Žiniasklaidoje pateikiama informacija dažnai prieštaringa, nevengiama kurti neigiamą hormoninės kontracepcijos įvaizdį: pabrėžiamos naudojimo komplikacijos, publikuojami neturintys svarių įrodymų duomenys apie žalą moters sveikatai bei gerovei, manipuluojama provokuojančiomis antraštėmis („Medikai nebegali to ignoruoti: kontraceptikai turi dramatiškas pasekmes“; „Sukelia vėžį, mažina norą mylėtis ir storina – kurie šių kontracepcijos mitų yra pelnyti“ [77, 78]).

Mūsų žiniomis, iki šiol nebuvo sukurtas ir validizuotas tyrimo instrumentas, skirtas išsiaiškinti šeimos planavimo metodo pasirinkimą, motyvaciją ir analizuoti tiriamųjų žinias bei nuomonę apie kontracepciją [71]. Vykdydami tyrimą siekėme sužinoti, kokia yra grupė, kuri dažniausiai pastoja neplanuotai, nuomonė ir įsitikinimai apie hormoninės kontracepcijos metodus bei kokios motyvacijos vedamos jos renkasi mažiau efektyvias šeimos planavimo priemones.

Vidutinis mūsų tyrimo metu nustatytas seksualinio debiuto amžius - $17,89 \pm 1,8$, vidutinis jaunų moterų lytinių partnerių skaičius buvo $3,24 \pm 3,2$. Tiek Lietuvos, tiek užsienio šalių duomenimis, mergaičių pirmųjų lytinių santykių amžiaus mediana yra tarp 17 ir 18 metų, o iki 24 m. imtinai moterys turėjo 2-4 lytinius partnerius [79, 80].

Nustatėme, kad vos penktadalis (21,5 proc.) jaunų moterų rinkosi naudoti hormonines kontraceptines priemones, absoliuti dauguma jų vartojo kontraceptines tabletes. Tuo tarpu kitose Europos šalyse - Jungtinėje Karalystėje, Prancūzijoje ir Švedijoje – vien kontraceptinių tablečių vartojimas siekia atitinkamai 67,2, 59,2 ir 49,9 proc. [81]. Net aštuoni iš dešimties apklaustųjų Lietuvoje pasikliauja natūraliais šeimos planavimo metodais, nutrauktu lytiniu aktu bei vyriškais prezervatyvais, kurie yra priskiriami prie vidutiniškai patikimų ar mažiau patikimų kontraceptinių priemonių: šių metodų realus efektyvumas svyruoja tarp 76 ir 82 proc. [21] Tokį pasirinkimą net pusei naudotojų lėmė nenoras kasdien gerti tablečių, trečdaliui – nuomonė, kad hormoninė kontracepcija kelia pavojų sveikatai. Tyrimų duomenimis, retas hormoninės kontracepcijos naudojimo dažnis gali būti susijęs su asmeninėmis moterų baimėmis ar įsitikinimais, nerimu dėl papildomų išlaidų, skiriamų kontracepcijai, bei nenoru gerti tabletes kasdien [81].

Viena iš dešimties (9,6 proc.) apklaustųjų nenaudojo jokio kontracepcijos metodo, nors tik penktadalis jų (20,5 proc.) tyrimo metu nebuvo lytiškai aktyvios ir vos 13,6 proc. respondenčių laukėsi ar bandė pastoti. Dažniausios priežastys, dėl ko moterys rinkosi nenaudoti kontracepcijos, buvo tokios pat, kaip ir priežastys rinktis mažiau efektyvią kontracepciją: 36,5 proc. atsakė, kad šį sprendimą lėmė nenoras kasdien gerti tablečių, 29,5 proc. – įsitikinimas, kad hormoninė kontracepcija nepriimtina ir pavojinga sveikatai.

Praeityje pastojusių ir niekuomet nebuvousių nėščiųjų jaunų moterų kontracepcijos metodai reikšmingai nesiskyrė. Nors ir netyrėme, ar nėštumai buvo planuoti, ar ne, praeityje turėjusios nėštumą rečiau pasikloviė prezervatyvais ir turėjo nežymiai didesnę šansą naudoti kontraceptines tabletes: tai leidžia svarstyti apie tai, kad dalis respondenčių po nėštumo rinkosi efektyvesnius metodus. Visgi, dažniausiai naudojamas praeityje pastojusių merginų kontracepcijos metodas yra nutrauktas lytinis aktas: jį renkasi daugiau nei pusė turėjusių nėštumą merginų iki 24 m. Šie duomenys neprieštarautų kitų tyrimų rezultatams: efektyvių metodų naudojimas po jaunų moterų nėštumo nėra pakankamas [82].

Klaidingi įsitikinimai apie hormoninės kontracepcijos poveikį moters sveikatai yra paplitę jaunų moterų tarpe. Beveik pusė (46,8 proc.) apklaustųjų manė, kad hormoninė kontracepcija neigiamai veikia kasdienę savijautą ir tikėjo, kad hormoninė kontracepcija sukelia svorio prieaugį (47 proc.). *Cochrane* duomenų bazėje publikuotoje apžvalgoje skelbiama, jog vartojančių sudėtinius hormoninius kontraceptikus moterų kūno svoris reikšmingai nesiskyrė nuo nevartojančių hormoninės kontracepcijos ar vartojančių placebo [83]. Kitų skelbtų tyrimų duomenimis [81], moterys taip pat dažniausiai tikėjo, kad hormoninė kontracepcija sukelia svorio prieaugį, tačiau lietuvės dažniau manė, jog hormoninė

kontracepcija sukelia ilgalaikį nevaisingumą (21 proc.), lemia libido sumažėjimą (18,9 proc.) bei vėžio atsiradimą (10,4 proc.).

