

**VILNIAUS UNIVERSITETAS
MEDICINOS FAKULTETAS**

Patologijos, teismo medicinos ir farmakologijos katedra

MAGISTRO BAIGIAMASIS DARBAS

Kontraceptinių priemonių vartojimas. Moterų požiūrio tyrimas, gydytojų rekomendacijos, vaistininko vaidmuo užtikrinant racionalų kontraceptinių priemonių naudojimą.

Studentas (-ės): Rita Buikauskienė

Ilona Butrimaitė

Farmacijos studijų programa V kursas, 1, 2 grupė

Darbo vadovas: Doc. dr. Audronė Arlauskienė

Katedros vedėjas:

Darbo įteikimo data: 2017-

Registracijos Nr.

2017

Studento elektroninio pašto adresas: ritos.zubrutes@gmail.com, butrimaite.ilona@gmail.com.

TURINYS

	Psl.
SANTRAUKA.....	5
SUMMARY.....	7
SANTRUMPOS.....	9
SĄVOKOS.....	10
ĮVADAS.....	11
DARBO TIKSLAS IR DARBO UŽDAVINIAI.....	13
1. LITERATŪROS APŽVALGA.....	14
1.1. Kontracepcija.....	14
1.1.1. Gydytojo svarba, gydytojo rekomendacijos, pasirenkant kontraceptinius preparatus, metodus.....	14
1.2. Kontracepcijos tipai.....	16
1.2.1. Sudėtinė hormoninė kontracepcija.....	16
1.2.1.1. Veikimo mechanizmas.....	16
1.2.1.2. Sudėtinės kombinuotos kontraceptinės tabletės.....	17
1.2.1.2.1. SKKT pranašumai.....	20
1.2.1.2.2. SKKT trūkumai.....	20
1.2.1.2.3. Vartojimo ypatumai.....	20
1.2.1.3. Kontraceptinis makšties žiedas.....	22
1.2.1.4. Kontraceptinis pleistras.....	22
1.2.2. Sudėtinės hormoninės kontracepcijos tinkamumo įvertinimas, kontraindikacijos.....	23
1.2.3. Sudėtinės hormoninės kontracepcijos ir vaistų sąveika.....	26
1.2.4. Hormoninės kontracepcijos nepalankūs poveikiai.....	27
1.2.5. Progestinų kontracepcija.....	28
1.2.5.1. Progestinų geriamoji kontracepcija.....	29
1.2.5.2. Ilgalaikiai injekciniai kontraceptikai.....	30
1.2.5.3. Kontraceptinis implantas.....	31
1.2.5.4. Skubi hormoninė kontracepcija.....	32

1.2.6.	Intrauterinė kontracepcija.....	33
1.2.6.1.	Hormoninė gimdos spiralė.....	33
1.2.6.2.	Varinė gimdos spiralė.....	35
1.2.7.	Barjerinė kontracepcija.....	36
1.2.7.1.	Prezervatyvai.....	36
1.2.8.	Cheminės kontracepcijos priemonės.....	37
1.2.8.1.	Spermicidai.....	37
1.2.9.	Natūralūs šeimos planavimo metodai.....	38
2.	TYRIMO METODIKA IR ORGANIZAVIMAS.....	40
3.	TYRIMO REZULTATAI IR JŲ APTARIMAS.....	42
3.1.	Moterų apklausos rezultatai.....	42
3.1.1.	Respondentų lytinių santykių charakteristika.....	43
3.1.2.	Respondentų naudojami kontracepcijos metodai bei priemonės. Veiksniai bei priežastys, įtakojančios pasirinkimą.....	45
3.1.3.	Respondentų nuomonė apie hormoninę kontracepciją. Hormoninės kontracepcijos naudojimo priežastys.....	48
3.1.4.	Gydytojo rekomendacijų svarba kontraceptinių priemonių pasirinkimui.....	50
3.1.5.	Farmacijos specialisto vaidmens svarba.....	52
3.1.6.	Respondentų pasitenkinimas naudojama kontraceptine priemone.....	53
3.1.7.	Skubios kontracepcijos vartojimas, priežastys įtakojančios vartojimo pasirinkimą, farmacijos specialisto konsultacijų svarba.....	54
3.1.8.	Tinkamas kontraceptinių priemonių naudojimas. Apklaustųjų išsilavinimo įtaka informacijos gavimui, informacijos apie kontraceptinius preparatus ir metodus aktualumas.....	56
3.2.	Farmacijos specialistų apklausos rezultatai.....	59
3.2.1.	Kontracepcijos preparatų pardavimo tendencijos, pacienčių konsultavimas aktualiais kontracepcijos klausimais.....	60
3.2.2.	Priežastys, lemiančios diskomfortą konsultuojant kontracepcijos klausimais.....	64
3.2.2.1.	Kontracepcijos priemonių įsigijimo dažnis vaistinėse.....	66
3.2.2.2.	Apklausos dalyvių žinios apie kontracepcijos priemones ir metodus.....	67
3.2.3.	Skubios kontracepcijos pardavimo tendencijos.....	71

3.2.4. Laiko tarpas po nesaugių lytinių santykių iki skubios kontracepcijos įsigijimo.....	73
3.2.5. Farmacijos specialisto konsultacijos ypatumai.....	74
IŠVADOS.....	77
PRAKTINĖS REKOMENDACIJOS.....	78
LITERATŪROS SĄRAŠAS.....	79
PRIEDAI.....	82

SANTRAUKA

R. Buikauskienės ir I. Butrimaitės magistro baigiamasis darbas / darbo vadovė doc. dr. A. Arlauskienė; VU Medicinos fakulteto Farmacijos studijos Akušerijos ir ginekologijos klinikos. – Vilnius.

Magistrinio darbo tema: Kontraceptinių priemonių vartojimas. Moterų požiūrio tyrimas, gydytojų rekomendacijos, vaistinio vaidmuo užtikrinant racionalų kontraceptinių priemonių naudojimą.

Tyrimo tikslas – įvertinti moterų požiūrį į kontraceptinių preparatų vartojimą.

Tyrimo uždaviniai: apžvelgti kontraceptines priemones ir metodus, tinkamumo kriterijus; išsiaiškinti kokios kontraceptinės priemonės ar metodai priimtinausi moterims; identifikuoti veiksnius bei gydytojų rekomendacijas, įtakančius moteris rinktis tam tikrą kontraceptinę priemonę ar metodą; nustatyti vaistinio teikiamos farmacinės paslaugos svarbą bei kokybę konsultuojant apie racionalų kontraceptinių priemonių naudojimą.

Tyrimo metodika. Tyrimas atliktas 2017 m. vasario mėnesį. Kiekybiniame tyrime dalyvavo 104 reprodukcinio amžiaus moterys ir 121 farmacijos specialistas. Duomenys darbe apdoroti kompiuteriu, panaudojant Microsoft Excel paketą bei naudojant duomenų kaupimo ir analizės programą „SPSS“ („Statistical Package for Social Science“) 20.00 versiją (SPSS Inc., Chicago, IL, JAV). Lentelės sudarytos naudojantis Microsoft Office 2010 paketo programomis Microsoft Excel ir Microsoft Word (Microsoft corporation, Redmond, WA, JAV). Grafikai sudaryti naudojant Prism v. 5.04 (GraphPad Software Inc., La Jolla, CA, JAV) Gauti rezultatai pateikiami grafikais bei lentelėmis. Statistiniams ryšiams įvertinti naudotas susijusių požymių chi kvadrato (χ^2) ir t-testo kriterijus. Duomenims patikrinti taikytas statistinio reikšmingumo lygmuo p, kai $p < 0,05$ rodiklių skirtumai laikyti statistiškai reikšmingi.

Tyrimo rezultatai ir išvados. Tyrimo metu paaiškėjo, jog priimtinausia ir dažniausiai naudojama kontraceptinė priemonė yra vyriškieji prezervatyvai, tačiau gana dažnai naudojamos ir hormoninės kontraceptinės tabletės ($p < 0,05$). Rezultatai taip pat patvirtina, jog šiuolaikinėje visuomenėje vis dar populiarus nutrauktas lytinis aktas. Patikimos kontracepcijos nenaudojimas siekiant išvengti neplanuoto nėštumo priverčia rinktis skubiosios kontracepcijos priemones. Šį teiginį patvirtina tyrimo rezultatai: daugiau nei pusė tyrimo dalyvių skubios kontracepcijos vartojimo priežastį įvardijo nesaugius lytinius santykius.

Skirtumas tarp moterų vertinančių hormoninę kontracepciją teigiamai ir neigiamai tėra tik 2.9 proc., tačiau vėliau (t. y. vyresnės nei 21 metų) lytinį gyvenimą pradėjusios moterys

išskiria, jog neturi žinių apie hormoninę kontracepciją ($p < 0.05$ vs 18-20 m. ir 16-17 m.). Galima daryti išvadą, kad visuomenė nėra pakankamai gerai susipažinusi su efektyvios kontracepcijos priemonėmis bei neturi pakankamai informacijos apie kontraceptines priemones.

Moterys įvardija, jog didžiausią įtaką kontraceptinės priemonės pasirinkimui daro gydytojas, kuris dažniausiai informuoja apie kontraceptinio preparato ar metodo tinkamumą konkrečiai pacientei taip pat suteikia informacijos apie priemonės vartojimo tikslumą. Tačiau akivaizdi ir vaistininko konsultacijos svarba, nes 62,7 % respondentų svarbi farmacijos specialisto konsultacija.

Vertinant informacijos apie kontraceptines priemones aktualumą pastebėta, jog respondentėms 2 kartais svarbesnė informacija apie šalutinius poveikius nei informacija apie galimą vaistų sąveiką ($p < 0.05$). Svarbiausi kriterijai kontraceptinės priemonės priimtinumui yra naudojimo patogumas bei neutralus poveikis sveikatai. Tačiau 31-35 amžiaus grupės moterims pagrindinis kriterijus apsprendžiantis kontraceptinės priemonės ar metodo priimtinumą yra kontraceptinis patikimumas ($p < 0.05$).

Remiantis farmacijos specialistų apklausa, nustatyta, kad konsultacijos kontracepcijos naudojimo ir pasirinkimo klausimais dažniausiai kreipiasi 18-25 metų pacientai. Taip pat šios amžiaus grupės gyventojai dažniausiai įsigyja skubiosios kontracepcijos priemonių.

Dažniau konsultuojama apie geriamuosius kontraceptinius preparatus lyginant su kitomis kontracepcijos priemonėmis. Farmacijos specialistai nurodo, jog pacientams aktualiausia informacija apie tinkamą kontraceptinės priemonės vartojimo režimą, šalutinius poveikius bei ką daryti pamiršus išgerti kontraceptinę tabletę.

Siekiant užtikrinti farmacijos specialisto konsultacijos kokybę labai svarbi specialisto savijauta. Pastebėta tendencija, kad didesnę darbo patirtį turintys specialistai dažniau laisvai jaučiasi konsultacijų metu: net 20.63 proc daugiau vaistininkų ar farmakoteknikų su 31-40 metų darbo patirtimi jaučiasi laisvai konsultuodami pacientus kontracepcijos tema lyginant su 2 metų ar mažesnę darbo patirtį turinčiais specialistais ($p < 0.05$). Daugiau nei pusei apklausos dalyvių diskomfortą kelia kliento išankstinis draugų ar internete gautų žinių suformuotas požiūris ($p < 0.05$).

Tik mažiau nei 1 % apklausos dalyvių nurodė nesuteikiantys informacijos pacientams apie šalutinius bei nepageidaujamus poveikius. Šie rezultatai išryškina farmacijos specialistų kompetenciją teikiant farmacinę paslaugą gyventojams.

SUMMARY

Master thesis of R. Buikauskienė and I. Butrimaitė / thesis supervisor doc. Dr. A. Arlauskienė;
Faculty of Medicine, Pharmacy studies of Obstetrics and Gynecology. - Vilnius.

Master Thesis: Contraceptive use. Women's attitude study, doctors recommendation, the pharmacist's role in ensuring the rational use of contraceptives.

The aim of thesis: to evaluate the women's approach into contraceptive products use.

The tasks: to review the methods of contraception and the eligibility criteria; to find out what kind of contraceptive methods or most acceptable for women; identify factors and medical recommendations that influence a woman to choose a method of contraception; set pharmacist providing pharmaceutical services and the importance of the quality of advice about the rational use of contraceptives.

Methodology: The study was conducted in 2017, in February. Quantitative study involving 104 women of reproductive age and 121 pharmacists. The data processing computer work using Microsoft Excel package and using data collection and analysis program SPSS (Statistical Package for Social Science) version 20:00 (SPSS Inc., Chicago, IL, USA). Tables created by using Microsoft Office 2010 package for Microsoft Excel and Microsoft Word (Microsoft Corporation, Redmond, WA, USA). The graphs are compiled using Prism v. 5:04 (GraphPad Software Inc., La Jolla, CA, USA) The results are presented in graphs and tables. Statistical relationships used to evaluate symptoms associated chi-square (χ^2) and t-test criteria. The data to check the statistical significance level of p, $p < 0.05$ indicators differences were considered statistically significant.

The research results and conclusions: The study showed that the preferred and most commonly used contraceptive method is the male condoms, but hormonal contraceptive pills used quite often too ($p < 0.05$). The results also confirm that coitus interruptus is still popular in modern society. Reliable non-use of contraception to avoid unintended pregnancies forces choose emergency contraception. This statement confirms the results of studies: More than half of survey participants name the main reason of use the emergency contraceptive the unsafe sex.

The difference between women's who evaluate the positive and negative of hormonal contraception is only 2.9 per cent., but women who sex life started later (older than 21 years) released that do not have the knowledges about hormonal contraception ($p < 0.05$ vs. 18-20 m. and

16-17 m.). It can be concluded that the public is not well aware of effective contraception and do not have enough information about contraception.

Women mentions that a doctor is the greatest influence in contraceptive choice, who usually inform about contraceptive product or method suitability for individual patient and provide information about the use of measures of accuracy. But the obvious importance and pharmacist consultation, because the pharmaceutical specialist advice is important for 62.7% respondents.

Evaluate of information about contraception relevance observed showed that 2 times more respondents the most important information is about side effects than information about potential drug interactions ($p < 0.05$) respectively. The most important criteria for the acceptability of contraceptives is the ease of use and a neutral effect on health. However, the 31-35 age group of women the main criterion for limiting contraceptive method or acceptability is the contraceptive reliability ($p < 0.05$) respectively.

According to the pharmaceutical expert survey showed that patients in 18-25 years most often ask about contraceptive use and choices. Also in this age group acquires a majority of residents of emergency contraception. More often consulted about the contraceptive pills. Pharmaceutical experts indicate that the most important information for patients is about: the proper use of birth control mode, the side effects and what to do if you forget to take a pill.

In order to reach the quality of pharmaceuticals specialist advice is very important to feel free. Studies showed that more experienced specialists often feel free in consultations: 20.63 percent even more pharmacists with 31-40 years of work experience feel free to advise on the subject of contraception patients compared with 2 years or less experienced specialists ($p < 0.05$) in . More than half of the respondents cause discomfort customer advance online friends and receive knowledge formed attitude ($p < 0.05$) respectively.

Only less than 1% of the respondents indicated that they did not provide information to patients about the side effects. These results highlight the pharmaceutical specialist expertise in providing pharmaceutical services to the population.

SANTRUMPOS

NŠP - Natūralus šeimos planavimas

KT - Kontraceptinės tabletės

LAM - Laktacinės amenorėjos metodas

LH - Liutenizuojantis hormonas

LPL - Lytiškai plintančios ligos

PSO - Pasaulio sveikatos organizacija

SKKT - Sudėtinės kombinuotos kontraceptinės tabletės

SPSS - Statistinių programų paketas socialiniams tyrimams

VVKT - Valstybinė vaistų kontrolės tarnyba

SAVOKOS

Abortas – savaiminis ar dirbtinis nėštumo nutraukimas ankstesnėje nėštumo stadijoje, kurio pasekmė yra gemalo (vaisiaus) žūtis.

Estrogenai – tai moteriškieji lytiniai hormonai, kuriuos gamina folikulai kiaušidėse, placenta. Sintetinis estrogenas – etinilestradiolis yra naudojamas sudėtinėse kombinuotose hormoninės kontracepcijos priemonėse.

Farmacijos specialistas – vaistininkas, vaistininko padėjėjas (farmakotechnikas) arba įgaliotos institucijos nustatyta tvarka jiems prilygintas asmuo.

Farmacinė paslauga - vaistinėje farmacijos specialistų teikiama paslauga, apimanti gydytojo išrašytų receptų kontrolę, vertinimą, nereceptinių vaistinių preparatų parinkimą, farmacinės informacijos apie vaistinius preparatus teikimą gyventojams, sveikatos priežiūros ir farmacijos specialistams, taip pat jų konsultavimą.

Farmacinė informacija - bet kokia forma ir bet kokiomis priemonėmis skelbiama ir platinama informacija apie vaistinio preparato farmacines, klininkines ir farmakologines savybes, taip pat vaistinių preparatų kainos prekybos kataloguose ir kainoraščiuose (jeigu juose nėra teiginių apie vaistinių preparatų savybes).

Gestagenai (arba *progestagenai*) – tai hormonų grupė, turinti panašų biologinį poveikį kaip ir progesteronas.

Hiperandrogenemijos reiškiniai – tai pasireiškianti aknė, riebi oda, viršsvoris, padidėjęs plaukuotumas.

Kontracepcija – tai priemonės, apsaugančios nuo nepageidaujamo pastojimo.

Ligos anamnezė – tai paciento ligos istorija.

Natūralusis šeimos planavimas – šeimos dydžio planavimas, remiantis natūraliais kontracepcijos metodais, kurių principas – moters vaisingų dienų nustatymas.

Respondentas - tai tyrimo dalyvis (tiriamasis), užpildęs anketą ar atsakęs į klausimus.

IVADAS

Rinkoje įsitvirtinus patikimoms kontraceptinėms priemonėms žymiai sumažėjo neplanuotų nėštumų bei abortų skaičius. Lietuvos sveikatos statistikos duomenimis per pastarąjį penkmetį dirbtinių abortų skaičius žymiai sumažėjo. 2015 m. buvo atlikta 4735 dirbtiniai abortai, tuo tarpu 2010 metais dirbtinių abortų buvo atlikta 6989 [15]. Dėl to galima teigti, kad efektyvi kontracepcija ne vien lemia efektyvų šeimos planavimą reprodukcinio amžiaus moterims, tačiau ir saugo moters sveikatą nuo emocinės ir psichologinės žalos taip pat ir nuo fizinių traumų atsirandančių po nėštumo nutraukimo.

Svarbu tinkamai pasirinkti efektyvią kontracepciją, kuri būtų priimtina ir tinkama individualiai moteriai. Tačiau kontracepcijos pasirinkimą dažnai lemia neteisinga nuomonė apie tam tikrus kontraceptinius metodus bei priemones. Tai pagrindžia Tarptautinės planuotos tėvystės Federacijos Europos tinklo (IPPF LT) ir jai priklausančių asociacijų duomenys, kad moterys nenaudoja šiuolaikinių kontracepcijos metodų dėl kelių priežasčių t.y. neteisingos informacijos, prasto konsultavimo [20]. Šie veiksniai dažniausiai nulemia vienos ar kitos priemonės ar metodo pasirinkimą, arba jokios kontracepcijos nenaudojimą.