Ketrios iš dešimties apklaustųjų kritiškai žvelgė į sintetinių hormonų poveikį. Mūsų tyrime pateiktuose interviu tipo klausimuose respondentės plėtojo nuomonę, jog „tai cheminis vaistas ir jį naudoti reikia kaip gydymo priemonę, o ne apsisaugojimą nuo nėštumo. Jie kenkia ir tai nėra gerai“; „nenaudoju, nes nesinori gerti tos chemijos [...]“; „turiu baimę, [...], kad hormonus organizmas turi pasigaminti pats ir jų pakeisti dirbtiniais nėra geras sprendimas“. Respondentės išreiškė neigiamą požiūrį į hormoninę kontracepciją, pagrįsdamos savo nuomonę nesėkminga artimųjų patirtimi: „kontraceptinių priemonių nenaudoju, nenoriu gerti papildomų hormonų, taip pat turiu pavyzdžių, kuomet pastojama ir geriant kontraceptikus reguliariai“; „šita tema yra *baisus požiūris* į moteris. Visa chemija kenkia ir vėliau tikrai atsiliepia. Žinau visas, kurios vartojo tabletes. Moterys tapo *be sveikatos*“; „visos merginos ir moterys, kurias pažįstu, [...], jautė stiprius šalutinius poveikius [...]“. JAV vykdyto kokybinio tyrimo metu apklaustos moterys taip pat pabrėžia artimųjų patirties svarbą, tačiau ji dažniau pozityvi ir drąsinanti: „šeimos narės geria tabletes virš dešimties metų ir nieko nenutiko. Niekad neturėjo komplikacijų. Tikros teigiamos artimųjų patirtys padėjo man nuspręsti, kad aš galiu pabandyti šiuos metodus“; „rodos, visos geria tabletes [...], jaučiuosi saugiai, nes pažįstu daug moterų, kurios gėrė tabletes ir atrodo, kad tai yra tinkamas kelias“ [84].

Yra duomenų, kad moterys, turinčios aukštesnį ar aukštąjį išsilavinimą, buvo linkusios rečiau tikėti mitais apie kontracepciją [85], tuo tarpu Lietuvoje ryškaus skirtumo tarp įgijusių aukštąjį universitetinį išsilavinimą ir žemesnį išsilavinimą nenustatėme.

Atsakydamos į klausimus, net ketvirtadalis respondenčių tyrime rėmėsi internetu, nors kaip patikimą šaltinį jį vertina vos 8,7 proc. Absoliuti dauguma – 99 proc. apklaustųjų – pažymėjo, jog nepasitiki arba nei pasitiki, nei nepasitiki žiniasklaidos priemonėmis. Jaunos moterys nesijaučia pakankamai informuotos priimti sprendimus: “[...] gal ir pradėčiau vartoti, jei būčiau su KT supažindinta detaliau”; “norėčiau pradėti vartoti, bet nežinau, kur ieškoti informacijos”. JAV atlikto kokybinio tyrimo rezultatai sutampa su mūsų duomenimis: jaunos moterys dvejoja, nesijaučia tvirtai dėl apsisprendimo rinktis kontracepcijos priemonę, išreiškia šalutinių kontracepcijos poveikių baimę ir žinių stoką [84]. Svarbų vaidmenį eliminuojant klaidingus įsitikinimus apie hormoninę kontracepciją gali atlikti gydytojai. Lietuvoje, kaip labiausiai patikimą šaltinį, 88,3 proc. respondenčių nurodė gydytoją akušerį-ginekologą, 60 proc. – šeimos gydytoją: „[...] pasitarusi su gydytoja nusprendėme pabandyti Mirena, kuri man tinka nuostabiai ir jaučiuosi labai patenkinta“.

14. IŠVADOS

1. Vidutinis respondenčių seksualinio debiuto amžius – 18, vidutinis partnerių skaičius – 3. Jaunesnis lytinio gyvenimo pradžios amžius tiesiogiai koreliavo su didesniu lytinių partnerių skaičiumi ateityje.

2. Populiariausi jaunų moterų naudojami kontraceptiniai metodai – vidutiniškai veiksmingi ar mažiau veiksmingi nehormoniniai metodai, dažniausia tokio pasirinkimo motyvacija - nenoras kasdien gerti kontraceptinių tablečių bei nuomonė, kad hormoninė kontracepcija yra pavojinga sveikatai.

3. Dažniausias praeityje pastojusių moterų pasirenkamas metodas - nutrauktas lytinis aktas.

4. Tarp jaunų moterų paplitę klaidingi įsitikinimai apie hormoninės kontracepcijos žalą moters sveikatai ir gerovei, joms trūksta informacijos apie hormoninės kontracepcijos naudą sveikatai.

5. Į pateiktus teiginius apie hormoninės kontracepcijos poveikį vienodai atsakė visos moterys, nepriklausomai nuo išsilavinimo, tačiau įgijusios aukštąjį universitetinį išsilavinimą moterys statistiškai reikšmingai dažniau manė, kad hormoninė kontracepcija lemia libido sumažėjimą. Bet kokį kontracepcijos metodą naudojančios jaunos moterys buvo reikšmingai dažniau informuotos apie SKT teigiamą poveikį gydant menstruacinio ciklo sutrikimus bei protekcinį poveikį nuo endometriumo vėžio.

6. Atsakydamos į klausimus, respondentės dažniausiai rėmėsi internetu. Kaip patikimiausią informacijos šaltinį tiriamosios įvertino gydytoją akušerį-ginekologą.

15. PRAKTINĖS REKOMENDACIJOS

Jaunos respondentės didžiausią pasitikėjimą išreiškė gydytojais – šeimos medicinos ar akušerijos ginekologijos specialistais, tačiau daugelis apklaustųjų teigė informacijos ieškojusios internete. Drauge su gydytojais ruošiami mokslo populiarinimo stiliaus straipsniai apie kontracepciją ar laidos, talpinamos internete (socialiniuose tinkluose, naujienų portaluose), gali būti naudinga priemonė gerinti šeimos planavimo raštingumą, didinti patikimos kontracepcijos naudojimą ir eliminuoti mitus, susijusius su kontracepcija.

Gydytojų teikiama informacija apie kontracepcijos naudojimą ir šeimos planavimą turi būti aiški ir pagrįsta įrodymais. Siekiant gerinti visų sveikatos specialistų informuotumą, rekomenduojame nuolatinį ir tęstinį praktinių konferencijų, organizuojamų bendradarbiaujant įvairių specialybių gydytojams, rengimą. Konferencijų metu būtų dalinamasi naujausiomis žiniomis bei mokslo įrodymais, gerąja užsienio šalių praktika bei tarptautinių organizacijų gairėmis.

Individualus konsultavimas kontracepcijos klausimais turi būti plačiai prieinamas visoms vaisingo amžiaus moterims. Šeimos gydytojai bei gydytojai akušeriai ginekologai su kiekviena lytiškai aktyvia paciente turėtų aptarti šeimos planavimo poreikį ir galimybes, ir, nesant kontraindikacijų, siūlyti pradėti naudoti labai efektyvias ir efektyvias kontraceptines priemones, jeigu pacientė siekia nėštumą atidėti. Atsižvelgiant į sėkmingą užsienio šalių patirtį galime teigti, jog konsultavimo efektyvumą ir apimtį galėtų padidinti ne pelno siekiančių reprodukcinės sveikatos priežiūros centrų ar klinikų steigimas, orientuotas į jaunų žmonių poreikius.

16. LITERATŪROS SĄRAŠAS

1. World Health Organization. Reproductive Health. Prieiga per internetą: <https://www.who.int/westernpacific/health-topics/reproductive-health>
2. World Health Organization. Contraception Evidence Brief. Prieiga per internetą: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/329884/WHO-RHR-19.18-eng.pdf?ua=1>
3. United Nations. World Contraceptive Patterns 2013. Prieiga per internetą: <http://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/family/worldContraceptivePatternsWallChart2013.pdf>
4. Higienos institutas. Dirbtinių abortų skaičius, jaunų moterų dirbtinių abortų skaičiaus struktūra. 2017-2018. Prieiga per internetą: [https://osp.stat.gov.lt/statistiniu-rodikliu-analize?hash=78e1c44f-4bd6-4bfb-8a94-fe7acbc497bf#/#/](https://osp.stat.gov.lt/statistiniu-rodikliu-analize?hash=78e1c44f-4bd6-4bfb-8a94-fe7acbc497bf#/)
5. Juškevičiūtė G, Jarienė K, Nadišauskienė R, Jacinavičius A, Jaras A. Aktualiausias reprodukcinės sveikatos temos jaunimui Lietuvoje. Lietuvos Akušerija ir Ginekologija. 2016;19(3):172-9.
6. History of Contraception: GLOWM. Global Library of Womens Medicine. Prieiga per internetą: <https://www.glowm.com/section-view/heading/History%20of%20Contraception/item/375>
7. Cuomo A. Birth control. Encyclopedia of motherhood. Thousand Oaks, Calif.: Sage Publications. pp. 121–126; 2010.
8. Potts DM. Coitus interruptus. In Corson S, Derman RJ, Tyrer LB (eds): Fertility Control, Boston, Little, Brown & Co. pp 299-305; 1984.
9. Narkavonnakit T. Abortion in rural Thailand: A survey of practitioners. Stud Faro Plann 10: 223, 1979.
10. Gallen M. Abortion choices in the Philippines. J Biological Science 11: 28t, 1979.
11. Janssens P. De benen stilet uit een Gallo-Romeins vrouwengraf, gevonden te Tongeren. Hades 5: 34, 1966.
12. McTavish L. "Contraception and birth control". In Robin, Diana (ed.). Encyclopedia of Women in the Renaissance: Italy, France, and England. Santa Barbara, CA: pp. 91–92. 2007.
13. Pope Innocent VIII. "The Bull of Innocent VIII (1484)". In Institoris, Henricus (ed.). Malleus Maleficarum. Germany. 1484.
14. Lewis, M. "A Brief history of condoms". In Mindel, Adrian (ed.). 2000.
15. Thomsen RJ. Le cinquantenaire de l'anneau d'argent: Ernst Grafenberg et son anneau [The golden year of the silver ring: Ernst Grafenberg and his ring (author's transl)]. Contracept Fertil Sex (Paris). 1980 Apr;8(4):365-8.
16. Buttar, A. "Enovid: The First Hormonal Birth Control Pill". Embryo Project Encyclopedia (2009-01-20). Prieiga per internetą: <http://embryo.asu.edu/handle/10776/1956>