Be abejo didžiausią įtaką tinkamos kontracepcijos pasirinkimui turėtų daryti gydytojas, nes jis yra pagrindinis specialistas, kuris turi pakankamai žinių ir kompetencijos patarti įvairiais šeimos planavimo klausimais, įvertinus galimas kontraindikacijas, moters ligos anamnezę, amžių bei šeiminei padėti parinkti tinkamiausią kontracepciją bei suteikti informacijos apie racionalų kontracepcijos metodo naudojimą, efektyvumą, galimus šalutinius reiškinius. Paprastas paaiškinimas kaip kontraceptinis metodas veikia visada yra naudingas ir padeda išspręsti nesusipratimus susijusius su kontraceptine priemone [1].

Europoje populiariausias kontracepcijos metodas - hormoninės kontraceptinės tabletės ir barjerinės priemonės [17]. Lietuvoje iš visų modernios kontracepcijos metodų taip pat populiariausi yra geriamoji hormoninė kontracepcija (18 proc.) bei barjerinės kontracepcijos priemonės (19proc.) [16].

Barjerinė kontracepcija turi esminį pranašumą prieš kitas kontraceptines priemones, nes apsaugo ir nuo lytiniu keliu plintančių ligų [1].

Hormoninės kontracepcijos priemonės, skubioji kontracepcija, barjerinė kontracepcija yra kiekvienoje vaistinėje, o farmacijos specialistas yra lengviausiai prieinamas sveikatos priežiūros specialistas, kuris privalo suteikti kokybišką farmacinę paslaugą. Vaistinėje gyventojas gali greičiausiai pasiekti specialistą ir gauti išsamią farmacinę informaciją apie naudojamą kontraceptinę priemonę taip pat įsigyti prezervatyvų arba skubiosios kontracepcijos vaistų po nesaugaus lytinio akto, siekiant išvengti neplanuoto nėštumo. Vaistininko kompetencija ypač svarbi siekiant užtikrinti kokybišką gyventojų konsultavimą kontracepcijos klausimais.

DARBO TIKSLAS IR DARBO UŽDAVINIAI

Darbo tikslas – įvertinti moterų požiūrį į kontraceptinių preparatų vartojimą.

Darbo uždaviniai:

1. Apžvelgti kontraceptines priemones ir metodus, tinkamumo kriterijus
2. Išsiaiškinti kokios kontraceptinės priemonės ar metodai priimtinausi moterims.
3. Identifikuoti veiksnius bei gydytojų rekomendacijas, įtakančius moteris rinktis tam tikrą kontraceptinę priemonę ar metodą.
4. Nustatyti vaistininko teikiamos farmacinės paslaugos svarbą bei kokybę konsultuojant apie racionalų kontraceptinių priemonių naudojimą.

1. LITERATŪROS APŽVALGA

1.1. Kontracepcija

Kontracepcija gali būti: barjerinė, cheminė, mechaninė bei hormoninė. Taip pat išskiriami ir chirurginiai metodai bei natūralus šeimos planavimas.

Ypatingai svarbu, kad priemonės patikimai saugotų nuo neplanuoto nėštumo, nežalotų moters sveikatos bei neturėtų įtakos tolimesniam vaisingumui [1].

1.1.1. Gydytojo svarba, gydytojo rekomendacijos pasirenkant kontraceptinius preparatus, metodus

Konsultavimas kontracepcijos klausimais įeina į konsultavimo dėl reprodukcinės sveikatos (nėštumo, seksualinės sveikatos, lytiškai plintančių ligų (LPL), kontracepcijos) sudėtį [34]. Konsultuojant svarbu pasitikėjimas, konfidencialumas, šiltas bendravimas, pagarba, suprantama pacientui kalba ir terminologija. Kontracepcijos priemonės gydytojas parenka individualiai. Vertinami šie moters sveikatos duomenys ir veiksniai:

- moters amžius, lytinių santykių dažnumas;
- ginekologinė anamnezė ir apžiūra (pvz. menstruacinio kraujavimo gausumas, trukmė, skausmas, funkcinės cistos, pacientės kūno plaukuotumas, jaunatviniai spuogai ir kt.);
- persirgtos ir lėtinės ligos
- klinikinių ir laboratorinių tyrimų duomenys (pvz. AKS dydis, kraujo krešėjimas, cholesterolio kiekis kraujyje, krūtų apčiuopa)
- rūkymas,
- maitinimas krūtimi,
- vartojami vaistai.

Konsultuojantysis gydytojas turėtų padėti pacientei išsiaiškinti koks kontracepcijos metodas jai tinkamiausias ir saugiausias [1]. Kontracepcijos metodų pasirinkimas priklauso nuo moters gyvenimo būdo ir laikotarpio kuriam reikės kontracepcijos (veikliai ir užsiėmusiai gimdžiusiai moteriai tinkamesnė spiralė ar hormonų pleistrai, o jeigu santykiai reti – gali būti skirta ir kita priemonė). Svarbu kuriam periodui kontracepcija reikalinga, nes ne visi kontraceptiniai preparatai garantuoja greitą vaisingumo atsistatymą, pvz: progestinų injekcija veikia 3 mėnesius.

Pasiūlomas metodas, labiausiai atitinkantis paciento poreikius. Parinktu metodu galima

naudotis tuomet, kai privalumai nusveria trūkumus ir nėra absoliučių kontraindikacijų. Pacientui būtina paaiškinti:

- metodo veikimą;
- efektyvumą;
- galimą pašalinį poveikį;
- privalumus;
- trūkumus;
- galimą sąveiką su tam tikrais preparatais.

Jeigu yra komplikacijų, parodančių, kad metodą reikia nutraukti, aptariamos kitos kontracepcijos galimybės.

Pasaulio sveikatos organizacija išskiria kategorijas, pagal kurias vertinamas kontraceptinės priemonės tinkamumas [12].

1 lentelė. Kategorijos kontraceptinių priemonių tinkamumui vertinti pagal PSO

<i>Kategorijos kontraceptinių priemonių tinkamumui vertinti</i>	
1	Būklė, kuomet nėra jokių apribojimų kontracepcijos priemonių naudojimui
2	Būklė, kuomet kontraceptinio metodo privalumai nusveria teorinę ar įrodytą riziką
3	Būklė, kai teorinė ar įrodyta rizika dažniausiai nusveria kontraceptinio metodo privalumus
4	Būklė, kuri nusako realią riziką sveikatai, jeigu yra naudojamas kontracepcijos metodas.

Esant 2 būklei pacientė atidžiai stebima, esant 3 būklei atliekamas išsamus pacientės klinikinis tyrimas, būtina kartu su paciente aptarti jai priimtinus alternatyvius kontracepcijos būdus [6]. Gydytojas vadovaujasi skirtingais kriterijais, kai kontracepcijos būdą norima pradėti naudoti jau esant tam tikrai medicininei būklei ir kai medicininė būklė atsiranda jį naudojant.

Kiekviena moteris turi pasirūpinti savo sveikata. Kartą per metus, net ir nejausdama negalavimų, ji turi apsilankyti ir pasikonsultuoti su gydytoju akušeriu ginekologu.

1.2. Kontracepcijos tipai

Kontraceptinius metodus galima suskirstyti į dvi grupes:

1. Dirbtiniai kontracepcijos metodai:

- Hormoninė kontracepcija (t.y. sudėtinė hormoninė kontracepcija bei progestinų kontracepcija)
- Cheminė kontracepcija,
- Intrauterinė kontracepcija (vidinės gimdos spiralinė),
- Barjerinė kontracepcija.

2. Natūralūs šeimos planavimo metodai.

1.2.1. Sudėtinė hormoninė kontracepcija

Ši kontracepcija sudaryta iš dviejų hormonų, t.y. iš estrogeno ir gestageninio komponento. Šiuolaikinėse sudėtinės hormoninės kontracepcijos priemonėse dažniausiai naudojamas estrogenas etinilestradiolis. Jis labai specifiškas estrogenų receptoriams ir neviršijant farmakologinių dozių nesijungia nei su androgenų, nei su progestinų receptoriais, be to pakankamai pigus, todėl idealiai tinka sudėtinėi hormoninei kontracepcijai [3]. Šios priežastys nulemia etinilestradiolio priimtinumą ir tinkamumą. Etinilestradiolio dozė svyruoja nuo 15 iki 50 mcg. Labai maža estrogeno dozė gali sukelti kraujavimą, prastą ciklo kontrolę, taip pat neužtikrinti maksimalios kontraceptinės apsaugos. Tačiau maža estrogeno dozė yra saugesnė širdies - kraujagyslių sistemai [4]. Todėl dažniausiai naudojama estrogeno dozė yra nuo 20 iki 35mcg.

Gestageninis komponentas parenkamas žymiai sunkiau nei estrogenas, nes kai kurie gestagenai jungiasi ne tik su gestagenų receptoriais bet ir iš dalies su androgenų ir gliukokortikoidų receptoriais, tai daliai moterų sukelia nepriimtinius šalutinius reiškinius: svorio padidėjimą atsiradusį dėl skysčių susilaikymo organizme, arba plaukuotumo padidėjimą.

Sudėtinėi hormoninei kontracepcijai priskiriama:

- sudėtinės kombinuotos kontraceptinės tabletės (SKKT),
- hormoninis makšties žiedas,
- kontraceptinis pleistras.

1.2.1.1. Veikimo mechanizmas

Galima teigti, kad gestagenas yra svarbiausioji sudėtinės kombinuotos kontracepcijos dalis, nes būtent gestageninis komponentas slopina besivystančių folikulų grūdėtuju ląstelių

estrogenų receptorių, todėl kiaušidėse sulėtėja FSH stimuliuojamas folikulų augimas ir augantys folikulai negali pasiekti priešovuliacinio folikulo išsivystymo stadijos [9]. Taip pat gestagenas sąlygoja liutenizuojančio hormono (LH) preovuliacinio išsiskyrimo blokavimą. Šis poveikis ypač svarbus, nes dėl preovuliacinio LH piko blokados negali įvykti ovuliacija, dėl to spermatozoidas patekęs į kiaušintakį neturi kiaušialąstės, kurią galėtų apvaisinti.

Kitas anot H. Stankevičiaus ir V. Klimo [9] itin svarbus gestageninio komponento efektas yra estrogenų poveikio į gimdos kaklelio liaukas slopinimas. Šis poveikis veikia gimdos kaklelio gleives: jos tampa tirštos, negausios, todėl nesudaromos palankios sąlygos spermatozoidams iš makšties patekti į gimdą. Taip pat dėl stimuliuojančio estrogenų poveikio blokados labai sulėtėja gimdos gleivinės augimas, todėl sutrikdomos kiaušialąstės implantacijos galimybės. Gimdos gleivinės proliferacijos lėtėjimas ypatingai svarbus, nes sumažinama gimdos gleivinės supiktybėjimo, išvešėjimo rizika.

Priešingai pastarajam gestageno poveikiui, estrogenas gimdos gleivinę veikia stimuliuojančiai. Taip gimdos gleivinė apsaugoma nuo per stipraus slopinančio gestagenų poveikio, sumažėja protrūkinų teplojimų ir kraujavimų. Estrogenai taip pat skatina gestagenų receptorių sintezę, todėl reikalinga mažesnė gestageno dozė pasiekti tam pačiam efektui.

Be stimuliuojamų efektų estrogenai veikia ir slopinančiai. Estrogenas slopina FSH išsiskyrimą, taip sutrikdoma bręstančių folikulų aktyvacija ir neišsivysto preovuliacinis folikulas [9].

1.2.1.2. Sudėtinės kombinuotos kontraceptinės tabletės

Dėl skirtingos estrogenų bei progestinų dozės bei skirtingo kombinavimo tipo kontraceptinės tabletės gali būti monofazės bei fazinės [8].

Gydytojos Virginijos Vanagienės [24] teigimu monofazėse sudėtinėse kontraceptinėse tabletėse estrogenų ir progestinų dozė yra pastovi. Periodiškai jas vartojant, atsiranda anovuliacinis vienfazis ciklas. Apibendrinus aišku, jog vienfazėse kontraceptinėse tabletėse yra vienodas ir nekintantis moteriškųjų lytinių hormonų kiekis, jas vartojant slopinama ovuliacija ir pastojimas tampa negalimas.

Fazinės SKKT skirstomos į dvifazes bei trifazes tabletes.

Dvifazės tabletės gali būti:

1. Nuosekliosios – tabletėse skirtose naudoti pirmojoje ciklo pusėje yra tik estrogenų, antrosios ciklo pusės tabletėse estrogenai kombinuojami su progestiniais.

2. Augančiosios – visam ciklui skirtose tabletėse estrogenų kiekis yra vienodas, o gestageno dozė antrosios ciklo pusės metu yra didesnė nei pirmojoje ciklo pusėje [24].

Trifazėse tabletėse estrogenų dozė dažniausiai yra pastovi, tačiau gali nežymiai kisti t.y. ciklo viduryje didėti, o ciklo pradžioje bei pabaigoje mažėti. Tuo tarpu progestino kiekis ciklo eigoje nuolat keičiasi.

Faziniai preparatai indikuotini moterims, kurios patiria stiprius menstruacinius kraujavimus [10]. Taip pat literatūroje pažymima, jog daugiafazės SKKT skiriamos, kai norima sumažinti suminę gestageninio komponento dozę [9].

Sudėtinės kombinuotos kontraceptinės tabletės taip pat skirstomos į kartas:

- *Pirmosios kartos kontraceptinės tabletės* – tai hormoninės kontraceptinės tabletės, sukurtos 1960 m. Šiose tabletėse estrogeno (tuo metu naudoto mestranolio) dozė buvo 150µg, dažnai pasireikšdavo androgeninis bei anabolinis poveikiai, dėl šių priežasčių šios kartos KT jau nebegaminamos.

- *Antrosios kartos kontraceptinės tabletės* – šiai kartai priklauso kontraceptinės tabletės, kurių sudėtyje estrogenų (jau naudojamo etinilestradiolio) yra iki 50µg, bei preparatai su mažesniu nei 35µg etinilestradiolio kiekiu, kurių gestageninis komponentas yra ne trečios kartos t.y. ne norgestimatas, dezogestrelis ar gestodenas. Dažniausias šiose tabletėse etinilestradiolis kombinuojamas su levonorgestreliu. Pastarasis gestagenas yra išgautas iš nortestosterono ir dėl to pasižymi androgeniniu poveikiu [2].

H. Stankevičius ir V. Klimas [9] teigia, jog pirmos ir antros kartos preparatai sukelia dažnus pašalinius reiškinius: odos ir plaukų pariebėjimą, veido, nugaros ir sėdmenų bėrimą, depresiją, lipidų apykaitos sutrikimus bei kraujospūdžio padidėjimą.

- *Trečios kartos kontraceptinės tabletės* – jai priklauso SKKT, kuriose etinilestradiolio kiekis yra mažesnis nei 35µg, o progestagenas yra norgestimatas, dezogestrelis ar gestodenas [4]. Gestagenai, tokie kaip dezogestrelis, gestodenas taip pat kaip levonorgestrelis pasižymi androgeniniais poveikiais, tačiau mokslinėje literatūroje išskiriama, kad kitas trečios kartos gestagenas norgestimatas nesukelia hiperandrogenemijos reiškinių [9, 21].

Ištirta, kad norgestimato poveikis labai panašus į progesterono, todėl preparatai su šiuo gestagenu tausoja endometriumą, neturi neigiamo poveikio angliavandenių apykaitai ir krešumo sistemai, teigiamai veikia lipidų apykaitą bei neturi įtakos viršsvorio formavimuisi [9].

- Naujausiai ketvirtajai kartai priskiriami preparatai su etinilestradioliu ir progestagenu - drospirenonu arba dienogestu. Moksliniuose straipsniuose nurodoma, kad naujausias progestagenas drospirenonas turi antiandrogeninį ir anti mineralkortikoidinį aktyvumą [1, 4, 31]. Dėl šių efektų pastarasis progestagenas nesukelia skysčių kaupimosi organizme, dėl to išvengiama svorio padidėjimo taip pat androgeninių reiškinių.

SKKT taip pat kombinuojami pregnanai t.y. progesterono derivatai, jiems priskiriami: medroksiprogesterono acetatas, ciproterono acetatas ir chlormadinono acetatas. Jų androgeninis poveikis yra varijuojantis, taip pat jie pasižymi silpnu gliukokortikoidiniu poveikiu [21].

Tikslinga progestinių grupės bei sukeltus poveikius pateikti lentelėje, taip galima palyginti kiekvieno progestino savybes [18, 21, 23].

2 lentelė. Gestageniniai hormonai ir jų poveikis

Gestageninis komponentas	Poveikis				
	Progestageninis	Androgeninis	Antiandrogeninis	Gliukokortikoidinis	Antimineralkortikoidinis
Chlormadinono acetatas	++	-	+	+	-
Ciproterono acetatas	++	-	+++	+	-
Medroksipro-gesterono acetatas	+	+	-	++	-
Nomegestrolio acetatas	+	-	-	-	-
Noretisterono acetatas	++	+	-	-	-
Levonorgestrelis	++	+	-	+ -	-
Gestodenas	++	+	-	+ -	-
Norgestimatas	++	+ -	-	-	-
Dezogestrelis	++	+	-	-	-
Dienogestas	++	-	+	-	+
Drospirenonas	+	-	+	-	++

1.2.1.2.1. SKKT pranašumai

Išskiriami pagrindiniai *kontraceptinių tablečių pranašumai*:

- Išvengiama rūpesčio dėl kontracepcijos naudojimo per kiekvienus lytinius santykius.
- Menstruacijos tampa reguliarios, trumpesnės, lydimos negausaus kraujavimo.

Nekontraceptiniai privalumai:

- Mažų dozių hormoniniai kontraceptikai užtikrindami optimalią estrogenų dozę, saugo nuo kaulų masės sumažėjimo ir neleidžia vystytis osteoporozei [24]. Pastebimas teigiamas sudėtinės hormoninės kontracepcijos poveikis osteoporozės prevencijai.
- Mažina anemijos, negimdinio nėštumo, kiaušidžių ir endometriumo vėžio, gerybinių krūties ligų atsiradimo riziką [4, 22].
- Sudėtinės hormoninės kontracepcijos priemonės lengvina premenstruacinio sindromo simptomus, t.y. mažina dirglumą, nervingumą, išsekimą.
- Kontraceptinės tabletės su ciproterono acetatu bei ketvirtosios kartos SKKT su drospirenonu ar dienogestu daro teigiamą įtaką odos būklei, aknės gydymui [31].

1.2.1.2.2. SKKT trūkumai

- Per pirmuosius tris vartojimo mėnesius galimas pykinimas, vėmimas, galvos ir krūčių skausmai, kraujingos išskyros, svorio augimas ar apetito padidėjimas.
- Tablečių vartojimui būtinas režimas. T.y. turi būti vartojamos tuo pačiu paros metu, nes išgėrus tabletę vėliau kaip po 12 valandų nuo įprasto vartojimo režimo kontraceptinis patikimumas gali sumažėti.
- SKKT vartojimo pertrauka galima tik suvartojus pilną preparato pakuotę, nes priešingu atveju galimi menstruacijų ciklo sutrikimai.
- Pastebėta, kad kai kurioms moterims sudėtinė hormoninė kontracepcija sumažina libido kiekį.
- SKKT savo sudėtyje turi estrogenų, kurie slopina laktaciją, dėl šios priežasties maitinančioms moterims po gimdymo ši kontracepcija indikuotina tik po 6 mėnesių [2, 12].

1.2.1.2.3. Vartojimo ypatumai

SKKT labai svarbu vartoti kasdien, tuo pačiu metu, norint pasiekti patikimą kontraceptinį efektyvumą. Tačiau, kai pacientė pamiršta išgerti vieną ar kelias tabletes būtina pasikonsultuoti su sveikatos priežiūros specialistu. Šioje situacijoje labai svarbi kompetetinga ir informatyvi gydytojo ar farmacijos specialisto konsultacija.

John Guillebaud [2] paprastai išdėsto kaip išspręsti neišgertų tablečių problemą. Jei vieną tabletę vėluojama išgerti iki 24 valandų, būtina tabletę išgerti kuo greičiau, sekanti tabletė geriama įprastu vartojimo laiku.

Jei pamirštos išgerti daugiau kaip viena tabletė (t.y. vėluojama daugiau kaip 24 valandas), būtina kuo greičiau išgerti SKKT ir naudoti sekančias tabletes įprastu laiku, tačiau būtina naudoti papildomą apsaugos metodą kitas 7 dienas arba susilaikyti nuo lytinių santykių (išimtis SKKT Qlaira, šiuo atveju papildoma kontracepcija būtina naudoti 9 dienas).

Jei praleistos daugiau kaip 1 tabletė iš paskutiniųjų septynių (15-21) aktyvių tablečių rekomenduotina pabaigti gerti visas tabletes iki galo. Svarbu nelaukti 7 dienų, kad pradėtumėte kitą naują 21-os tabletės pakuotę, reikia pradėti naują pakuotę iš karto.

Tačiau jei pacientė trečiosios SKKT naudojimo savaitės metu neišgėrė trijų ar keturių tablečių, ji turi toliau nevartoti SKKT 7 dienas ir po to pradėti naują pakuotę.

Autoriaus nuomone antrą naudojimo savaitę, t. y. kai jau buvo išgertos 7 ar daugiau tablečių, praleidus tris ar keturias tabletes ovuliacija neįvyks, todėl papildoma kontracepcija nėra būtina. O skubioji kontracepcija šiuo atveju reikalinga tik tada, jei pirmąją savaitę irgi buvo praleistos tabletės [2].

Jei pavėluojama pradėti naują pakuotę ilgiau kaip 2 dienas arba praleista išgerti daugiau kaip 2 tabletės iš pirmųjų septynių (1-7 dienos) būtina susilaikyti nuo lytinių santykių arba naudoti papildomas kontracepcijos priemones kitas 7 dienas [4]. Jei per šias dienas (tablečių nevartojimo intervalą) įvyko lytiniai santykiai reikia iš karto išgerti skubiosios kontracepcijos tabletę. Per 24 valandas po skubiosios kontracepcijos reikia pradėti vėl vartoti SKKT.

Jei naudojama 28 tablečių SKKT ir buvo pamiršta išgerti bet kuri iš 7 neaktyvių (kitos spalvos) tablečių reikia išmesti užmirštas tabletes ir tęsti kitų tablečių vartojimo režimą, svarbu pradėti naują pakuotę laiku [2].

Pacientes taip pat labai svarbu informuoti dėl galimo vėmimo ar viduriavimo pasekmių. Jei vemiama per pirmas 2 valandas po tabletės suvartojimo, manoma, jog preparatas jau buvo absorbuotas. Jeigu vėmimas pasireiškia greitai po tabletės išgėrimo būtina elgtis pagal pamirštų išgerti tablečių nurodymus.

1.2.1.3. Kontraceptinis makšties žiedas

Kontraceptinis makšties žiedas rinkoje tiekiamas Nuvaring pavadinimu. Nuvaring yra lankstus, minkštas, be latekso, 54 mm diametro žiedas, išskiriantis per parą 120µg etonogestrelis ir 15 µg etinilestradiolis.

Šie hormonai blokuoja ovuliaciją, tirština gimdos kaklelio gleives, sutrikdo galimybę kiaušialąstei įsitvirtinti gimdos gleivinėje. Veikimo mechanizmas pagrįstas kūno temperatūra, kuri skatina iš žiedo išsiskirti hormonus.

Estrogenai ir progestinai nepatenka į skrandį, o išskiriami tiesiai į sisteminę kraujotaką. Šis aspektas itin svarbus, nes daugelis pacienčių turi jautrų bei pažeistą skrandį, dėka šio kontraceptinio metodo išvengiama virškinamojo trakto pažeidimų. Taip pat labai svarbu, jog vėmiant ar viduriuojant nesumažėja kontraceptinis efektyvumas.

Žiedas į makštį dedamas pirmąją menstruacinio ciklo dieną 21 dienai, po to daroma 7 dienų pertrauka. Žiedo *pagrindinis privalumas* tas, jog užtikrinama ideali ciklo kontrolė taip pat paprastas naudojimas [1]. Iš kontraceptinio žiedo išskiriamas hormonų kiekis viso ciklo metu yra vienodas, dėl to išvengiama hormonų koncentracijos svyravimo, todėl tokie šalutiniai poveikiai kaip krūtų skausmingumas, tepimas kraujingomis išskyromis, galvos skausmai yra retesni lyginant su SKKT [25].

Tačiau makšties žiede su estrogenu kombinuojamas gestagenas - etonogestrelis yra aktyvus dezogestrelis, kuris pasižymi androgeniniu poveikiu metabolitas, todėl gali sukelti androgeninių reiškinių.

Lyginant šią kontraceptinę priemonę su sudėtinėmis kombinuotomis kontraceptinėmis tabletėmis išskiriami esminiai žiedo pranašumai [22, 14]:

- subalansuota hormonų koncentracija, kuri kraujo serume nekinta per žiedo naudojimo periodą;
- aplenkiamas skrandis;
- itin paprastas naudojimas, tereikia prisiminti kartą per mėnesį.

1.2.1.4. Kontraceptinis pleistras

Transderminis kontraceptinis pleistras (rinkoje esantis Evra pavadinimu). Tai 4,5 x 4,5 cm plonas ant odos klijuojamas pleistras, neturintis latekso ir per parą išskiriantis į sisteminę

kraujotaką 150 µg norelgestromino ir 20 µg etinilestradiolio. Kontraceptinis veikimas tapatus makšties žiedui ar SKKT.

Kiekvienas pleistras klijuojamas 7 dienoms tris savaites iš eilės (viso trys pleistrai per šį laikotarpį), ciklo pabaigoje vieną savaitę daroma pertrauka. Jeigu ši kontraceptinė priemonė buvo atsiklijavusi ilgiau nei 24 valandas reikia papildomos kontracepcijos priemonių. Priemonė klijuojama pilvo, sėdmenų, nugaros, šlaunų srityje ar ant išorinės žasto dalies. Šios priemonės klijavimo vietą kas savaitę rekomenduojama keisti.

Esminis pranašumas prieš SKKT yra vartojimo patogumas, nes nereikia kontracepcijos vartoti kasdien ir ženkliai sumažėja tikimybė pamiršti kontracepciją. Be to veikliosios medžiagos per odą tiesiogiai patenka į sisteminę kraujotaką. Tai sąlygoja pastovią lytinių hormonų, esančių kontraceptiniame pleistre, koncentraciją kraujyje. Taip pat pleistre naudojamas norelgestrominas yra aktyvus nomegestrolio, kuris nepasižymi androgeniniu poveikiu, metabolitas, dėl to nesukelia androgeninių reiškinių [21, 27].

Trūkumai:

- Lyginant kontraceptinį pleistrą su kontraceptinėmis tabletėmis paaiškėja, jog pleistras truputį dažniau sukelia krūtų tempimą (diskomfortą) bei dismenorėją [2].
- Atlikti atvejo - kontrolės tyrimai taip pat rodo, jog pleistras labiau didina venų tromboembolijos riziką lyginant su tabletėmis, kuriose etinilestradiolio dozė yra 30 – 35 mcg. Šis poveikis pasireiškia dėl farmakokinetikos, nes pleistrų vartotojos gauna apie 60% didesnę estrogeno dozę [2].
- Taip pat moterims, sveriančioms daugiau nei 90 kg šios priemonės kontraceptinis efektyvumas nėra maksimalus. Klinikiniuose tyrimuose nurodyta, jog 3 % moterų, sveriančių daugiau nei 90 kg ir naudojančių kontraceptinius pleistrus, pastojo [14].

1.2.2. Sudėtinės hormoninės kontracepcijos tinkamumo įvertinimas, kontraindikacijos

Skiriant sudėtinės kontracepcijos priemones būtina atidžiai išsiaiškinti moters ligų anamnezę bei įvertinti kitus svarbius veiksnius prieš parenkant kontraceptinę priemonę.

1. Amžius. Pagal PSO rekomendacijas moterys iki 40 metų jei nėra kitų kontraindikacijų sudėtinę kombinuotą hormoninę kontracepciją gali naudoti be apribojimų t.y. 1 tinkamumo kategorija pagal PSO, tačiau vyresnės nei 40 metų moterys patenka į 2 kategoriją [12]. Taigi moters amžius yra labai svarbus veiksnys vertinant sudėtinės hormoninės kontracepcijos tinkamumą.

2. Būklė po gimdymo. Žindančiai moteriai hormoninės kontracepcijos vartojimas galimas 6 savaitės po gimdymo. Vartojimas ankstesniu laikotarpiu vertinamas kaip absoliuti kontraindikacija (kategorija 4) [4]. Maitinančiai moteriai kombinuotos kontracepcijos taip pat nerekomenduojama vartoti iki 6 mėnesių po gimdymo, tačiau praėjus šiam laikotarpiui moteris jau gali vartoti sudėtinę hormoninę kontracepciją. Nežindančios moterys sudėtinę hormoninę kontracepciją gali vartoti be apribojimų jei po gimdymo praėję daugiau nei 42 paros [12].

3. Rūkymas. Šis faktorius itin svarbus, nes rūkymas sukelia arterijų sienelių pakitimus išliekančius visą gyvenimą. Taigi moterims per dieną surūkančioms daugiau nei 15 cigarečių sudėtinė hormoninė kontracepcija priskiriama reliatyviai kontraindikacijai, pagal PSO 3 kategorijai. Absoliučia kontraindikacija kombinuotos kontracepcijos naudojimui priskiriama nuolatinis rūkymas bei didesnis nei 35 metai moters amžius [2].

4. Viršsvoris. Jei moters BMI (kūno masės indeksas) - 35 - 39,9 kg/m² t.y. II laipsnio nutukimas sudėtinės hormoninės kontracepcijos naudojimas prilyginamas reliatyviai kontraindikacijai (pagal PSO 3 kategorija), absoliučia kontraindikacija laikoma jei BMI - daugiau 40 kg/m² III laipsnio nutukimas (didžiulis nutukimas) [2].

5. Migrena. Gydytojas parinkdamas kontraceptinę priemonę ar metodą privalo išsiaiškinti ar moteris nesiskundžia migreniniais galvos skausmais, nes tinkamai neišsiaiškinus ir paskyrus sudėtinį hormoninį preparatą stipriai padidėja trombinio insulto rizika. Jei pacientei diagnozuota migrena bei priepuoliai būna ilgi (t.y. ilgesni nei 72 val.) bei su aura, tokia būklė prilyginama 4 kategorijai pagal PSO. Migrena be auros tačiau su papildomais arterijų rizikos faktoriais patenka į reliatyvios kontraindikacijos kategoriją [13].

6. Cukrinis diabetas. Esant šiai būklei būtina rimtai apsvarstyti ar tikrai verta skirti sudėtinę hormoninę kontracepciją, nes nesunkus cukrinis diabetas jauname moters amžiuje patenka į kontraindikacijų 3 kategoriją, o cukrinis diabetas su komplikacijomis vertinamas kaip absoliuti kontraindikacija skirti sudėtinės kontracepcijos priemones [2]. Sergant cukriniu diabetu patartina rinktis progestininius kontraceptikus arba barjerines priemones.

7. Venų ligos. Paviršinių venų varikozė pagal PSO nėra kontraindikacija sudėtinės kontracepcijos naudojimui, tačiau absoliučia kontraindikacija laikoma giliųjų venų trombozė, planuojama venų chirurginė procedūra bei venų varikozė su tromboembolijos rizikos faktoriais. Ši būklė pagal PSO priskiriama 4 kategorijai [2, 4].

8. Išeminė širdies liga. Tai absoliuti kontraceptikų su estrogenais kontraindikacija. Naudojant tik gestagenų turinčius kontraceptikus (GGK, implantus, gimdos spirales su LNG) tam tikrais atvejais nauda gali viršyti riziką. Išeminė širdies liga sergančios moterys be apribojimų gali naudoti gimdos spirales su variu, barjerines priemones [6].

9. Hipertenzija. Sudėtinės kombinuotos kontracepcijos priemonės gali didinti kraujo spaudimą ypač vyresniame amžiuje. Kraujospūdžio rodmenys viršijantys 140/90 mmHg vertinami kaip reliatyvi kontraindikacija (3 kategorija) naudoti sudėtinę hormoninę kontracepciją [13, 2].

10. Miokardo infarktas. Sudėtinių kombinuotų kontraceptikų vartojimas kelia kiek didesnę miokardo infarkto grėsmę nutukusioms moterims, sergant hipertenzija, lipoproteinemija ar diabetu. Daug didesnė grėsmė rūkančioms moterims (185 iš 100000 gausiai rūkančių 40-44 metų moterų). Kombinuotų kontraceptikų poveikis arterinėms komplikacijoms (miokardo infarktui, išeminiam insultui) priklauso nuo bendro estrogenų ir gestagenų poveikio. Tačiau nėra įrodyta, kad sudėtinė hormoninė kontracepcija arba jų vartojimo trukmė būtų savarankiškas miokardo infarkto rizikos veiksnys, tačiau turinčioms kitų miokardo infarkto rizikos veiksnių moterims šių priemonių vartoti negalima. Be apribojimų moteris gali naudoti gimdos spirales su variu ir barjerines priemones [6].

11. Smegenų kraujagyslių liga. Insultų grėsmė didesnė vyresnėms kaip 35 metų ir gausiai rūkančioms moterims. Apskaičiuota, kad trombozinio (išeminio) ir hemoraginio insulto, siejamo su sudėtiniais hormoniniais kontraceptikais (senesniais ir didesnių dozių preparatais), grėsmė – 37 insultai 100000 vartotojų per metus [7]. Palyginus insultą patyrusių ir sudėtinę hormoninę kontracepciją vartojusių bei nevartojusių moterų grupių rizikos veiksnius skirtumų nerasta. Taigi nepakanka duomenų teigti, kad kombinuotieji kontraceptikai yra savarankiškas rizikos veiksnys. Tačiau jeigu praityje buvo insultas arba yra insulto rizikos veiksnių (hipertenzija), sudėtinių hormoninių kontracepcijos priemonių vartoti nerekomenduojama, pirmenybė teikiama gimdos spiralėms su variu ir barjeriniams kontraceptikams [6].

12. Hormoniniai kontraceptikai metabolizuojami kepenyse, todėl gali turėti neigiamą **poveikį** jau pažeistai **kepenų funkcijai** arba dar labiau ją pabloginti. Todėl kepenų ligomis sergančiai moteriai nerekomenduojama skirti jokių hormoninių kontraceptikų [6]. Geriančioms kontraceptikus didėja kepenų adenomų dažnis [7].

13. Vėžys. Kontraceptiniai junginiai mažina gimdos gleivinės ir kiaušidžių vėžio riziką. Po 5 metų vartojimo rizika sirgti šiomis ligomis sumažėja 20%, po 15 naudojimo metų rizika sumažėja 50% [1]. Apsauginis poveikis pasireiškia dėl sudėtinės hormoninės kontracepcijos sukkelto ovuliacijos blokavimo bei endometriumo proliferacijos stabdymo. Kitas

labai svarbus aspektas yra krūties vėžys. Rizika susirgti šia liga priklauso nuo daugelio veiksnių, be abejo įtakos turi ir sudėtinė hormoninė kontracepcija [26]. Pradėjus vartoti sudėtinę hormoninę kontracepciją rizika susirgti krūties vėžiu padidėja 24%, tačiau nutraukus vartojimą tikimybė susirgti šia liga palaiapsniui mažėja ir per 10 metų nebelieka padidintos rizikos [1, 28, 2]. Tačiau moterys, turinčios BRCA 1 geno mutaciją siejamą su krūties vėžiu patenka į 3 PSO kategoriją [1]. Sergančioms krūties vėžiu sudėtinė hormoninė kontracepcija kontraindikuotina, šių priemonių naudojimas galimas tik po 5 metų remisijos [2, 4]

1.2.3. Sudėtinės hormoninės kontracepcijos ir vaistų sąveika

Informacija apie sudėtinių kombinuotų kontraceptinių tablečių sąveikas su kitais preparatais labai svarbi, nes esant tam tikroms sąveikoms gali sumažėti kontraceptinis efektyvumas bei padidėti pastojimo rizika.

Pagal PSO 2010 m. įrodymus nustatyta, jog plataus spektro antibiotikai sumažina storosios žarnos bakterijų kiekį, dėl to gali sumažėti enterohepatinis estrogeno perdirbimas bei recirkuliacija. Tačiau šiuo metu įrodyta, jog ne visi antibiotikai estrogenų apykaitą veikia vienodai. Antibiotikai, kurie nėra kepenų fermentų induktoriai pvz.: penicilinai, tetraciklinai, makrolidai, fluorochinolonas ir imidazolo priešgrybeliniai vaistai nesukelia ryškaus estrogenų sumažėjimo kraujo serume, kad sumažėtų SKKT kontraceptinis efektyvumas [11].

Mokslinėje literatūroje išskiriama hormoninės kontracepcijos kliniškai reikšminga sąveika su šiais vaistais:

- ***Kepenų fermentų induktoriais*** (karbamazepinu, okskarbamazepinu, topiramatu (jei dienos dozė >200 mg), barbitūratais). Šie vaistai gali stipriai sumažinti sudėtinės hormoninės kontracepcijos efektyvumą, nes ženkliai sumažina etinilestradiolio kiekį kraujo serume. Moterims pradedančioms vartoti fermentinį aktyvumą skatinančius vaistus būtina patarti rinktis kontraceptines priemones, kurių neveikia fermentų induktoriai t.y. barjerines priemones, progestino injekcijas, levonorgestrelio ar vario spirales. Moterys, nenorinčios keisti sudėtinės kombinuotos hormoninės kontracepcijos gali toliau naudoti šias kontracepcijos priemones, tačiau rekomenduojama ne mažesnė nei 30 mikrogramų etinilestradiolio dozė bei papildoma apsauga pvz.: barjerinė kontracepcija. Literatūroje išskiriama, jog vartojant ***labai stiprius fermentų induktorius (rifampiciną, rifambutiną)*** etinilestradiolio dozė turėtų būti ne mažesnė nei 50 mcg. Taip pat vienfazio kontraceptinio preparato patariama gerti 3 - 4 ciklus be pertraukų, po to padaryti 4 dienų pertrauką. Papildomą kontracepciją būtina vartoti dar 28 dienas po enzimų indukuojančių vaistų vartojimo nutraukimo, net jei vaistai buvo vartoti trumpiau nei 7 dienas [11]. Pagal PSO

rekomendacijas rifampicino ar rifambutino vartojimas patenka į absoliučios kontraindikacijos klasę, todėl jei yra galimybė tokioms moterims būtina patarti rinktis injekcinį DMPA ar levonorgestrelio spirale.

- Kalį sulaikančiais diuretikais (hiperkalemijos pavojus galimas su drospironu)
- Lamotriginu. Šio vaisto koncentracija gali sumažėti dėl sudėtinės hormoninės kontracepcijos veikimo, todėl galimi epilepsijos priepuoliai. Pagal PSO 3 rizikos klasę, todėl geriau rinktis estrogenų neturinčią kontracepciją [2].
- Jonažolės preparatais [2].