17. Thiery M. "Intrauterine contraception: from silver ring to intrauterine contraceptive implant", *Eur. J. Obstet. Gynecol. Reprod. Biol.*, 90 (2): 145–52. 2000.
18. Thiery M. "Pioneers of the intrauterine device". *European Journal of Contraception and Reproductive Health Care*. 2 (1): 15–23. 1997.
19. Kirkilytė A, Barčaitė E. Pagimdžiusių moterų informuotumas apie kontracepciją. Magistro baigiamasis darbas. Lietuvos sveikatos mokslų universitetas. Kaunas, 2016.
20. Jonauskas A, Keraitė I, Urbaitė J. Kontracepcijos metodų ir priemonių apžvalga. *Internistas* 2010; 5-6(101-102):54-59.
21. World Health Organization. Family Planning: A Global Handbook for Providers. Prieiga per internetą: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/260156/9780999203705-eng.pdf?sequence=1>
22. Hatcher RA, Trussell J, Nelson AL, Cates W, Kowal D, Policar M. *Contraceptive Technology: Twentieth Revised Edition*. New York NY: Ardent Media, 2011.
23. Britton LE, Alspaugh A, Greene MZ, McLemore MR. CE: An Evidence-Based Update on Contraception. *Am J Nurs*. 2020 Feb;120(2):22-33.
24. SAM Kontracepcijos metodika. Prieiga per internetą: https://sam.lrv.lt/uploads/sam/documents/files/Veiklos_sritys/Kontracepcijos_metodika_2016-11-22.pdf
25. Rosenberg MJ, Waugh MS, Meehan TE. Use and misuse of oral contraceptives: risk indicators for poor pill taking and discontinuation. *Contraception*. 1995;51(5):283.
26. Westhoff CL, Heartwell S, Edwards S, Ziemann M, Stuart G, Cwiak C, Davis A, Robilotto T, Cushman L, Kalmuss D. Oral contraceptive discontinuation: do side effects matter? *Am J Obstet Gynecol*. 2007;196(4):412.e1.
27. Godsland IF, Crook D, Devenport M, Wynn V. Relationships between blood pressure, oral contraceptive use and metabolic risk markers for cardiovascular disease. *Contraception*. 1995;52(3):143.
28. Poromaa IS, Segebladh B. Adverse mood symptoms with oral contraceptives. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2012 Apr;91(4):420-7.
29. Tayob Y, Adams J, Jacobs HS, Guillebaud J. Ultrasound demonstration of increased frequency of functional ovarian cysts in women using progestogen-only oral contraception. *Br J Obstet Gynaecol*. 1985;92(10):1003.
30. Diedrich JT, Desai S, Zhao Q, Secura G, Madden T, Peipert JF. Association of short-term bleeding and cramping patterns with long-acting reversible contraceptive method satisfaction. *Am J Obstet Gynecol*. 2015 Jan;212(1):50.e1-8.

31. Diedrich JT, Klein DA, Peipert JF. Long-acting reversible contraception in adolescents: a systematic review and meta-analysis. *Am J Obstet Gynecol.* 2017 Apr;216(4):364.e1-364.e12.
32. Heinemann K, Reed S, Moehner S, Minh TD. Risk of uterine perforation with levonorgestrel-releasing and copper intrauterine devices in the European Active Surveillance Study on Intrauterine Devices. *Contraception.* 2015;91(4):274.
33. Braaten KP, Benson CB, Maurer R, Goldberg AB. Malpositioned intrauterine contraceptive devices: risk factors, outcomes, and future pregnancies. *Obstet Gynecol.* 2011;118(5):1014.
34. Roumen FJ, Mishell DR Jr. The contraceptive vaginal ring, NuvaRing(®), a decade after its introduction. *Eur J Contracept Reprod Health Care.* 2012 Dec;17(6):415-27.
35. Lopez LM, Grimes DA, Gallo MF, Stockton LL, Schulz KF. Skin patch and vaginal ring versus combined oral contraceptives for contraception. *Cochrane Database Syst Rev.* 2013 Apr 30;2013(4):CD003552.
36. Colquitt CW, Martin TS. Contraceptive Methods. *J Pharm Pract.* 2017 Feb;30(1):130-135.
37. Hormonal contraceptives—progestogen injections. *Meyler's Side Effects of Drugs,* 836–837. 2016.
38. Berlan ED, Richards MJ, Vieira CS, Creinin MD, Kaunitz AM, Fraser IS, Edelman A, Mansour D. Best Practices for Counseling Adolescents about the Etonogestrel Implant. *J Pediatr Adolesc Gynecol.* 2020 Oct;33(5):448-454.
39. Richardson AR, Maltz FN. Ulipristal acetate: review of the efficacy and safety of a newly approved agent for emergency contraception. *Clin Ther.* 2012 Jan;34(1):24-36
40. Stowers, P., & Mestad, R. (2019). Use of levonorgestrel as emergency contraception in overweight women. *Obesity Research & Clinical Practice.* doi:10.1016/j.orcp.2019.01.007
41. Lo Loestrin tabletès (noretindrono acetatas ir etinilestradiolis). Informacinis lapelis. Prieiga per internetą: https://media.allergan.com/actavis/actavis/media/allergan-pdf-documents/product-prescribing/NDA-22501-Lo-Loestrin-Fe-PI-CLEAN-08-2017_ver1.pdf
42. Stanczyk, F. Z., Archer, D. F., & Bhavnani, B. R. Ethinyl estradiol and 17 β -estradiol in combined oral contraceptives: pharmacokinetics, pharmacodynamics and risk assessment. *Contraception,* 2013;87(6), 706–727.
43. Barsoum MK, Heit JA, Ashrani AA, Leibson CL, Petterson TM, Bailey KR. Is progestin an independent risk factor for incident venous thromboembolism? A population-based case-control study. *Thromb Res.* 2010;126(5):373.
44. Hennessy S, Berlin JA, Kinman JL, Margolis DJ, Marcus SM, Strom BL. Risk of venous thromboembolism from oral contraceptives containing gestodene and desogestrel versus levonorgestrel: a meta-analysis and formal sensitivity analysis. *Contraception.* 2001;64(2):125.