Ypač aktualūs jonažolės preparatai, nes dirbant vaistinėje daugelis klientų renkasi šiuos preparatus nežinodami dažnos jos sąveikos su kitais preparatais. Gydytojams ir farmacijos specialistams būtina pacientes informuoti apie jonažolės sąveiką su hormonine kontracepcija. Pagal Vaistų saugumo komiteto rekomendacijas patariama nevartoti nei sudėtinės hormoninės kontracepcijos nei peroralinės progesterininės kontracepcijos kartu su jonažolės preparatais.

Pagal naujas rekomendacijas kliniškai svarbios sąveikos hormoninės kontracepcijos efektyvumui nesukelia:

- Griseofulvinas
- Lansoprazolis (naujausios studijos paneigia ankstesnę nuomonę, kad šis vaistas yra fermentų induktorius, todėl sudėtinės hormoninės kontracepcijos veikimui įtakos neturi) [11].
- Valproatas
- Klonazepamas
- Varfarinas (trūksta patikimų įrodymų, dėl to reikšminga sąveika nenustatyta) [11].

1.2.4. Hormoninės kontracepcijos nepalankūs poveikiai

Sudėtinės kombinuotos kontraceptinės tabletės gali sukelti nepalankių efektų, kuriuos pagal svarbą būtų galima suskirstyti į:

Lengvi nepalankūs poveikiai:

1. Pykinimas, krūčių skausmas, dingęs kraujavimas ir edema – siejami su preparato estrogeno didesniu kiekiu [7].

2. Galvos skausmas lengvas ir laikinas. Tačiau pasireiškus rimtam nepalankiam poveikiui: migrenai arba sustiprėjus migrenai, gydymą sudėtinė hormoninė kontracepcija būtina keisti į preparatus be estrogenų arba rinktis kitą kontracepcijos metodą [2].
3. Tepimas arba kraujavimas. Pasitaiko gana dažnai, nepavojingas, tačiau gali varginti. Kraujavimo arba tepimo tarp menstruacijų priežastis kartais būna pamirštos išgerti tabletės. Jei pacientei tepimas trukdo, skiriamas kitos sudėties mažų dozių kombinuotas hormoninis preparatas ar kitas kontracepcijos būdas [6].

Vidutiniai nepalankūs poveikiai:

1. Svorio padidėjimas. Šis nepalankus poveikis dažniau pasireiškia nuo derinių su androgeniniais progestiniais [7]. Moterys, kurių kūno masės indeksas mažesnis nei $30,0 \text{ kg/m}^2$, gali naudoti bet kurį kontracepcijos būdą, jei nėra kitų rizikos veiksnių. Moterys, kurių kūno masės indeksas $\geq 30,0 \text{ kg/m}^2$, net jei nėra kitų rizikos veiksnių, pirmiausiai turėtų rinktis silpniausiai aterogeniškai veikiančius III kartos gestagenus, gimdos spirales be hormonų ir barjerines priemones [6].
2. Gali sustiprėti odos pigmentacija, ypač tamsaus gymio moterims. Manoma, kad pigmentaciją pagreitina vitamino B trūkumas.
3. Aknę paspartinti gali androgeninių progestinų turintys preparatai (Dezogestrelis, Noretindronas, L-norgestrelis ir kt.).
4. Hirsutizmą lemia “19-nortestosterono” dariniai, todėl tokioms pacientėms labiau tinka deriniai su neandrogeniniais progestiniais.
5. Kai kurioms moterims pasireiškia amenorėja (išnykusios menstruacijos). Nustojus gerti kontraceptikus 95% pacienčių mėnesinės grįžta, kitai daliai grįžta per kelis mėnesius [7].
6. Virškinimo sutrikimai.
7. Depresija, verčianti nutraukti terapiją, pasireiškia 6% kai kuriuos preparatus vartojančių pacienčių [7].

1.2.5. Progestinų kontracepcija

Progestinų kontracepcijos priemonės nuo sudėtinės hormoninės kontracepcijos skiriasi savo sudėtimi, t.y. sudaryta tik iš progestino. Šioms kontracepcijos priemonėms priklauso progestinų geriamoji kontracepcija (POP), implantai bei injekcijos, skubioji kontracepcija taip pat gimdinė levonorgestrelio spiralė. Pastarąją kontracepcijos priemonę priskyrėme prie intrauterinės kontracepcijos priemonių.

Progestinų kontracepcija turi daug pranašumų lyginant su sudėtinėmis kombinuotomis hormoninės kontracepcijos priemonėmis [19].

- Tinka moterims, kurioms kontraindikuotini estrogeniniai kontraceptikai, t.y. sergančioms hipertenzija, cukriniu diabetu. Ypatingai svarbu, kad tinka moterims sergančioms migrena, nes palaiko endogeninių hormonų stabilumą. Nagrinėjant mokslinę literatūrą pabrėžiama, kad būtent hormonų koncentracijos svyravimai gali sukelti migrenos priepuolius [2]. Rezultatai neįrodo, jog naudojant progestinų kontracepciją migrenos priepuolių nebus, tačiau šios kontracepcijos priemonėse nėra estrogenų galinčių sukelti pavojingą būklę moters sveikatai.

- Indikuotini moterims, kurioms padidėjusi venų arba arterijų ligų rizika. Į šią grupę patenka moterys sirgusios venų tromboembolijos ligomis (pagal PSO priskiriama 2 klasei), nutukusios, taip pat vyresnio amžiaus rūkančios moterys [2, 30].

- Progestinų kontracepcija taip pat rekomenduojama moterims, kurios kenčia estrogenų šalutinį poveikį, pvz.: krūčių jautrumą, galvos skausmus, pykinimą [19].

- Neturi įrodyto bei pagrįsto ryšio su vėžinių susirgimų didėjimo rizika [2].

Būtina pabrėžti, kad progestinų kontracepcija neapsaugo nuo lytiniu keliu plintančių ligų kaip ir sudėtinė hormoninė kontracepcija.

1.2.5.1. Progestinų geriamoji kontracepcija

Lietuvoje registruotos gestageninės kontraceptinės tabletės: Azalia, Cerazette, turinčios po 75µg desogestrelio. Progestinų geriamoji kontracepcija (POP) ypatingai tinkama maitinančioms moterims, kadangi neslopina laktacijos bei nelemia motinos pieno kokybės.

Veikimo mechanizmas:

- sutirština gimdos kaklelio gleives, dėl to spermatozoidams sunku judėti ir patekti į gimdą,
- apsunkina kiaušialąstės įsitvirtinimą gimdoje, nes slopina endometriumo proliferaciją,
- slopina ovuliaciją. Tabletės su dezogestreliu slopina maždaug 97 - 99% ciklą, tai reiškia, jog kontraceptinis poveikis beveik prilygsta SKKT [19].

Šią kontraceptinę priemonę būtina vartoti kasdien, maždaug tuo pačiu metu. POP pradėti naudoti galima bet kurią ciklo dieną, tačiau 7 dienas būtina naudoti papildomą kontracepciją arba susilaikyti nuo lytinių santykių. Jei šios priemonės pradedamos vartoti per 5 dienas nuo ciklo pradžios, papildoma kontracepcija nereikalinga [19]. Vienintelis įvardijamas skirtumas tarp sudėtinių geriamųjų kontraceptinių tablečių ir POP vartojimo schemos yra tas, jog progestinines minipiliules reikia gerti be pertraukų t.y. pabaigus vieną pakuotę, pradėti gerti kitą pakuotę.

Mokslinėje literatūroje nurodoma, jog jeigu tabletę išgerti pavėluojama bent tris valandas, moteris kitas 48 valandas po tabletės išgėrimo turi naudoti papildomą kontracepciją arba susilaikyti nuo lytinių santykių [1].

Jeigu šią kontracepciją naudoja neseniai pagimdžiusi moteris t.y. nepraėję 6 mėnesiai po gimdymo, ji vis dar reguliariai maitina ir neserga mėnesinėmis tai pamiršus išgerti POP 3 valandas, jokia papildoma kontracepcija nėra reikalinga [2].

Svarbu pabrėžti, jog dažnai diskutuotinas POP veiksmingumas nutukusioms moterims. Užsienio literatūros duomenimis Jungtinėje karalystėje rekomenduojama moterims, sveriančioms daugiau nei 70 kg kasdien naudoti dvigubą dozę POP norint gauti tinkamą kontraceptinį efektą. Tačiau autorių nuomone, ši rekomendacija nėra pagrįsta, nes nėra įrodymų pagrindžiančių šias rekomendacijas [1].

Vartojant progestininius kontraceptikus pakinta mėnesinių ciklas ir kraujavimo pobūdis. Dažniausiai šių priemonių naudojimo pradžioje menstruacinis kraujavimas pailgėja bei padažnėja, tačiau maždaug po 1 metų beveik pusei POP vartotojų kraujavimas suretėjo arba visiškai išnyko [2].

Be abejo yra ir kontraindikacijų POP naudojimui:

- Kepenų adenoma ar vėžys, jei nėra pasiekta remisija.
- Esamas nėštumas.

1.2.5.2. Ilgalaikiai injekciniai kontraceptikai

Užsienyje registruotas leidžiamasis ilgo veikimo progestinas (Depo-provera) –depot-medroksiprogesterono acetatas (DMPA). Pagal PSO duomenis DMPA vartotojoms nėra jokios padidintos rizikos susirgti krūtims, kiaušidžių ar gimdos kaklelio vėžiu taip pat penkis kartus mažesnė rizika - gimdos gleivinės karcinomos [2].

Depo-provera leidžiama kas 12 savaičių giliai į raumenis per penkias dienas nuo mėnesinių ciklo pradžios.

Veikimo mechanizmas:

- anovuliacijos sukėlimas
- tirštinamos gimdos kaklelio gleivės
- slopinamas gimdos gleivinės vešėjimas, dėl to trikdomas kiaušialąstės įsitvirtinimas gimdos gleivinėje.

Šių kontraceptikų esminis pranašumas tas, jog ilgalaikiai injekciniai kontraceptikai tinkami vartoti su daugeliu vaistų nuo epilepsijos, taip pat galimi vartoti netgi su rifampicinu, kuris turi itin daug sąveikų su kitais preparatais [11].

Dažniausiai kylanti problema renkantis šį kontraceptinį preparatą iškyla tuomet jei moteris nori greitu laiku pastoti. Depo-provera poveikio negalima sustabdyti anksčiau t.y. po injekcijos pastojimas negalimas mažiausiai 3 mėnesius.

Nepageidaujamas poveikis:

- Galimas menstruacijų nebuvimas, nereguliarus tepimas ar kraujavimas,
- Krūtų skausmingumas ar tempimas,
- Tikėtinas svorio prieaugis. Šį teiginį patvirtina Cochraine studijos, kurios nustatė, jog per dvejus metus priaugama apie 3 kg [2].
- Depresija, libido sumažėjimas,
- Galimas kaulų tankio sumažėjimas (tačiau šis efektas nėra pakankamai gerai iširtas).

1.2.5.3. Kontraceptinis implantas

Poodinis kontraceptinis implantas priskiriamas progestinų ilgalaikiai kontracepcijai. Implanto prekinis pavadinimas - Nexplanon.

Nexplanon yra apie 2 mm storio ir 40 mm ilgio šerdelė, turinti 68 mg etonogestrelio. Šerdelę gaubia membrana, ribojanti veikliosios medžiagos tirpumą. Rekomenduojama implantą keisti kas 3 metus [19]. Implantuoti šią priemonę gali tik patyręs medicinos darbuotojas.

Svarbus pranašumas, lyginant su injekcine kontracepcija yra greitesnis vaisingumo atstatymas, nes išėmus implantą pastoti galima labai greitai. Mokslinėje literatūroje teigiama, jog po implanto pašalinimo etonogestrelio koncentracija kraujyje tampa neišmatuojama po 4 parų [2]. Taip pat implantai tinkami žindančioms moterims.

Veikimo mechanizmas:

- bluokuojama ovuliacija,
- tirština gimdos kaklelio gleives ir dėl to sulėtėja spermatozoidų judėjimas

Trūkumai:

Poodiniai implantai lyginant su kitomis kontracepcijos priemonėmis dažniau gali išprovokuoti alerginių reakcijų atsiradimą. Be abejo galima ir implanto atmetimo rizika. Taip pat ši

kontraceptinė priemonė nėra tinkama naudoti su enzimus aktyvuojančiais vaistais. Šie vaistai gali sumažinti etonogestrelio koncentraciją kraujyje, todėl geriau rinktis DMPA injekcijas, spirales arba barjerinę kontracepciją [2, 11].

Nėra pakankamai ištirta ar šis kontracepcijos metodas turi reikšmės kūno svorio, nuotaikos ar libido kiekio pokyčiams. Tačiau ginekologų nuomone didelio svorio moterims (t.y. sveriančioms per 100 kg) trečiuosius implanto naudojimo metus kontraceptinis poveikis gali būti mažesnis, todėl galimas ankstesnis pakartotinas įvedimas [2].

1.2.5.4. Skubi hormoninė kontracepcija

Šis kontracepcijos metodas vartojamas po nesaugių lytinių santykių jei nepraėję daugiau nei 72 valandos po nesaugaus lytinio akto. Lietuvoje registruota Escapelle (1 tabletėje 1,5 mg levonorgestrelio), Avodele bei Postinor - 2 (2 tabletės po 0,75 mg levonorgestrelio) pavadinimais. Kuomet skubios kontracepcijos pakuotėje yra dvi tabletės, tai pirmoji tabletė išgeriama per 72 val. po nesaugių lytinių santykių, o antrąją tabletę būtina suvartoti po 8 - 12 valandų.

Svarbu pabrėžti, kad skubi kontracepcija veikia tik tada, kuomet dar nėra įvykusi apvaisintos kiaušialąstės implantacija gimdoje, tai nėra savaiminio aborto priemonė. Tačiau naudojant teisingai ekstrinės kontracepcijos dėka, moteris apsaugoma nuo nėštumo nutraukimo.

Apžvelgus galimus neigiamus padarinius moters sveikatai, kuriuos sukeltų ekstrinė kontracepcija, neišskiriama absoliučių kontraindikacijų. Užsienio autorių nuomone, levonorgestrelis nesukelia žymių alerginių reakcijų, yra gerai toleruojamas bei per kelias dienas pasišalina iš organizmo [20]. Taip pat nepastebėta ryškių sąveikų su kitais vaistais dėl ko galėtų būti kontraindikuojamas tam tikrai pacienčių grupei [5]. Tačiau pabrėžiama, jog moteris naudojanti kepenų fermentus indukuojančius vaistus turėtų naudoti dvigubą levonorgestrelio dozę t.y. dvi tabletes po 1.5 mg [19].

Veikimo mechanizmas:

Jeigu levonorgestrelio dozė išgeriama iki ovuliacijos tai išgerta skubios kontracepcijos tabletė blokuoja folikulo vystymąsi ar atideda ovuliaciją, taip pat klampina gimdos kaklelio gleives [2].

Jei tabletė išgeriama jau po įvykusios ovuliacijos sudaromos nepalankios sąlygos kiaušialąstei implantuotis gimdos gleivinėje, bei sutrikdoma kiaušintakių peristaltika.

Skubios kontracepcijos priemonės dėl didelės progestino dozės naudojamos tik retais atvejais, nes tai ekstrinis metodas, nepriskiriamas pastoviai kontracepcijai. Jei moteris naudoja hormoninę kontracepciją, tačiau pamiršo kelias tabletes, galima išgerti skubiosios kontracepcijos tabletę. Tačiau reikia įspėti pacientę, jog ir toliau naudotų pastovią kontracepciją bei rekomenduoti papildomą apsaugą dar 7 dienas [32].

Vartojant skubią kontracepciją gali atsirasti šalutiniai reiškiniai:

- menstruacinio ciklo sutrikimai, kraujingas tepimas iš lytinių organų [5],
- pykinimas,
- vėmimas (jei vemama per pirmąsias dvi valandas po preparato suvartojimo būtina išgerti kitą skubios kontracepcijos tabletę) [32],
- irzlumas, depresija,
- krūtų tempimas.

Ekstrinės kontracepcijos naudojimas, tinkama paciento konsultacija ypač svarbūs aspektai vaistininkui, nes šioms priemonėms įsigyti nereikalingas gydytojo receptas. Farmacijos specialistas privalo suteikti reikiamą informaciją apie šias priemones, jų teisingą vartojimą, galimus šalutinius poveikius taip pat esant reikalui rekomenduoti apsilankyti pas gydytoją akušerį ginekologą, kuris paskirtų efektyvią pastoviosios kontracepcijos priemonę.

1.2.6. Intrauterinė kontracepcija

1.2.6.1. Hormoninė gimdos spiralė

Lietuvoje registruota „T“ formos hormoninė gimdos spiralė pavadinimu „Mirena“ (IUS-LNG). Ji dengta atpalaidavimo greitį ribojančia membrana, todėl per parą išskiria 20 µg levonorgestrelio. IUS-LNG esančio levonorgestrelio pakanka 5 metams. Tinkamiausias periodas įdėti spiralę per pirmąsias 7 menstruacinio ciklo dienas, kuomet kraujavimas jau negausus [19].

Veikimo mechanizmas:

- Veikdama vietiškai tirština gimdos kaklelio gleives, todėl sutrikdomas spermatozoidų judėjimas į gimdą.
- Slopina gimdos gleivinės išvešėjimą, todėl gimdos gleivinė išplonėja ir sutrikdoma kiaušialąstės implantacija [22].

- Nevyksta ovuliacija, tačiau literatūroje nurodoma, jog „Mirena“ menkai slopina pagumburio - hipofizės ryšius ir mažai veikia kiaušidžių funkciją, todėl 45% - 93% ciklų išlieka ovuliaciniai [3]. Taigi galima teigti, kad blokuojama tik trečdalis ovuliacijų.

Privalumai:

- Vartojimo patogumas, nes apsaugo nuo nėštumo 5 metus.
- Gimdos spiralėje esančio levonorgestrelio į bendrą organizmo kraujotaką patenka labai mažas kiekis, todėl neturi įtakos pieno kiekiui bei kokybei. Šią spiralę galima įdėti praėjus 6 savaitėms po gimdymo.
 - Vemiant ar viduruojant nemažėja šios priemonės kontracetinis efektyvumas, tai gana svarbus pranašumas lyginant su kontracetinėmis tabletėmis.
 - Lyginant su estrogenų turinčia kontracetija pacientėms žymiai rečiau pastebimi svorio pokyčiai [3].
 - Vaisingumas galimas iškart pašalinus šią spiralę
 - Hormoninė spiralė tinkama moterims premenopauzės laikotarpiu, sergančioms endometrioze taip pat moterims, kurioms labai gausios ir sunkios menstruacijos. Daugelyje pasaulio šalių ši kontracetinė priemonė registruojama ne vien kontracetinėms indikacijoms, tačiau ir menoragijai gydyti, endometriumo hiperplazijai gydyti, pakaitinei hormonų terapijai [30,19].
 - Nėra sąveikos su enzimus aktyvuojančiais vaistais, todėl ši priemonė tinkama tokius vaistus naudojančioms moterims [2].
 - Sumažina negimdinio nėštumo, endometriumo ir kiaušidžių vėžio riziką bei saugo nuo geležies deficitinės anemijos [3].
 - Ypač svarbu jog, ši priemonė tinkama hipertenzija sergančioms moterims. Pagal PSO duomenis, jei kraujospūdis neviršija 179/109 mm Hg ir nėra kraujagyslių patologijos „Mirena“ saugi vartoti [25].

Kontraindikacijos:

- Gimdos ar krūtų piktybinis navikas, tačiau po 5 metų remisijos tinkamumas priskiriamas 3 klasei pagal PSO rekomendacijas [2].
- Ligos, dėl kurių suplonėjusi arba deformuota gimda.
- Sunki arterijų ar venų trombozė. Šios būklės pagal PSO priskiriamos 2 klasei (reliatyvi kontraindikacija).

Šalutiniai reiškiniai:

- Dažniausiai kylanti problema: nereguliarus kraujavimas, tepimas.

- Dėl vietinio levonorgestrelio poveikio gimdos gleivinei gali atsirasti amenorėja.
- Yra gimdos sienelės pradūrimo riziką dedant į gimdą spiralę
- Neapsaugo nuo lytiniu keliu plintančių ligų, tačiau šis trūkumas būdingas visai hormoninei kontracepcijai.

- Nuotaikų svyravimai, spuogai, sausumas makštyje, tačiau ilginiui šie reiškiniai sumažėja.

- Pirmaisiais mėnesiais gali pailgėti menstruacijų trukmė, nes gestagenai blokuoja estrogenų receptorių ir gimdos gleivinė nespėja atsinaujinti.

Apibendrinus galima teigti, jog ši kontraceptinė priemonė atitinka daug kriterijų, kurie itin svarbūs moterims. Tačiau šios priemonės dažnai nesirenkama dėl aukštos kainos.

1.2.6.2. Varinė gimdos spiralė

Ši kontracepcijos priemonė daugelyje šalių laikoma nepopuliariu metodu, tačiau ji vis dar naudojama dėl ilgalaikės kontracepcijos ir kainos priimtimumo. Visuomenėje manoma, jog šios priemonės tinkamos tik gimdžiusioms moterims, tačiau pagal PSO rekomendacijas mažesnių matmenų varinė spiralė tinkama naudoti ir negimdžiusioms merginoms, jei kiti metodai nepriimtini ar kontraindikuotini [2]. Kitas svarbus aspektas, kurį būtina paminėti, tai varinės spiralės naudojimas ekstrinei kontracepcijai. Spiralė įdedama į gimdą iki 5 dienų po lytinio akto [32].

Šių dienų rinkoje yra varinių spiralių ne vien su vario vielute (NOVA T380) - kontracepcija 5 metams, tačiau ir su vario vamzdeliais (T-SAFE CU 380A) užtikrinama kontracepcija 10 metų. Pastaroji spiralė vertinama labiau už spiralę su vario vielute, kadangi užtikrinama ilgesnė kontracepcija.

Spiralės būna įvairių formų, tačiau dažniausiai naudojamos „T“ arba „pasagėlės“ formos spiralės. Spiralės galas turi uodegėlę – siūlą, kuris būtinas ginekologui spiralės pašalinimo atveju.

Priemonę į gimdą gali įdėti tik gydytojas ginekologas, spiralė įdedama 4-5 mėnesinių ciklo dieną (kol šiek tiek praviras gimdos kaklelis) arba ne anksčiau kaip 6 savaitės po gimdymo.

Privalumai:

- Neturi sąveikos su vaistais,
- Sudėtyje nėra hormonų (tinkama priemonė hormonų netoleruojančioms moterims)
- Ilgalaikė kontracepcija.

Veikimo mechanizmas:

- Vario jonai gimdoje sukelia silpną uždegiminę reakciją, todėl sukuriamos nepalankios sąlygos kiaušialąstės implantacijai [33].

- Įrodyta, jog vario jonai yra toksiški spermam, pažeidžiamas spermatozoidų judrumas bei gyvybingumas [2].

Svarbu pabrėžti, kad varinė gimdos spiralė neslopina ovuliacijos, todėl įmanomas kiaušialąstės apvaisinimas, tačiau jos įsitvirtinimas gimdoje praktiškai negalimas. Retais atvejais implantacija įvyksta, tačiau kiaušialąstė dėl spiralės judesių negali normaliai vystytis ir funkcionuoti.

Galimos problemos naudojant varinę spiralę:

1. Infekcijos rizika per pirmąsias 3 savaites po spiralės įvedimo [33],
2. Spiralės iškritimas,
3. Neapsaugo nuo lytiniu keliu plintančių ligų,
4. Gimdos, šlapimo pūslės ar žarnyno perforacija,
5. Sustiprėjęs ir ilgesnis (maždaug 1 diena) menstruacinis kraujavimas,
6. Negimdinis nėštumas [2].

1.2.7. Barjerinė kontracepcija

1.2.7.1. Prezervatyvai

Barjeriniams kontracepcijos metodams priskiriami vyriškieji ir moteriškieji prezervatyvai taip pat *makšties diafragmos ir gimdos kaklelio gaubteliai*. Vyriškojo prezervatyvo naudojimas yra gana populiarus kontracepcijos metodas, nes kartu apsaugo nuo lytiniu keliu plintančių ligų. Šis poveikis itin svarbus atsitiktinių lytinių santykių metu. Patikimi ir leisti tiekti rinkai prezervatyvai turi būti paženklinėti CE ženklu. Moteriškieji prezervatyvai, diafragmos ir gaubteliai Lietuvoje praktiškai nenaudojami.

Atskiri tyrimai rodo, kad pastovus prezervatyvų naudojimas porų, kurių vienas partneris yra ŽIV teigiamas, gali visiškai apsaugoti kitą partnerį nuo užsikrėtimo šia liga. Prezervatyvai taip pat apsaugo ir nuo kitų lytiniu keliu plintančių ligų: gonokokinės infekcijos, chlamidijų sukeltos infekcijos bei herpes viruso [29]. Praktikuojant šias kontracepcijos priemones būtina pasitikrinti ar prezervatyvas yra tinkamas naudoti t.y. nesuplyšęs, nepradurtas ar nenusmukęs.

Veikimo mechanizmas:

Barjerinės priemonės neleidžia spermai patekti į moters gimdą t.y. veikia kaip barjeras, dėl to nėra galimybės apvaisinti kiaušialąstės. taip pat kai kurie prezervatyvai iš vidaus dengti spermicidais, kurie žudo spermatozoidus, todėl didėja apsaugos efektyvumas.

Lyginant šį kontracepcijos metodą su kitomis kontracepcijos priemonėmis galima teigti, kad jis turi daug pranašumų:

- Prezervatyvų naudojimui nėra kontraindikacijų,
- Apsaugo nuo lytiniu keliu plintančių ligų [1],
- Tinka naudoti poroms, kurioms kontraindikuotina hormoninė kontracepcija
- Prezervatyvus labai paprasta įsigyti, jų yra daugelyje parduotuvių ir vaistinių.
- Nesukelia jokio šalutinio poveikio ir nekenkia abiejų partnerių sveikatai, tik

retais atvejais dėl latekso gali pasireikšti alerginės reakcijos.

Tačiau prezervatyvai šiek tiek sumažina pojūčius lytinių santykių metu, todėl kai kurioms poroms priimtinesnė hormoninė ar kita kontracepcija [2].

1.2.8. Cheminės kontracepcijos priemonės

1.2.8.1. Spermicidai

Tai cheminės prigimties nehormoninės medžiagos, kurios patekę į makštį veikia tik vietiškai. Spermicidai padengia visą makšties gleivinę. Taip sudaro mechaninį barjerą, slopina spermatozoidų judrumą ir galiausiai juos sunaikina. Spermicidai neslopina ovuliacijos, neturi hormoninei kontracepcijai būdingo poveikio, todėl jų efektyvumas siekia 70 – 75%. Spermicidinės medžiagos turi antimikrobinių ir antivirusinių savybių.

Lietuvoje registruoti spermicidai yra benzalkonio chloridas (Pharmatex) preparatai: makšties žvakutės, tabletės, kremas bei (Patentex) - nonoxylonas išleidžiamas makšties žvakutėmis. Benzalkonio chloridas mažiau dirgina makšties gleivinę, o nonoxylonas gana dažnai jautrina makšties gleivinę, todėl rekomenduojamas ne dažniau kaip 4 kartus per dieną (kad makšties gleivinė galėtų atsinaujinti). Taip pat spermicidai tinkami naudoti su diafragmomis ar makšties kepurėlėmis. Literatūroje teigiama, jog šios priemonės tinkamos naudoti su visomis barjerinėmis priemonėmis, tai užtikrina itin efektyvią kontracepciją [30]. Tačiau kituose šaltiniuose nurodoma, jog cheminės kontracepcijos preparatų, ypač nonoxylono, negalima naudoti su vyriškaisiais

prezervatyvais [2]. Siekiant užtikrinti maksimalų priemonių efektyvumą, priemonių su nonoxylonu nereiktų vartoti su prezervatyvais.

Šios kontraceptinės priemonės įsigijamos vaistinėse be gydytojo recepto, todėl farmacijos specialistas privalo suteikti išsamią informaciją apie šių preparatų tinkamą naudojimą.

Naudojimo rekomendacijos [1]:

- Prieš lytinį aktą žvakutė įdedama giliai į makštį. Kūno temperatūroje per 10-15 minučių žvakutė ištirpsta ir spermicidinės medžiagos padengia makšties sienelės.
- Spermicidinių medžiagų efektyvumas pradeda silpti po 1 valandos, todėl jei per šį laikotarpį neįvyksta lytinis aktas rekomenduojama naudoti kitą žvakutę.
- 2 val. iki lytinių santykių ir 2 val. po lytinių santykių lytinius organus moteriai galima apsiplauti tik išoriškai ir tik paprastu švairiu vandeniu, nesinaudojant muilu, kadangi muilas silpnina veikliąją vietinio kontraceptiko medžiagą.
- Saugios maudynės su muilais galimos maždaug po 6 valandų.

Apibendrinus išryškėja esminiai pranašumai: tai paprastas įsigijimas vaistinėse, šalutinio poveikio nebuvimas (išskyrus kartais pasitaikančias alergines reakcijas), saugu naudoti moterims, kurioms kontraindikuotina hormoninė kontracepcija. Pagrindiniai minusai yra mažesnis patikimumas lyginant su vyriškaisiais prezervatyvais ar hormonine kontracepcija, reikia naudoti prieš kiekvienus lytinius santykius taip pat galimas makšties dirginimas, alerginės reakcijos bei sausumas dažnai naudojant.

1.2.9. Natūralūs šeimos planavimo metodai

Natūralaus šeimos planavimo (NŠP) būdai:

- Kalendorinis (Ogino-Knauso arba ritminis). Vaisingų dienų pradžia ir pabaiga apskaičiuojama pagal formules. Vengianti pastoti pora turi susilaikyti nuo lytinių santykių nuo 6 iki 19 ciklo dienos imtinai.
- Bazinės kūno temperatūros (temperatūrinis). Metodas pagrįstas tuo, kad po ovuliacijos kiaušidėje formuojasi geltonkūnis gaminantis progesteriną, kurie kūno temperatūrą pakelia bent 0,2⁰ C. Saugūs lytiniai santykiai tik trečios dienos vakare po temperatūros pakilimo.
- Gimdos kaklelio gleivių (ovuliacijos arba Bilingso). Mėnesinių ciklo metu keičiasi gimdos kaklelio gleivės. Galima nustatyti tiek vaisingų dienų pradžią, tiek pabaigą.

- Simptotermis. Tai kelių NŠP metodų derinys. Pasirenkami ne mažiau kaip du metodai pirmai ir paskutinei vaisingai dienai nustatyti.
- LAM (laktacinės amenorėjos metodas). Žindymo metu pagumbrio ir hipofizės sistemoje slopinamas gonadotropinus išskiriančio hormono išskyrimas. Prolaktinas taip pat tiesiogiai veikia kiaušides, mažindamas jų jautrumą gonadotropinams ir slopindamas steroidogenezę. Laikotarpis nuo gimdymo iki pirmosios ovuliacijos (kai naujagimis maitinamas tik motinos pienu) yra įvairus ir gali trukti nuo 43 iki 193 dienų [6].

NŠP būdai priimtini poroms, kurios dėl religinių įsitikinimų nenori naudoti kito, efektyvesnio kontracepcijos metodo.

2. TYRIMO METODIKA IR ORGANIZAVIMAS

Tyrimo planas: Tyrimui atlikti buvo paruoštos dvejopos anketos. Vienos apklausos būdu buvo tiriamos moterų nuostatos bei nuomonė apie kontraceptinių priemonių vartojimą (1 priedas), kitos apklausos būdu buvo tiriama farmacijos specialistų kompetencija siekiant užtikrinti racionalų kontracepcijos priemonių naudojimą (2 priedas). Vykdam anketines apklausas buvo laikomasi anonimiškumo ir konfidencialumo principų.

Tiriamasis objektas: pirmosios anketos – reprodukcinio amžiaus moterys. Antrosios anketos – visuomenės vaistinėse dirbantys vaistininkai bei vaistininko padėjėjai (farmakotechnikai).

Tyrimo eiga ir imtis: tyrimas vykdytas 2017 metų vasario mėnesį. Pirmąją anketa, skirta moterims, buvo apklaustos 104 moterys, antrąją – 121 farmacijos specialistas t.y. 58 vaistininkai ir 63 vaistininko padėjėjai (farmakotechnikai). Moterys buvo apklaustos raštu vaistinėje, o farmacijos specialistų apklausa vykdyta anketavimo būdu portale [www. apklausa.lt](http://www.apklausa.lt)

Tyrimo metodika: Moterų apklausos anketa susideda iš 20 klausimų, kurie išdėstyti dvejose lapo pusėse (1 priedas). Farmacijos specialistų apklausa internetu susideda iš 17 klausimų. Tyrimas kiekybinis aprašomasis.

Anketų (klausimynų) struktūrą sudaro:

Pirmosios anketos (1 priedas)

1. Įvadinė dalis. Anketa pradedama kreipimusi į respondentą, trumpai pristatomas tyrimas, taip pat pateikiama apklausos pildymo instrukcija.

2. Klausimai apie respondento sociodemografinius duomenis. Tai netiesioginė informacija apie moterį: amžius, išsilavinimas, šeimyninė padėtis.

3. Bendrieji klausimai apie kontraceptinių priemonių ir metodų vartojimą bei priežastis įtakojančias pasirinkimą, sveikatos priežiūros specialisto konsultacijos svarbą bei poreikį.

Pagrindinėje dalyje komponuojami uždaro ir pusiau uždaro tipo su tyrimo problema susiję klausimai.

Antrosios anketos (2 priedas)

1. Įvadinė dalis. Anketa pradedama kreipimusi į respondentą, trumpai pristatomas tyrimas, taip pat pateikiama apklausos pildymo instrukcija.

2. Prašomi nurodyti farmacijos specialisto darbo patirtis vaistinėje, taip pat profesinė kvalifikacija bei darbo vieta (t.y. tinklo vaistinė, valstybinė vaistinė ar privati vaistinė).

3. Pagrindinėje dalyje pateikiami klausimai kuriais siekiama išsiaiškinti farmacijos specialisto nuomonę apie gyventojų konsultavimo kontracepcijos klausimais svarbą, poreikį.

4. Vertybiniai teiginiai pateikti kartu su atsakymų variantais. Respondentai buvo prašomi pažymėti, kaip vertina savo turimas žinias apie konkretų kontracepcijos metodą/priemonę.

Statistinis duomenų apdorojimas. Visi tyrimų duomenys darbe apdorojami kompiuteriu, panaudojant Microsoft Excel paketą bei naudojant duomenų kaupimo ir analizės programą „SPSS“ („Statistical Package for Social Science“).

Taikant chi kvadrato (χ^2) kriterijų buvo įvertinami statistiniai ryšiai ir *t*-testo kriterijus. Duomenims patikrinti taikytas statistinio reikšmingumo lygmuo *p*. Gauti rezultatai buvo laikyti statistiškai reikšmingi, kai statistinio reikšmingumo lygmuo *p* buvo didesnis už 0,05. Hipotezės buvo atmetamos, kai *p* reikšmė nesiekė 0,05, o rodiklių skirtumai buvo laikomi statistiškai reikšmingi, kai *p* buvo mažiau už 0,05.

3. TYRIMO REZULTATAI IR JŲ APTARIMAS

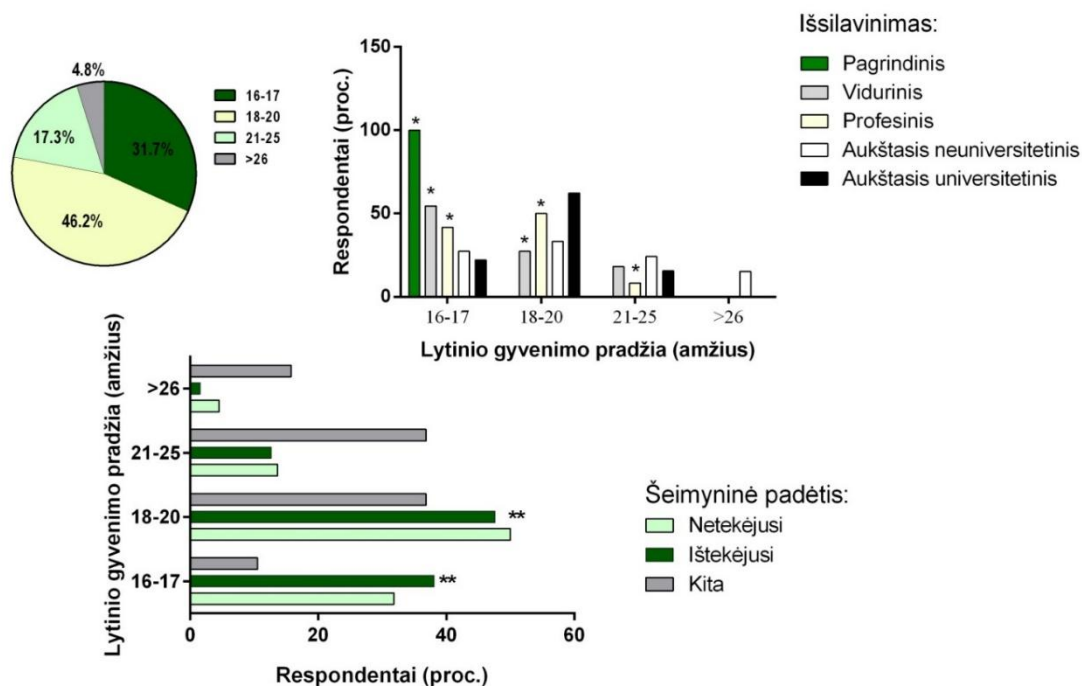
3.1. MOTERŲ APKLAUSOS (1 priedas) REZULTATAI

1. lentelė. Tyrimo kontingento sociodemografinės charakteristikos

Analizuojami požymiai		N	Proc.
Amžius	15-17 m.	0	0
	18-24 m.	15	14,4
	25-30 m.	24	23,1
	31-35 m.	21	20,2
	≥36 m.	44	42,3
	Iš viso :	104	100,0
Išsilavinimas	Pagrindinis	3	2,9
	Vidurinis	11	10,6
	Profesinis	12	11,5
	Aukštasis neuniversitetinis	33	31,7
	Aukštasis universitetinis	45	43,3
	Iš viso :	104	100,0
Šeimyninė padėtis	Netekėjusi	22	21,1
	Ištekėjusi	63	60,6
	Kita	19	18,3
	Iš viso:	104	100,0

Tyrimo dalyvavo 104 reprodukcinio amžiaus moterys, kurios atsitiktiniu būdu buvo atrenkamos ir apklausiamos vaistinėje pateikiant užpildyti anketą.