45. Dragoman MV, Tepper NK, Fu R, Curtis KM, Chou R, Gaffield ME. A systematic review and meta-analysis of venous thrombosis risk among users of combined oral contraception. *Int J Gynaecol Obstet.* 2018;141(3):287.
46. van Vlijmen EF, Veeger NJ, Middeldorp S, Hamulyák K, Prins MH, Büller HR, Meijer K. Thrombotic risk during oral contraceptive use and pregnancy in women with factor V Leiden or prothrombin mutation: a rational approach to contraception. *Blood.* 2011;118(8):2055.
47. Dulicek P, Ivanova E, Kostal M, Sadilek P, Beranek M, Zak P, Hirmerova J. Analysis of Risk Factors of Stroke and Venous Thromboembolism in Females With Oral Contraceptives Use. *Clin Appl Thromb Hemost.* 2018;24(5):797.
48. Champaloux, S. W., Tepper, N. K., Monsour, M., Curtis, K. M., Whiteman, M. K., Marchbanks, P. A., & Jamieson, D. J. Use of combined hormonal contraceptives among women with migraines and risk of ischemic stroke. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 2017;216(5), 489.e1–489.e7.
49. Tepper NK, Whiteman MK, Zapata LB, Marchbanks PA, Curtis KM. Safety of hormonal contraceptives among women with migraine: A systematic review. *Contraception.* 2016 Dec;94(6):630-640.
50. Krauss RM, Burkman RT Jr. The metabolic impact of oral contraceptives. *Am J Obstet Gynecol.* 1992;167(4 Pt 2):1177.
51. Elkind-Hirsch KE, Darensbourg C, Ogden B, Ogden LF, Hindelang P. Contraceptive vaginal ring use for women has less adverse metabolic effects than an oral contraceptive. *Contraception.* 2007;76(5):348.
52. Marchbanks PA et al. Oral contraceptives and the risk of breast cancer. *N Engl J Med.* 2002;346(26):2025.
53. Mørch LS, Skovlund CW, Hannaford PC, Iversen L, Fielding S, Lidegaard Ø. Contemporary Hormonal Contraception and the Risk of Breast Cancer. *N Engl J Med.* 2017 Dec 7;377(23):2228-2239
54. Barriga P, Vanhauwaert P, Porcile A. Hormonal contraception and risk of breast cancer: a critical look. *Gynecol Endocrinol.* 2019 Jun;35(6):460-462.
55. Gierisch JM et al. Oral contraceptive use and risk of breast, cervical, colorectal, and endometrial cancers: a systematic review. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev.* 2013 Nov;22(11):1931-43.
56. Hussain SF. Progestogen-only pills and high blood pressure: is there an association? A literature review. *Contraception.* 2004;69(2):89.
57. Han L, Jensen JT. Does the Progestogen Used in Combined Hormonal Contraception Affect Venous Thrombosis Risk? *Obstet Gynecol Clin North Am.* 2015;42(4):683

58. Marion LL, Meeks GR. Ectopic pregnancy: History, incidence, epidemiology, and risk factors. *Clin Obstet Gynecol*. 2012 Jun;55(2):376-86.
59. Committee Opinion No. 642: Increasing Access to Contraceptive Implants and Intrauterine Devices to Reduce Unintended Pregnancy. *Obstet Gynecol*. 2015 Oct;126(4):e44-e48.
60. Samson M, Porter N, Orekoya O, Hebert JR, Adams SA, Bennett CL, Steck SE. Progestin and breast cancer risk: a systematic review. *Breast Cancer Res Treat*. 2016 Jan;155(1):3-12.
61. Curtis KM et al. U.S. Medical Eligibility Criteria for Contraceptive Use, 2016. *MMWR Recomm Rep*. 2016;65(3):1.
62. Lopez LM, Kaptein AA, Helmerhorst FM. Oral contraceptives containing drospirenone for premenstrual syndrome. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012 Feb 15;(2):CD006586.
63. Grandi G, Barra F, Ferrero S, Sileo FG, Bertucci E, Napolitano A, Facchinetti F. Hormonal contraception in women with endometriosis: a systematic review. *Eur J Contracept Reprod Health Care*. 2019 Feb;24(1):61-70.
64. Powell A. Choosing the Right Oral Contraceptive Pill for Teens. *Pediatr Clin North Am*. 2017 Apr;64(2):343-358.
65. MacKintosh ML, Crosbie EJ. Prevention Strategies in Endometrial Carcinoma. *Curr Oncol Rep*. 2018 Nov 13;20(12):101. doi: 10.1007/s11912-018-0747-1. PMID: 30426278; PMCID: PMC6244901.
66. Slynd (drospirenone tablets). US FDA approved product information; Florham Park: Exeltis USA, Inc; May 2019. www.accessdata.fda.gov/drugsatfda_docs/label/2019/211367s000lbl.pdf (Accessed on June 05, 2020).
67. Norethindrone tablet. US Food and Drug Administration (FDA) approved product information. Revised November 2015. US National Library of Medicine. www.dailymed.nlm.nih.gov (Accessed on July 05, 2018).
68. Sabbioni L, Petraglia F, Luisi S. Non-contraceptive benefits of intrauterine levonorgestrel administration: why not? *Gynecol Endocrinol*. 2017 Nov;33(11):822-829.
69. Sonfield A et al., *The Social and Economic Benefits of Women's Ability to Determine Whether and When to Have Children*, New York: Guttmacher Institute, 2013, Prieiga per internetą: www.guttmacher.org/pubs/social-economic-benefits.pdf
70. Gipson JD, Koenig MA and Hindin MJ, The effects of unintended pregnancy on infant, child, and parental health: a review of the literature, *Studies in Family Planning*, 2008, 39(1):18–38.
71. Kančaitė R, Jarienė K, Jaras A. Klausimyno, skirto tirti moterų informuotumą, vartojimo savitumus ir nuomonę apie hormoninę kontracepciją, sudarymas ir validizavimas. *Lietuvos Akušerija ir Ginekologija*. 2020;23(4):326-330.