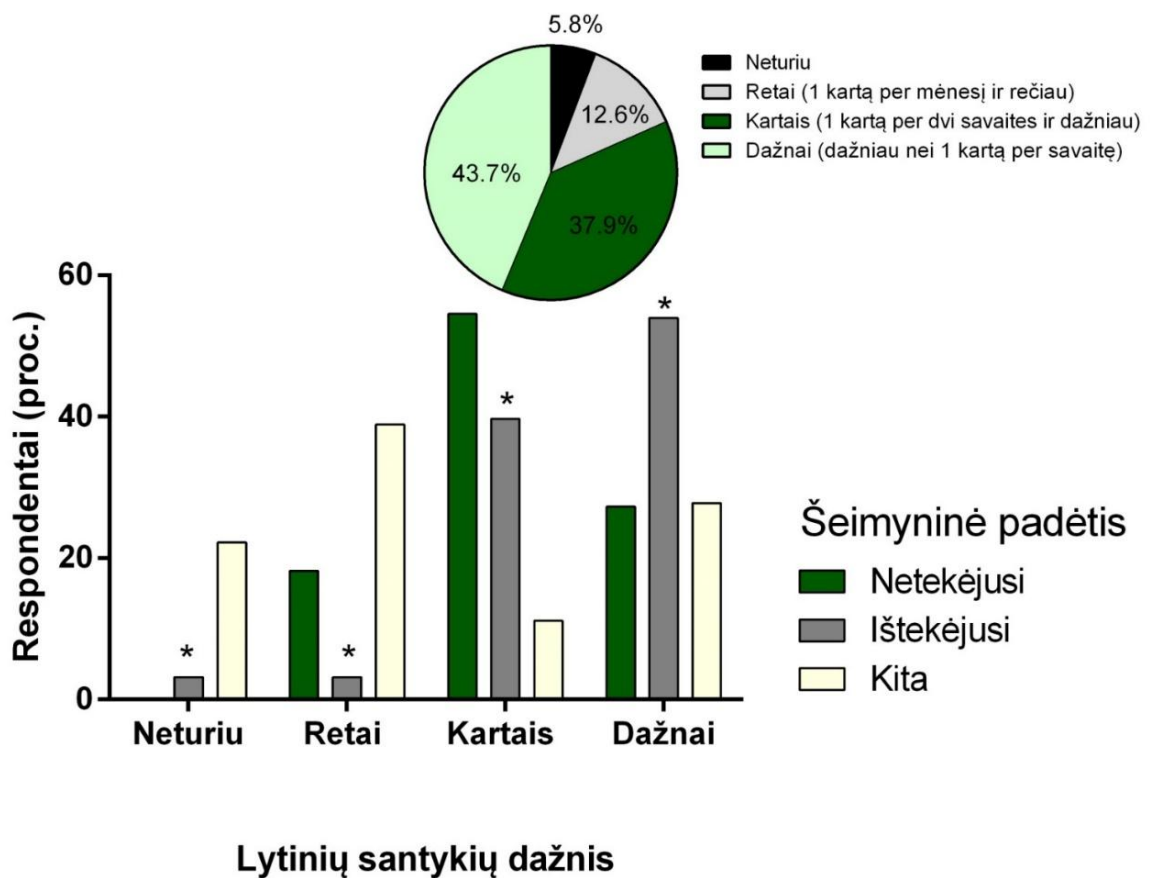
3.1.1. RESPONDENTŲ LYTINIŲ SANTYKIŲ CHARAKTERISTIKA



1 pav. Lytinių santykių pradžios amžius. Respondenčių išsilavinimo ir šeimyninės padėties įtaka.

* $p < 0.05$ vs aukštasis neuniversitetinis ir aukštasis universitetinis; ** $p < 0.05$ vs netekėjusi.

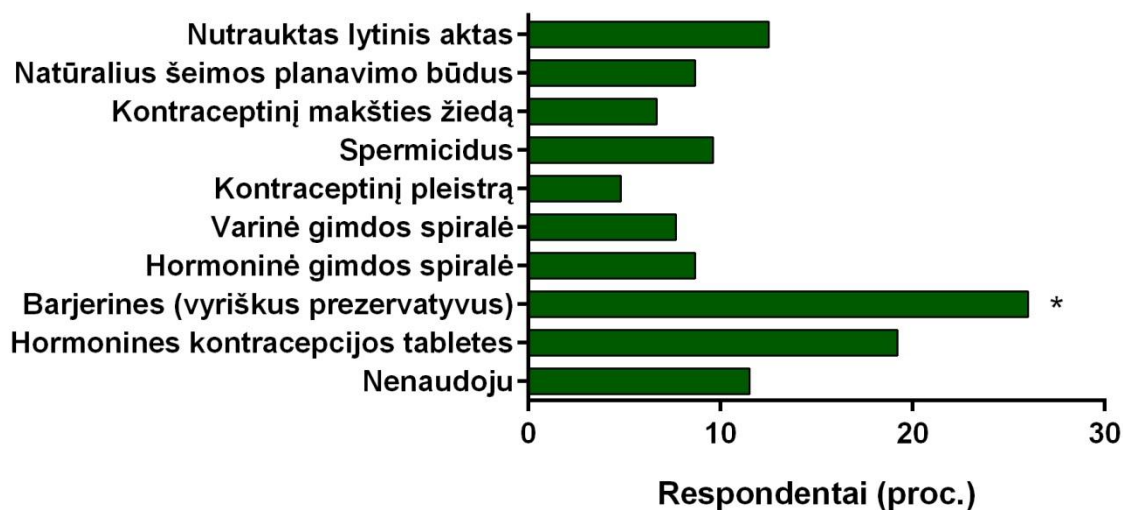
Daugiau nei trečdalis respondenčių lytinio gyvenimo pradžia pažymi 18-20 – tuosius gyvenimo metus (1 pav.). Reikšmingos įtakos lytinio gyvenimo pradžiai turėjo apklausoje dalyvavusių motetų amžius, šeimyninė padėtis bei įgytas išsilavinimas. Pastebėta, kad daugiau nei pusė tyrime dalyvavusių 18-24 metų merginų lytinį gyvenimą pradėjo 16-17 metų. Idomu tai, kad daugiau nei 20 proc. 31-35 ir vyresnių nei 36 metų amžiaus respondenčių ir tik dešimtadaliu mažiau 25-30 metų apklausos dalyvių lytinį gyvenimą pradėjo taip anksti (* $p < 0.05$). Pastebėta tendencija, kad žemesnį išsilavinimą (pagrindinį, vidurinį, profesinį) įgijusios moterys lytinį gyvenimą pradėjo 16-17 metų 2 kartus dažniau nei aukštąjį išsilavinimą įgijusios respondentės ($p < 0.05$). Gauti rezultatai parodė, kad 2 kartus daugiau respondenčių pradėjusių lytinį gyvenimą 18-20 metų yra ištekėjusios lyginant su lytinį gyvenimą pradėjusiomis 16-17 metų ($p < 0.05$).



2 pav. Šeimyninės padėties įtaka lytinių santykių dažniui.

Tyrimo metu buvo pastebėta, kad nei respondenčių amžius nei įgytas išsilavinimas reikšmingos įtakos lytinių santykių dažniui neturi. Daugiau nei du trečdaliai tyrime dalyvavusių moterų pažymėjo lytiškai santykiuojančios bent vieną kartą per dvi savaites ar dažniau nei vieną kartą per savaitę (2 pav.). Apklaustųjų šeimyninė padėtis taip pat turėjo reikšmingos įtakos apklausoje dalyvavusių moterų lytinių santykių dažniui – net 2 kartus daugiau pastovų partnerių turinčių respondenčių lytinę sueitį turi dažniau nei vieną kartą per savaitę lyginant su netekėjusiomis moterimis.

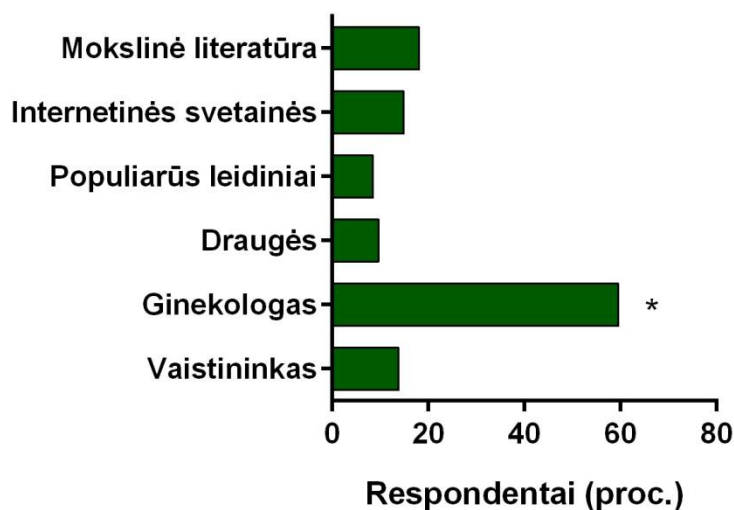
3.1.2. RESPONDENTŲ NAUDOJAMI KONTRACEPCIJOS METODAI BEI PRIEMONĖS. VEIKSNIAI BEI PRIEŽASTYS, ĮTAKOJANTYS PASIRINKIMĄ.



3 pav. Naudojamos kontracepcijos priemonės ir metodai.

Barjerinės kontracepcijos priemonės yra daugiau nei 7 proc. populiarnesnės lyginant su kitomis priemonėmis ir metodais (3 pav). Pastebėta, kad respondentės naudoja kelis apsaugojimo nuo nepageidaujamo nėštumo būdus pvz.: barjerinę kontracepciją ir hormonines tabletes t.y saugosi ir nuo lytiniu keliu plintančių ligų. Rezultatai parodė, kad respondenčių amžius, išsilavinimas, šeimyninė padėtis, lytinių santykių pradžios amžius ir jų dažnis įtakos hormoninės ir varinės spiralių, kontraceptinio pleistro, makšties žiedo ir natūralaus šeimos planavimo būdo ir nutraukto lytinio akto pasirinkimui neturi (* $p > 0.05$). Lytinių santykių dažnis buvo svertinis veiksnys nesisaugančioms nuo nepageidaujamo nėštumo: 100 proc. lytinių santykių neturinčių moterų, 23,07 proc. lytinius santykius turinčių retai (vieną kartą per mėnesį ar rečiau), 5,13 proc. kartais (* $p < 0.05$ vs neturiu ir retai) ir tik 2,2 proc dažnai lytiškai santykiaujančių respondenčių (* $p < 0.05$ vs neturiu ir retai) nenaudoja kontracepcijos metodų ar priemonių. Amžius, išsilavinimas ar šeimyninė padėtis reikšmingos įtakos kontracepcijos nenaudojančių respondenčių pasirinkimui įtakos neturi. Pastebėta tendencija, kad kuo vyresnės respondentės pradėjo lytinį gyvenimą, tuo dažniau kaip apsauga nuo nepageidaujamo nėštumo ir/ar lytiškai plintančių ligų naudojama barjerinė kontracepcija. 30 proc. daugiau respondenčių lytinį gyvenimą pradėjusių 21 m. ir net 50 proc. daugiau lytinį gyvenimą pradėjusių 26 m. ar vėliau naudoja barjerinę kontracepciją (* $p < 0.05$ vs 16-17 ir 18-20). Lytinių

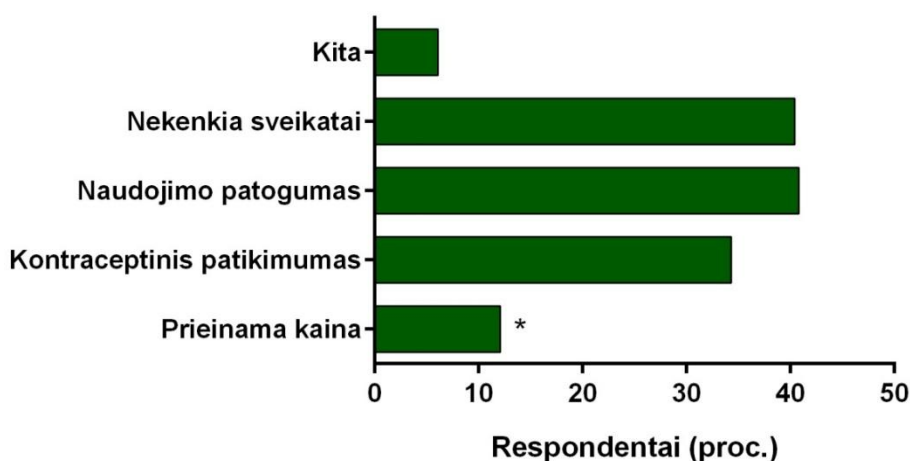
santykių dažnis reikšmingos įtakos turėjo ir hormoninių kontracepcijos tablečių naudojimo dažniui. 15.38 proc. moterų pažymėjusių, kad lytinius santykius turi vieną kartą per dvi savaites ir dažniau ir net 31.11 proc. lytiškai santykiaujančių dažnai naudoja hormonines tabletes (* $p < 0.05$ vs neturiu (0 proc.) ir retai (0 proc.)). Kiti sociodemografiniai kriterijai respondenčių hormoninių kontracepcijos tablečių pasirinkimo dažniui reikšmingos įtakos neturi. Iš respondenčių nurodytų naudojamų hormoninės kontracepcijos gamintojo pavadinimų galima spręsti, kad daugiau nei 95 proc moterų naudoja sudėtinės hormonines tabletes (* $p < 0.05$ vs). Spermicidų vartojimui reikšminos įtakos turi šeimyninė padėtis, lytinių santykių dažnis ir lytinių santykių pradžios amžiaus. 22.27 proc. netekėjusių ir tik 4.76 proc ištekėjusių respondenčių (* $p < 0.05$ vs netekėjusios) pažymėjo kaip kontracepcijos priemonę naudojančios spermicidus. 23.07 proc. daugiau moterų lytinius santykius turinčių retai ir 15.38 proc. daugiau moterų lytiškai santykiaujančių vieną kartą per dvi savaites ir dažniau naudoja spermicidus lyginant su respondentėmis lytinius santykius turinčioms dažniau nei vieną kartą per savaitę (0 proc.) (* $p < 0.05$). Lytinių santykių pradžios amžius taip pat turi reikšmingos įtakos spermicidų pasirinkimui: moterys, pradėjusios lytinį gyvenimą būdamos vyresnės nei 26 m., spermicidus naudoja net 6 kartus dažniau lyginant su lytinius santykius anksčiau pradėjusiomis apklausos dalyvėmis (* $p < 0.05$).



4 pav. Veiksniai, įtakojančys kontracepcinio metodo/priemonės pasirinkimą.

Daugiau nei pusė apklausos dalyvių nurodė, kad naudojamą kontracepcijos priemonę jas paskatino naudoti ginekologas. Vaistininko patarimu vadovavosi net 3 kartus mažiau respondenčių

(4 pav.). Stebėtina, tačiau tarp moterų, žinias apie kontracepciją įgavusių populiariuosiuose leidiniuose ar internete bei vaistininko ar draugių patarimais besivadovaujančių respondenčių reikšmingo skirtumo nebuvo. Tik 5 proc. daugiau moterų renkantis kontracepcijos metodą pasitikėjo mokslinė literatūra lyginant su vaistininku (* $p < 0.05$). Respondenčių amžius, išsilavinimas ir šeimyninė padėtis įtakos veiksnių, paskatinusių naudoti tam tikrą kontracepcijos priemonę ar metodą, pasirinkimo dažniui neturi.

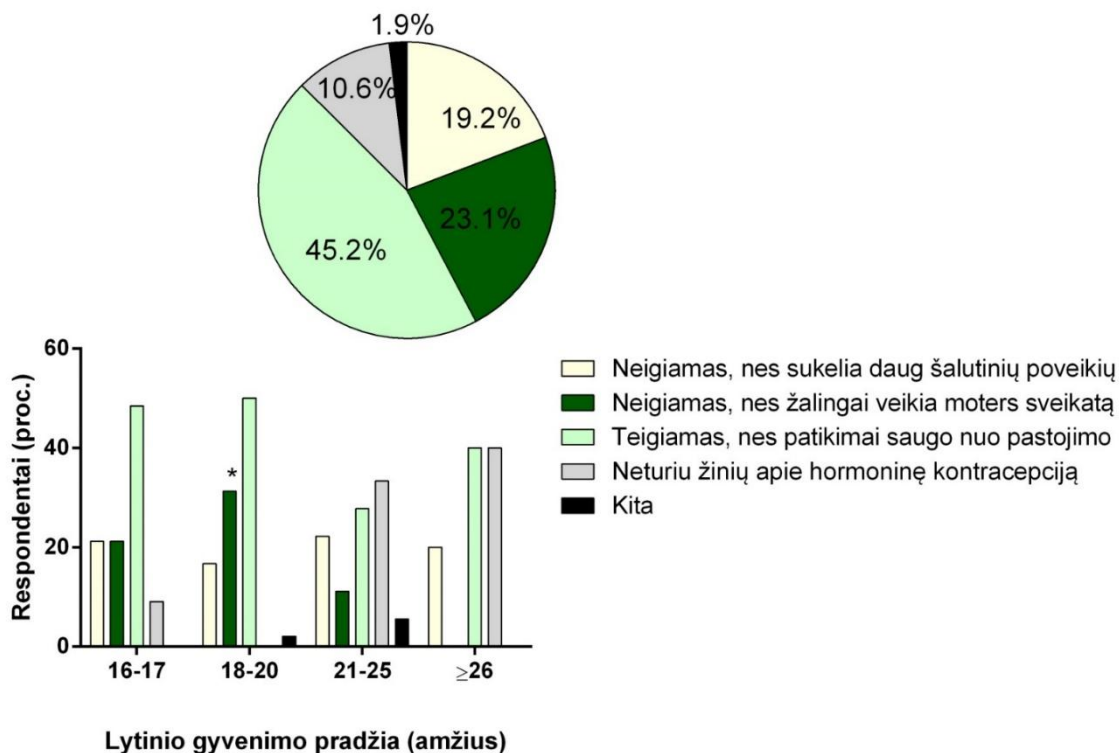


5 pav. Priežastys lemiančios kontraceptinės priemonės/ metodo pasirinkimą.

Daugiau nei trečdalis tyrime dalyvavusių moterų pagrindinėmis priežastimis, lemiančiomis kontraceptinio metodo ar priemonės pasirinkimą, įvardijo nekenkia sveikatai, naudojimo patogumą ir kontraceptinį patikimumą (5 pav.). 6 proc. daugiau respondenčių dažniau savo kontracepcijos metodo pasirinkimo priežastimis įvardijo nekenkia sveikatai ir patogumą naudoti lyginant su kontracepcijos patikimumu (* $p < 0.05$). Net keturis kartus mažiau respondenčių kreipia dėmesį į prieinamą kontracepcijos metodo/ priemonės kainą lyginant su kontracepcijos patikimumu, naudojimo patogumu ir žala sveikatai. Tyrimo metu pastebėtas reikšmingas skirtumas respondenčių amžiaus grupėse įvardijant kontraceptinį patikimumą kaip kontracepcijos metodo pasirinkimo priežastį. Net 61.9 proc. apklausos dalyvių 31-35 metų amžiaus nurodė patikimumą kaip priežastį naudojamos kontracepcijos pasirinkimui. 24 proc. rečiau 18-24 metų amžiaus moterų ir net 34 proc. 25-30 ir vyresnių nei 36 metų moterų pažymėjo kontraceptinį patikimumą kaip priežastį sprendžiant kokį kontracepcijos būdą pasirinkti (* $p < 0.05$). Apklausos dalyvės pažymėję variantą „kita“ dažniausiai nurodė pasitikėjusios gydytojo rekomendacija ar naudojančios kontracepciją ligai

gydyti. Nei tiriamųjų amžius nei išsilavinimas bei lytinių santykių dažnis reikšmingos įtakos priežastims, lemiančioms kontracepcijos metodo/priemonės pasirinkimą, neturi.

3.1.3. RESPONDENTŲ NUOMONĖ APIE HORMONINĘ KONTRACEPCIJĄ. HORMONINĖS KONTRACEPCIJOS NAUDOJIMO PRIEŽASTYS.



6 pav. Požiūris į hormoninę kontracepciją. * $p < 0.05$ vs 16-17, 21-25 ir ≥ 26 .

Analizuojant gautus rezultatus paaiškėjo, kad skirtumas tarp moterų vertinančių hormoninę kontracepciją teigiamai ir neigiamai tėra tik 2.9 proc. (* $p > 0.05$). Vertinant respondenčių amžiaus, išsilavinimo, šeimyninės padėties ir lytinių santykių dažnio įtaką požiūriui į hormoninę kontracepciją reikšmingo skirtumo taip pat nepastebėta. Tyrimo eigoje paaiškėjo, kad net 23 proc. daugiau moterų, lytinį gyvenimą pradėjusių iki 20 m., teigiamai vertina hormoninę kontracepciją lyginant su lytinį gyvenimą pradėjusiomis 21-25 m. ir 10 proc. daugiau lyginant 26 metų ar vėliau pirmą kartą lytiškai santykiavusiomis merginomis (* $p < 0.05$) (6 pav.). Pastebėta, kad net iki 3 kartų

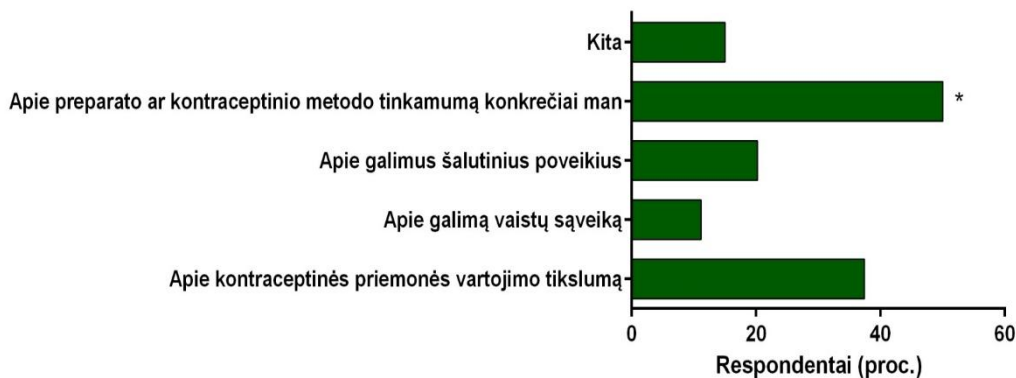
daugiau respondenčių lytinį gyvenimą pradėjusių 21 metų ir vėliau neturi žinių apie hormoninę kontracepciją (* $p < 0.05$ vs 18-20 m. ir 16-17 m.).



7 pav. *Hormoninės kontracepcijos naudojimo priežastys.*

39.42 proc. tyrimo dalyvių, naudojančių hormoninę kontracepciją įvardijo pagrindines naudojimo priežastis. Daugiau nei du trečdaliai respondenčių hormonines kontracepcijos priemones naudoja nepageidaujama nėštumui išvengti (7 pav.). Pastebėta, kad merginų pradėjusių lytinius santykius 16-17 metų amžiaus grupėje net 100 proc. respondenčių naudoja hormoninę kontracepciją apsaugoti nuo pastojimo, 18-20 metų – 70.83 proc., o merginos, lytinius santykius pirmą kartą turėję 21 m. ar vyresnės 0 proc. (* $p < 0.05$). Mažiau nei dešimtadalis tiriamųjų hormonines kontracepcijos priemones naudoja odos ligoms gydyti. Pastebėta, kad 25-30 metų amžiaus grupėje net 37.5 proc. daugiau merginų hormoninės kontracepcijos vartojimą odos ligoms gydyti įvardijo kaip priežastį (* $p < 0.05$ vs 18-24 m. ir 31-35 m.). Reikšmingai skiriasi ištekėjusių ir netekėjusių moterų hormoninės kontracepcijos lytinių organų ligoms gydyti vartojimo dažnis – net 46.9 proc. daugiau netekėjusių respondenčių hormonų terapiją naudoja lytinių organų ligoms gydyti. 2 kartus mažiau moterų, naudojančių hormoninę kontracepciją įvardijo menstruacijų gausumo ir skausmo mažinimą kaip vieną iš priežasčių (* $p < 0.05$ vs dėl kontraceptinio poveikio). Apklaustųjų išsilavinimas ir lytinių santykių dažnis hormoninių kontracepcijos priemonių priežastingumui reikšmingos įtakos neturi.

3.1.4. GYDYTOJO REKOMENDACIJŲ SVARBA KONTRACEPTINIŲ PRIEMONIŲ PARINKIMUI.



8 pav. Gydytojo rekomendacijos apie kontraceptines priemones.

Tyrimo metu paaiškėjo, kad pagrindinė informacija gaunama iš gydytojo yra susijusi su tam tikros kontraceptinės priemonės parinkimu individualiam pacientui ir tikslu vartojimu. Lytinių santykių dažnis turėjo reikšmingos įtakos informacijos apie kontraceptinės priemonės ar metodo tinkamumo konkrečiam asmeniui gavimo dažnį: net 25 proc. daugiau moterų, lytiškai santykiuojančių dažnai ir kartais pažymėjo gaunančios informaciją apie kontraceptinio metodo tinkamumą iš gydytojo. Galima daryti prielaidą, kad aktyvų lytinį gyvenimą gyvenančios respondentės dažniau lankosi pas ginekologą profilaktinei patikrai ir/ar yra išbandžiusios kelis kontraceptinius metodus nepageidaujama nėštumui išvengti. Tik kas penkta respondentė nurodė, kad gydytojas informuoja apie galimus šalutinius poveikius, per pus mažiau nurodė gavusios informacijos apie galimą vaistų sąveiką (* $p < 0.05$). Tyrime dalyvavusių moterų amžius, išsilavinimas ir šeimyninė padėtis reikšmingos įtakos iš gydytojo gaunamų rekomendacijų dažniui apie kontraceptines priemones neturėjo.

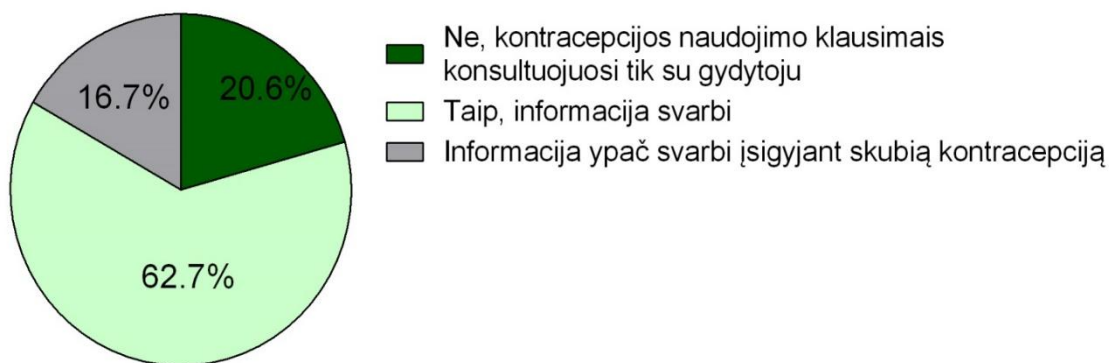
2 lentelė. Konsultacijų šaltinis iškilus neaiškumams susijusiems su kontraceptinės priemonės tinkamu naudojimu, šalutiniu poveikiu.

Teiginys	Analizuojami požymiai		Respondentai (proc.)	Statistinis patikimumas*
Gydytoju	Šeimyninė padėtis	Netekėjusi	50	$\chi^2=5.501$ lls=2 p=0.044 (p<0.05)
		Ištekėjusi	65.57	
		Kita	35.29	
	Lytinių santykių pradžia (amžius)	16-17	54.83	$\chi^2=9.040$ lls=3 p=0.029 (p<0.05)
		18-20	67.39	
		21-25	50	
		≥26	0	
	Viso			57.1
Vaistininku	Šeimyninė padėtis	Netekėjusi	45	$\chi^2=4.700$ lls=2 p=0.045 (p<0.05)
		Ištekėjusi	31.14	
		Kita	58.82	
	Lytinių santykių pradžia (amžius)	16-17	35.48	$\chi^2=3.796$ lls=3 p=2.84 (p>0.05)
		18-20	36.95	
		21-25	37.5	
		≥26	80	
	Viso			38.8
Visą informaciją randu internete	Šeimyninė padėtis	Netekėjusi	30	$\chi^2=0.201$ lls=2 p=0.904 (p>0.05)
		Ištekėjusi	27.86	
		Kita	23.52	
	Lytinių santykių pradžia (amžius)	16-17	35.48	$\chi^2=2.945$ lls=3 p=0.4 (p>0.05)
		18-20	19.56	
		21-25	31.25	
		≥26	40	
	Viso			27.6

* χ^2 – chi-kvadrato kriterijus, lls- laisvės laispsnių skaičius, p – patikimumo lygmuo.

Tyrimo rezultatai parodė, kad respondenčių amžius, išsilavinimas ir lytinių santykių dažnis reikšmingos įtakos moters sprendimui kur ieškoti informacijos susijusios su kontraceptinės priemonės naudojimu ar šalutiniu poveikiu neturi. Daugiau nei pusė apklausos dalyvių konsultuojasi su gydytoju, tai yra beveik 0.4 karto dažniau nei su vaistininku (*p<0.05) (2 lentelė). Pastebėta, kad daugiau nei ketvirtadalis moterų nepriklausomai nuo amžiaus ar įgyto išsilavinimo ieško informacijos internete, tik 11.2 proc. daugiau moterų kreipiasi į vaistininką (*p<0.05). Šeimyninės padėties grupėse rastas skirtumas tarp moterų besikreipiančių konsultacijos į vaistininką ir gydytoją. 15.57 proc. daugiau ištekėjusių apklausos dalyvių kreipiasi į gydytoją, kad gautų trūkstamą informaciją apie kontraceptinę priemonę, o 13.86 proc. netekėjusių merginų dažniau klausia patarimo vaistininko (*p<0.05). Pastebėta lytinių santykių pradžios įtaka informacijos gavimo būdų pasirinkimui: lytinius santykius pradėję 16-25 metų moterys beveik du kartus dažniau konsultuojasi su gydytoju nei vaistininku ar ieško informacijos internete (*p<0.05), tačiau pastebėta tendencija, kad merginos pirmą kartą lytiškai santykiavę 26 metų ar vėliau konsultuojasi su vaistininku ar ieško informacijos internete dažniau nei klausia gydytojo patarimo (*p<0.05).

3.1.5. FARMACIJOS SPECIALISTO VAIDMENS SVARBA

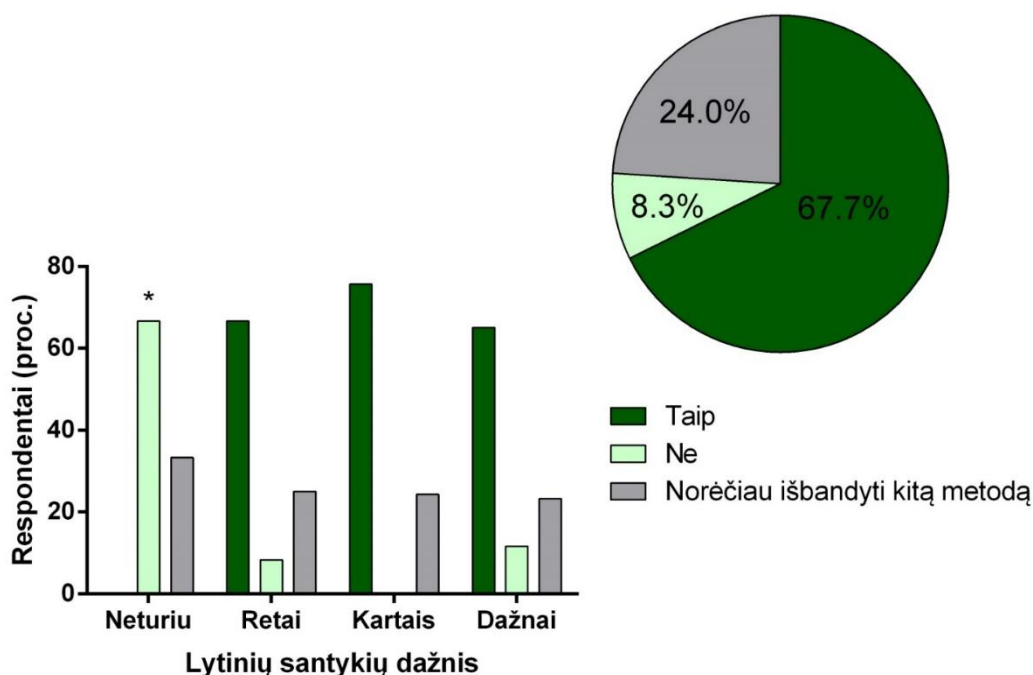


9 pav. Farmacijos specialisto konsultacijos apie kontraceptines priemones svarba

Reikšmingai daugiau tyrime dalyvavusių moterų teigia, kad farmacijos specialisto konsultacija apie kontraceptines priemones ir jų naudojimą yra svarbi lyginant su respondentėmis dėl konsultacijos kontraceptinių priemonių klausimais besikreipiančiomis tik į gydytoją (9 pav.).

Apklaustųjų moterų amžius, išsilavinimas, šeimyninė padėtis, lytinių santykių pradžia ir jų dažnis įtakos nuomonei apie farmacijos specialisto konsultacijos svarbą neturi. Net 46 proc. mažiau respondenčių išskyrė, kad vaistininko konsultacija įsigyjant skubią kontracepciją yra itin svarbi (* $p < 0.05$ vs taip, informacija svarbi).

3.1.6. RESPONDENTŲ PASITENKINIMAS NAUDOJAMA KONTRACEPTINE PRIEMONE AR METODU.

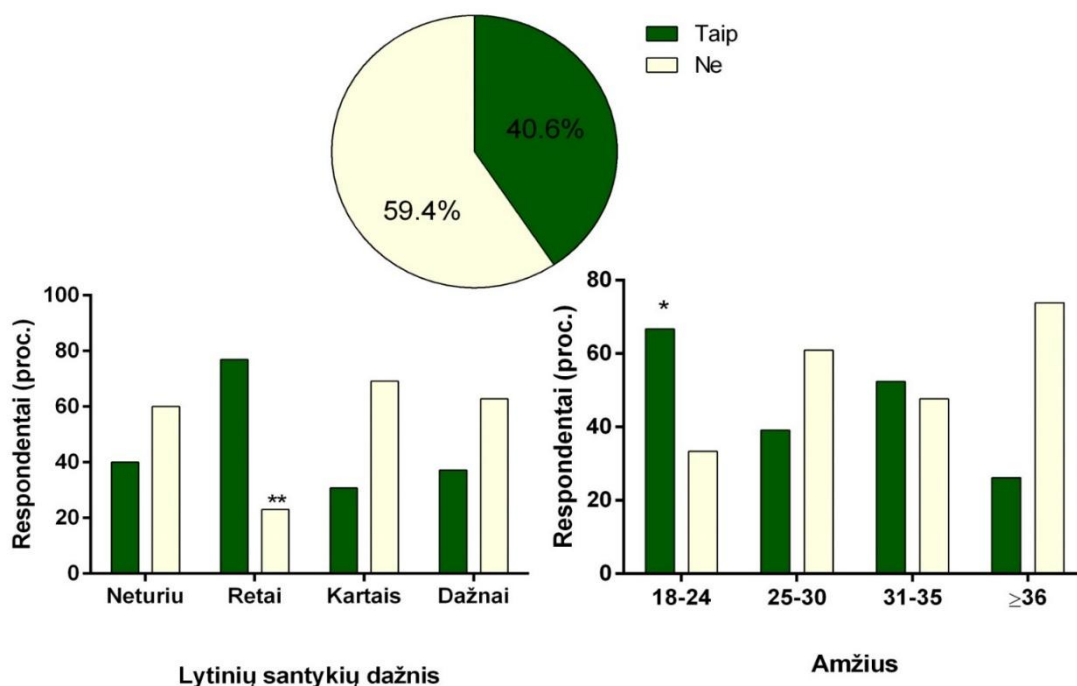


10 pav. Pasitenkinimas naudojama kontraceptine priemone. * $p < 0.05$ vs retai, kartais ir dažnai.

Net 8 kartus daugiau apklausos dalyvių yra patenktos naudojama kontracepcijos priemone lyginant su moterimis, kurios yra nepatenktos savo kontraceptinės priemonės pasirinkimu, ir tik 2.8 karto daugiau už tas, kurios norėtų išbandyti kitą priemonę ar metodą nepageidaujama nėštumui išvengti, menstruacijų ciklui reguliuoti ar tam tikroms ligoms gydyti (* $p < 0.05$) (10 pav.). Respondenčių amžius, išsilavinimas, šeimyninė padėtis ir lytinių santykių pradžia reikšmingos įtakos pasitenkinimui naudojama kontracepcija neturi (* $p > 0.05$). Pastebėti reikšmingi skirtumai tik lytinių santykių dažnio grupėse: 66.66 proc. daugiau lytinių santykių neturinčių moterų yra nepatenktos pasirinkta kontraceptine priemone lyginant su kontracepcijos efektyvumu ir

vartojimo patogumu patenkintomis merginomis (*p<0.05). Net 33.33 proc. mažiau lytiškai neaktyvių apklausos dalyvių nori išbandyti kitą metodą ar priemonę (*p<0.05 vs nepatenkinta).

3.1.7. SKUBIOSIOS KONTRACEPCIJOS VARTOJIMAS, PRIEŽASTYS ĮTAKOJANČIOS VARTOJIMO PASIRINKIMĄ. FARMACIJOS SPECIALISTO KONSULTACIJOS SVARBA.

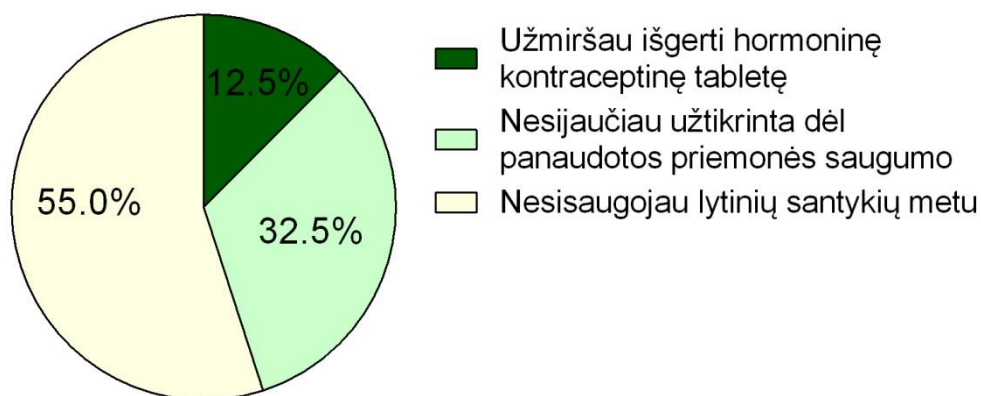


11 pav. Lytinių santykių dažnio ir moterų amžiaus įtaka skubios kontracepcijos vartojimui.