72. United Nations. World Contraceptive Patterns 2019. Prieiga per internetą: https://www.un.org/development/desa/pd/sites/www.un.org.development.desa.pd/files/files/documents/2020/Jan/un_2019_contraceptiveusebymethod_databooklet.pdf
73. Pakalniškienė V. Tyrimo ir įvertinimo priemonių patikimumo ir validumo nustatymas. 2012. 11-25. Prieiga per internetą: https://www.vu.lt/site_files/LD/Tyrimo_ir_įvertinimo_priemonių_patikimumo_ir_validumo_nustatymas.pdf
74. Singh S et al., Abortion Worldwide 2017: Uneven Progress and Unequal Access. New York; Guttmacher Institute, 2017. Prieiga per internetą: <https://www.guttmacher.org/report/abortion-worldwide-2017>
75. Juškevičiūtė G, Zelenkaitė E, Basevičiūtė M, Basevičienė I. Nėštumo nutraukimo pasirinkimo priežastys. Lietuvos Akušerija ir Ginekologija. 2018;21(1):26-32.
76. LR SAM Farmacijos politikos skyrius. Dėl kompensuojamojo vaistinio preparato levonorgestrelio (Fleree) skyrimo sąlygų išaiškinimo. 2021.
77. Sukelia vėžį, mažina norą mylėtis ir storina – kurie iš šių kontracepcijos mitų yra pelnyti? DELFI šaltinis. 2018. Prieiga per internetą: <https://www.delfi.lt/sveikata/sveikatos-naujienos/sukelia-vezi-mazina-nora-myletis-ir-storina-kurie-siu-kontracepcijos-mitu-yra-pelnyti.d?id=76995925>
78. Medikai nebegali to ignoruoti: kontraceptikai turi dramatiškas pasekmes. DELFI šaltinis. 2016. Prieiga per internetą: <https://www.delfi.lt/sveikata/sveikatos-naujienos/medikai-nebegali-to-ignoruoti-kontraceptikai-turi-dramatiskas-pasekmes.d?id=72470332>
79. Crochard A et al., Self-reported sexual debut and behavior in young adults aged 18–24 years in seven European countries: Implications for HPV vaccination programs. Gynecologic Oncology. 2009;115(3):7-14.
80. Jarienė K, Ulevičius J, Petrušaitė A. Sexual behavior of Lithuanian students and their usage of contraception. European Association of Paediatric and Adolescent Gynaecology. Vilnius : European Association of Paediatric and Adolescent Gynaecology. 2017. p. 21-21.
81. Küçük, M., Aksu, H., & Sezer, S. D. Misconceptions about the side effects of combined oral contraceptive pills. Gynecological Endocrinology, 2011: 28(4), 282–285.
82. Haider, S., Stoffel, C., & Dude, A. Adolescent Contraception Use after Pregnancy, an Opportunity for Improvement. Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology, 2018:31(4), 388–393.
83. Gallo MF, Lopez LM, Grimes DA, Carayon F, Schulz KF, Helmerhorst FM. Combination contraceptives: effects on weight. Cochrane Database of Systematic Reviews 2014, Issue 1.
84. Marshall, C., Kandahari, N., & Raine-Bennett, T. Exploring young women’s decisional needs for contraceptive method choice: a qualitative study. Contraception, 2018:97(3), 243–248.

85. Saad A, Akinsulie B, Ega C, Akiode A, Awaisu A. Misconceptions and current use of contraception among women of reproductive age in six major cities in Nigeria. *Eur J Contracept Reprod Health Care*. 2018 Dec;23(6):415-420.

17. PRIEDAI

Priedas nr. 1 Bioetikos centro leidimas vykdyti tyrimą



LIETUVOS SVEIKATOS MOKSLŲ UNIVERSITETAS

BIOETIKOS CENTRAS

Kodas 302536989, Tilžės g. 18, LT- 47181, Kaunas, tel.: (8 37) 327233, www.lsmuni.lt, el.p.: bioetika@lsmuni.lt

Medicinos akademijos (MA)
Vientisųjų studijų programa – Medicina
IV k. studentei Rugilei Kančaitėi
Darbo vadovė doc. Kristina Jarienė
LSMUL KK Akušerijos ir ginekologijos
klinika

2019-04-25

Nr. *BEC-MA-391*

DĖL PRITARIMO TYRIMUI

LSMU Bioetikos centras, įvertinęs Rugilės Kančaitės pateiktus dokumentus, studentės tiriamajam darbui tema „Jaunų moterų nuomonė apie hormoninę kontracepciją ir veiksniai, lemiantys kontracepcijos pasirinkimą“ pritaria*.

dr. Eimantas Peičius

* Pastaba: šis pritarimas neatleidžia tiriamąjį mokslinį darbą vykdančių asmenų nuo prievolės laikytis Bendrojo duomenų apsaugos reglamento nuostatų ir nuo atsakomybės gauti nacionalinio arba regioninio bioetikos komiteto leidimą, jei toks leidimas būtinas pagal LR Biomedicininų tyrimų etikos įstatyme numatytus reikalavimus.

Priedas nr. 2 Tyrimo instrumentas

1. **Jūsų amžius (įrašykite): ____ m.**

2. **Šeiminė padėtis (galimi keli atsakymo variantai):**
 - a) Vieniša
 - b) Netekėjusi, turiu atsitiktinius lytinius santykius
 - c) Netekėjusi, palaikau monogaminius santykius ilgiau nei mėnesį (Jūs ir Jūsų partneris turi lytinius santykius tik su vienu žmogumi)
 - d) Netekėjusi, palaikau poligaminius santykius (Jūs ir Jūsų partneris/partneriai turite lytinius santykius su daugiau nei vienu žmogumi)
 - e) Susituokusi/gyvenu su partneriu
 - f) Išsiskyrusi
 - g) Kita (įrašykite) _____

3. **Jūsų išsilavinimas:**
 - a) Pradinis
 - b) Vidurinis
 - c) Pagrindinis
 - d) Profesinis
 - e) Aukštasis neuniversitetinis
 - f) Aukštasis universitetinis
 - g) Kita (įrašykite) _____

4. **Kiek Jums buvo metų, kai turėjote pirmuosius lytinius santykius? Įrašykite: ____ m.**

5. **Kiek lytinių partnerių esate turėjusi per gyvenimą? Įrašykite: ____**

6. **Kaip dažnai turite lytinius santykius?**
 - a) Paskutinių metų laikotarpyje neturiu
 - b) Kartą - kelis kartus per metus
 - c) Kartą - kelis kartus per mėnesį
 - d) Kartą - kelis kartus per savaitę
 - e) Kita: ... (įrašykite)

7. Ar buvote pastojusi?

- a) Taip, įrašykite, kiek kartų: _____
- b) Ne, pereikite prie 12 klausimo

8. Ar esate gimdžiusi?

- a) Taip, įrašykite, kiek kartų: _____
- b) Ne

9. Ar esate patyrusi persileidimą?

- a) Taip, įrašykite, kiek kartų: _____
- b) Ne

10. Ar esate nutraukusi nėštumą?

- a) Taip, įrašykite, kiek kartų: _____
- b) Ne

11. Ar esate turėjusi negimdinį nėštumą?

- a) Taip, įrašykite, kiek kartų: _____
- b) Ne

12. Ar naudojate kontraceptines priemones (įskaitant nutrauktą lytinį aktą ir vaisingų dienų skaičiavimą)?

- a) Taip
- b) Ne (pereikite prie 14 klausimo)

13. Jei taip, kurį (kuriuos) kontracepcijos būdą (būdus) renkatės? Galimi keli atsakymo variantai.

- a) Barjerinę kontracepciją (moteriškus ar vyriškus prezervatyvus)
- b) Sudėtinės kontraceptines tabletes
- c) Progestino kontraceptines tabletes (mini piliules)
- d) Kontraceptinį žiedą
- e) Kontraceptinį pleistrą
- f) Kontraceptinį implantą
- g) Spermicidus

- h) Skaičiuoju vaisingas dienas ir per jas neturiu lytinių santykių
- i) Nutrauktą lytinį aktą
- j) Hormoninę spiralę
- k) Varinę spiralę
- l) Kita (įrašykite): ... (įrašykite)

14. Pažymėkite, kodėl renkatės pažymėtus kontracepcijos būdus arba nesirenkate jokio būdo (galimi keli atsakymo variantai):

- a) Pigu
- b) Turiu retus (nuo kelių kartų per metus iki kelių kartų per mėnesį) lytinius santykius ir kontracepcijos man reikia retai
- c) Negaliu naudoti hormoninės kontracepcijos dėl gydytojo nurodytų kontraindikacijų
- d) Hormoniniai metodai man nepriimtini ir manau, kad yra pavojingi sveikatai
- e) Nenoriu kasdien gerti tablečių
- f) Manau, kad tai yra saugiausias apsisaugojimo nuo nėštumo būdas
- g) Šį metodą man rekomendavo gydytojas, nes turiu kitų sveikatos problemų, kurias galima išspręsti vartojant šį metodą (įrašykite, kokių): ...
- h) Laukiuosi
- i) Noriu pastoti
- j) Neturiu lytinių santykių
- k) Nemanau, kad galiu pastoti
- l) Man/mano partneriui diagnozuotas nevaisingumas
- m) Manau, kad bet kokia kontracepcija yra nenatūralu/amoralu
- n) Tai prieštarauja mano religiniams įsitikinimams
- o) Kita: ... (įrašykite)

15. Ar Jūsų šeimos gydytojas ar gydytojas akušeris-ginekologas Jums yra siūlęs pradėti naudoti hormoninę kontracepciją?

- a) Taip
- b) Ne

16. Jeigu atsakėte taip, kokius sprendimus priėmėte toliau? Jeigu atsakėte ne, pereikite prie kito klausimo. (įrašykite)

17. Kokia jūsų nuomonė apie hormoninę kontracepciją?

Hormoninė kontracepcija (sudėtinės kontraceptinės tabletės, tik progesterono tabletės (mini piliulės), hormoninė spiralė, kontraceptinis implantas, kontraceptinis žiedas, kontraceptinis pleistras, leidžiamosios kontraceptinės priemonės) – grupė priemonių, kurios sudėtyje turi arba naudojant į organizmą išskiria nedidelius kiekius sintetinių hormonų. Šių priemonių išskiriami hormonai slopina natūralaus moters organizmo ciklo hormonus ir neleidžia įvykti nėštumui.

Hormoninė spiralė – intrauterinis (į gimdos vidų talpinamas) prietaisas, kuris kasdien išskiria hormoną progestiną.

	Visiškai nesutinku	Nesutinku	Nei sutinku, nei nesutinku	Sutinku	Visiškai sutinku
Hormoninė kontracepcija gali sukelti ilgalaikį nevaisingumą.					
Hormoninės kontracepcijos naudojimas turi neigiamą poveikį kasdienei savijautai (pvz., sukelia dažną galvos skausmą, nuotaikos svyravimus, „vandens susilaikymą“).					
Dėl hormoninės kontracepcijos ženkliai sumažėja lytinis potraukis.					
Hormoninė kontracepcija sukelia vėžį.					
Dėl hormoninės kontracepcijos naudojimo moterys priauga svorio.					
Dėl hormoninės kontracepcijos naudojimo ateityje gali gimti apsigimę kūdikiai.					
Dėl ilgalaikio hormoninės kontracepcijos naudojimo didelė tikimybė susirgti insultu ar miokardo infarktu.					
Vartojant hormoninę kontracepciją ir pastojus, vartojimas gali sukelti persileidimą.					
Hormoninės kontracepcijos lemia celiulito atsiradimą.					
Hormoninė kontracepcija man nepatraukli, kadangi nenoriu kištis į organizmo veiklą ir vartoti vaistus („chemiją“).					
Hormoninė spiralė tinka tik gimdžiusioms moterims.					
Moterys, vartojančios hormoninę kontracepciją, yra linkusios dažnai keisti lytinius partnerius.					
Sudėtinės kontraceptinės tabletės gali būti skiriamos nereguliarių menstruacijų gydymui.					
Sudėtinės kontraceptinės tabletės gali padėti sumažinti gausų menstruacinį kraujavimą.					
Nuolat vartojant sudėtinės kontraceptines tabletes, sumažėja skausmas ir gausus kraujavimas menstruacijų metu.					

Ilgą laiką vartojant sudėtines kontraceptines tabletes, sumažėja gimdos gleivinės vėžio rizika.					
Ilgą laiką vartojant sudėtines kontraceptines tabletes, sumažėja gimdos gleivinės vėžio rizika.					
Ilgą laiką vartojant sudėtines kontraceptines tabletes, sumažėja kiaušidžių vėžio rizika.					
Ilgą laiką vartojant sudėtines kontraceptines tabletes, sumažėja storosios žarnos vėžio rizika.					

18. Pažymėkite informacijos šaltinius, kuriais rėmėtės atsakydamos į lentelėje pateiktus teiginius:

- A. Internetas
- B. Artimieji (draugai, šeimos nariai)
- C. Mokytojai ir dėstytojai
- D. Knygos ir vadovėliai
- E. Šeimos gydytojas
- F. Gydytojas akušeris – ginekologas
- G. Žiniasklaida
- H. Kita (įrašykite...)

19. 5 balų skalėje įvertinkite ir tinkamuose laukeliuose įrašykite, kiek pasitikite šių asmenų/šaltinių teikiama informacija apie kontraceptines priemones (0 – visiškai nepasitikiu, 2-3 – nei pasitikiu, nei nepasitikiu, 5 – visiškai pasitikiu)

- A. Internetas...
- B. Artimieji (draugai, šeimos nariai)...
- C. Mokytojai ir dėstytojai...
- D. Knygos ir vadovėliai...
- E. Šeimos gydytojas...
- F. Gydytojas akušeris – ginekologas...
- G. Žiniasklaida...
- H. Kita (įrašykite...) ...

	Visiškai nepasitikiu	Nei pasitikiu, nei nepasitikiu	Visiškai pasitikiu
Internetas			
Artimieji (draugai, šeimos nariai)			
Mokytojai ar dėstytojai			
Šeimos gydytojas			

Gydytojas akušeris ginekologas			
Žiniasklaida			
Kita			

20. Kas, Jūsų nuomone, gali suteikti geriausią informaciją renkantis kontracetines priemones? (įrašykite)

21. Jei neradote sau tinkančio ar Jūsų nuomonę atspindinčio atsakymo dėl hormoninės kontracepcijos, parašykite, kodėl ją naudojate ar ne: (įrašykite)