**p<0.05 vs neturiu, kartais ir dažnai; *p<0.05 vs 25-30, 31-35 ir ≥36.

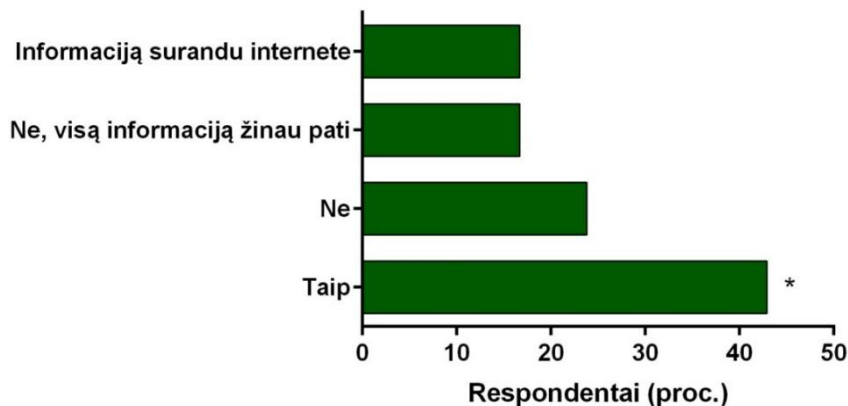
Daugiau nei pusė apklaustųjų nėra vartoję skubiosios kontracepcijos, tai 18.8 proc. daugiau nei tų, kurioms nors kartą yra tekę ją vartoti (*p<0.05). Respondenčių išsilavinimas, šeimyninė padėtis ir lytinių santykių pradžios amžius reikšmingos įtakos skubiosios kontracepcijos vartojimui neturi, tačiau pastebėti skirtumai tyrimo dalyvių amžiaus ir lytinių santykių dažnio grupėse (11 pav.) Net 30 proc. daugiau moterų lytiškai santykiaujančių vieną kartą per mėnesį ir rečiau yra tekę vartoti skubią kontracepciją lyginant su lytinis santykius turinčiomis kartą per dvi savaites ar dažniau nei kartą per savaitę (*p<0.05). Galima spėti, kad retai lytinis santykius turinčios moterys

nenaudoja kasdienės kontracepcijos priemonių ir metodų nepageidaujamam nėštumui išvengti. Vertinant skubiosios kontracepcijos vartojimą respondenčių amžiaus grupėse nustatyta, kad 39.5 proc. daugiau 36 m. ar vyresnių moterų niekada nevirtojusių skubiosios kontracepcijos lyginant su 18-24 m. merginomis (* $p < 0.05$).



12 pav. Skubios kontracepcijos vartojimo priežastys

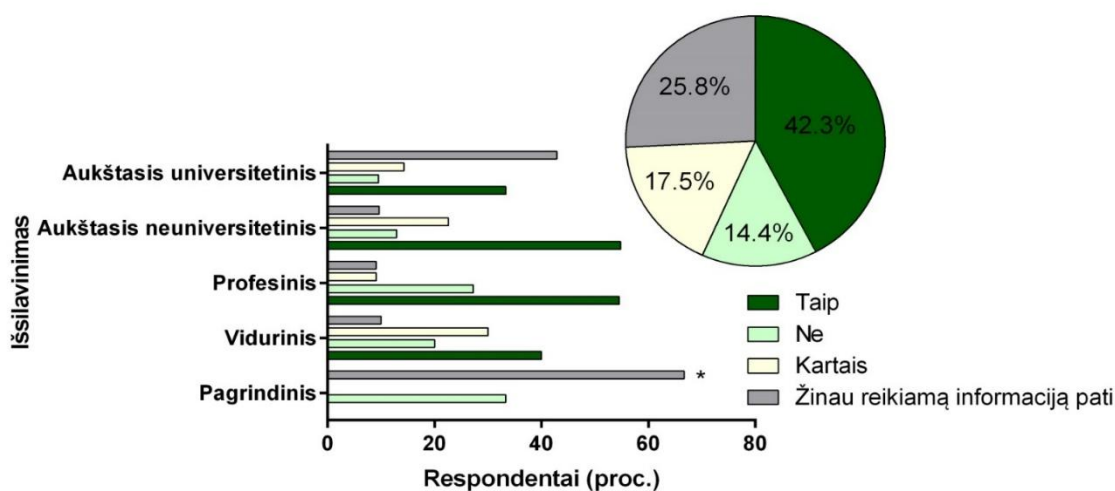
Daugiau nei pusė tyrimo dalyvių kaip skubios kontracepcijos vartojimo priežastį įvardijo nesaugius lytinius santykius. Tai yra 22.5 proc. daugiau nei moterų, kurios nesijautė užtikrintos panaudotos priemonės saugumu (* $p < 0.05$). Tik šiek tiek daugiau nei dešimtadalis respondenčių vartojo skubiąją kontracepciją, nes pamiršo išgerti hormoninę kontraceptinę tabletę. Reikšmingos įtakos respondenčių amžius, išsilavinimas, šeimyninė padėtis, lytinių santykių pradžia ir jų dažnis skubios kontracepcijos vartojimo priežastingumui neturėjo.



13 pav. Farmacijos specialisto konsultacijos apie skubiąją kontracepciją svarba.

Reikšmingo skirtumo tarp apklausos dalyvių besikonsultuojančių su vaistininku ir moterų manančių, kad žino visą informaciją pačios, nėra. Net 26.2 proc. daugiau respondenčių konsultuojasi su vaistininku kai prireikia įsigyti skubios kontracepcijos lyginant su merginomis, kurios ieško reikalingos informacijos apie priemonės veikimą, naudojimą ir galima šalutinį poveikį (*p<0.05). Tyrimo dalyvių amžius, išsilavinimas, šeimyninė padėtis, lytinių santykių pradžia ir jų dažnis konsultacijos dažniui neturėjo.

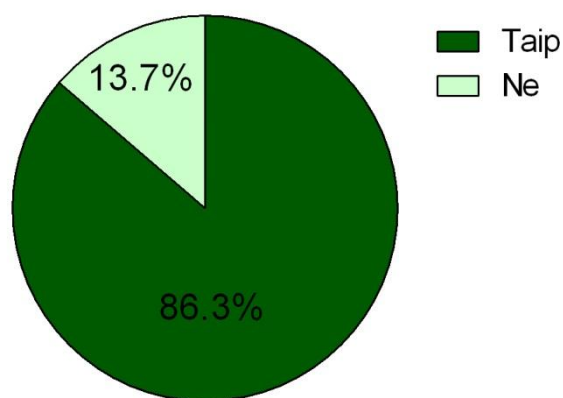
3.1.8. TINKAMAS KONTRACEPTINIŲ PRIEMONIŲ NAUDOJIMAS. APKLAUSTŪJŲ IŠSILAVINIMO ĮTAKA INFORMACIJOS GAVIMUI, INFORMACIJOS APIE KONTRACEPTINIUS PREPARATUS AR METODUS AKTUALUMAS.



14 pav. Apklaustųjų išsilavinimo įtaka vaistinėje gaunamai informacijai apie tinkamą kontraceptinių priemonių naudojimą. *p<0.05 vs vidurinis, profesinis, aukštasis neuniversitetinis ir aukštasis universitetinis.

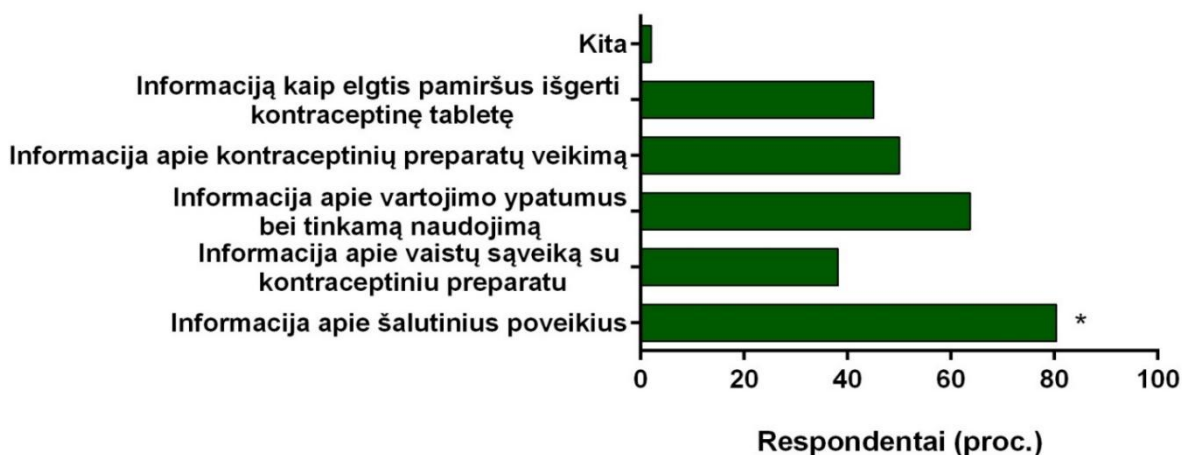
Daugiau nei trečdalis respondenčių pritaria teiginiui, kad iš vaistininko gauna informacijos apie tinkamą kontraceptinių priemonių naudojimą, tai yra 27.9 proc. daugiau nei teigiančių, kad informacijos apie kontracepcijos naudojimą vaistinėje negauna (*p<0.05). Šiek tiek daugiau nei ketvirtadalis į klausimą atsakiusių merginų teigia visą reikiamą informaciją žinančios, tai yra tik 16.5 proc. mažiau nei informaciją apie kontraceptikus iš farmacijos specialisto gaunančių tyrimo dalyvių (*p<0.05). Moterų amžius, šeimyninė padėtis, lytinių santykių pradžia ir jų dažnis

reikšmingos įtakos informacijos gavimui vaistinėse reikšmingos įtakos neturi, tačiau skirtumas pastebėtas išsilavinimo grupėse (14 pav.). Pastebėta, jog 4 kartus daugiau aukštąjį universitetinį išsilavinimą įgijusių respondenčių reikiamą informaciją apie kontracepciją žino pačios lyginant su aukštąjį neuniversitetinį, profesinį ir vidurinį išsilavinimą turinčiomis apklausos dalyvėmis (* $p < 0.05$). 15-20 proc. daugiau aukštąjį neuniversitetinį ir profesinį išsilavinimą turinčių moterų lyginant su aukštąjį universitetinį ir vidurinį įgijusiomis respondentėmis reikalingą informaciją susijusią su kontracepcija gauna vaistinėje (* $p < 0.05$). Aukštąjį išsilavinimą turinčios merginos 2 kartus rečiau teigė, kad vaistinėje apie kontracepcijos naudojimą informacijos negauna. (* $p < 0.05$ vs profesinis, pagrindinis).



15 pav. Kontraceptinio preparato vartojimo instrukcijos skaitymo dažnis.

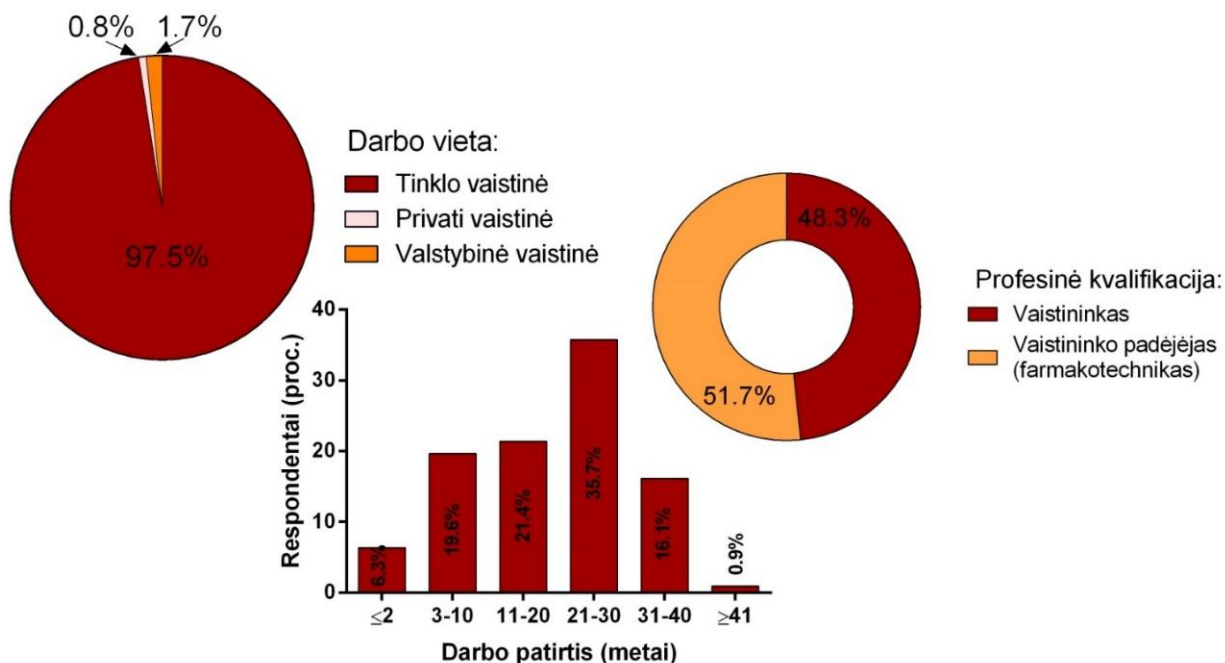
Daugiau nei trys ketvirtadaliai tyrime dalyvavusių moterų teigia, kad perskaito kontraceptinio preparato vartojimo instrukciją, tai yra 6 kartais daugiau nei neskaitančios instrukcijos moterys (* $p < 0.05$). Tyrimo dalyvių amžius, išsilavinimas, šeimyninė padėtis, lytinių santykių pradžia ir jų dažnis kontraceptinio vaistinio preparato instrukcijos skaitymo dažniui reikšmingos įtakos neturi.



16 pav. Informacijos apie kontraceptines priemones svarba.

Daugiau nei trys ketvirtadaliai apklausos dalyvių mano, kad informacija apie kontraceptinių priemonių šalutinius poveikius jiems yra svarbi. Respondentėms 2 kartais svarbesnė informacija apie šalutinius poveikius nei informacija apie galimą vaistų sąveiką (* $p < 0.05$). Tyrimo dalyvėms informacija apie vartojimo ypatumus bei tinkamą naudojimą buvo reikšmingai svarbesnė nei žinios apie kontraceptikų poveikį ar kaip elgtis pamiršus išgerti tabletę. Apklausos dalyvių amžius, išsilavinimas, šeimyninė padėtis ir lytinių santykių dažnis aktualiai informacijai įtakos neturi (* $p > 0.05$). Pastebėta lytinių santykių pradžios įtaka informacijos apie kontraceptinių preparatų veikimą svarbai: net 80 proc. moterų lytinius santykius pradėjusių 26 m. ar vėliau išskyrė šios informacijos svarbą, tačiau tik 30.3 proc. lytiškai aktyvių nuo 16-17 m. domina šis aspektas (* $p < 0.05$). Lytinius santykius pradėjusių 18-20 moterų besidominčių kontraceptinės priemonės efektyvumu ir veikimu skaičius išauga dvigubai (* $p < 0.05$ vs 16-17 m.).

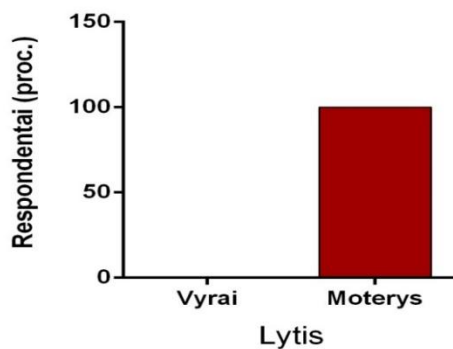
3.2. FARMACIJOS SPECIALISTŲ APKLAUSOS (2 priedo) REZULTATAI



1 pav. Tyrimo kontingento charakteristikos

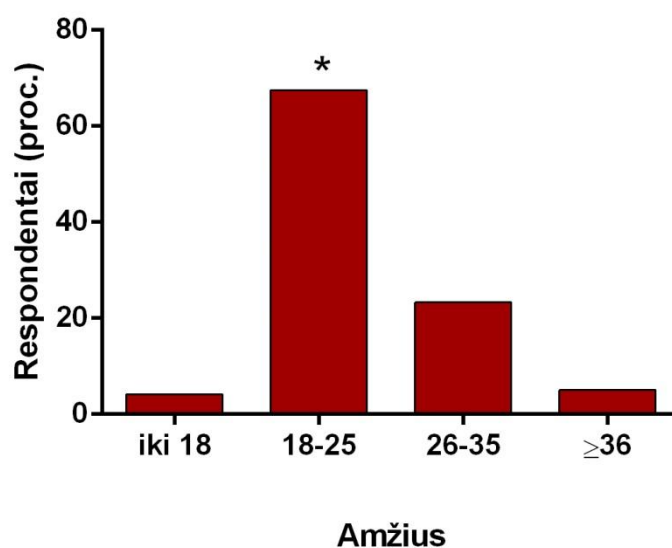
Vaistininkai ir farmakotechnikai yra lengviausiai gyventojams pasiekiami specialistai, kurie teikdami farmacinę paslaugą turi suteikti patikimą informaciją apie kontraceptines priemones, jų vartojimo ypatumus bei vartojimo režimą, galimus šalutinius poveikius, konsultuoti skubiosios kontracepcijos parinkimo klausimais bei esant reikalui nukreipti pas ginekologą. Tinkamai tyrimo analizei buvo svarbu apklausti ne vien reprodukcinio amžiaus moteris bet ir farmacijos specialistus, kurie vaistinėse tiesiogiai bendrauja su gyventojais. Tyrime dalyvavo 121 farmacijos specialistas t.y. 58 vaistininkai ir 63 vaistininko padėjėjai (farmakotechnikai). Apklausa vykdyta internete www.apklausa.lt.

3.2.1. KONTRACEPCIJOS PREPARATŲ PARDAVIMO TENDENCIJOS. PACIENTŲ KONSULTAVIMAS AKTUALIAIS KONTRACEPCIJOS KLAUSIMAIS



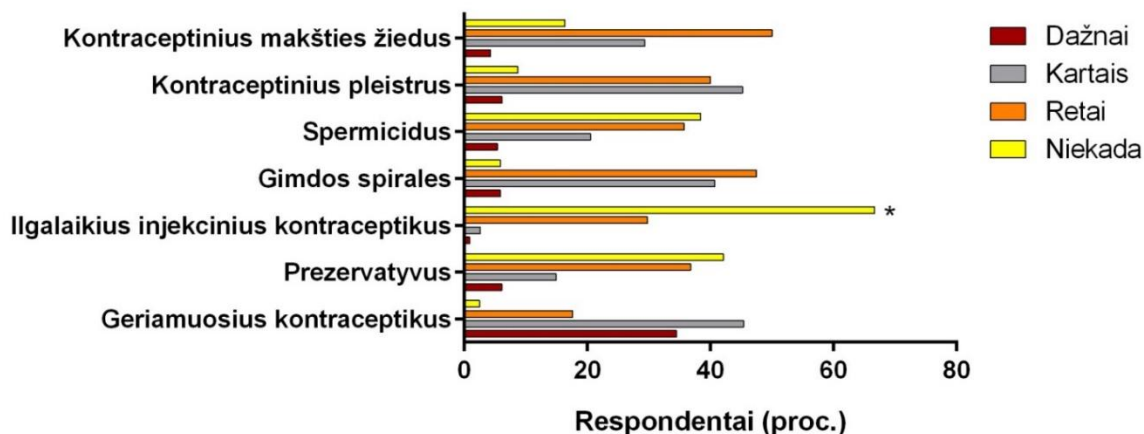
2 pav. Kontracepcijos preparatų įsigijimo tendencijos

Nė vienas tyrime dalyvavęs farmacijos specialistas neteigė, kad vyrai kontraceptines priemones perka dažniau (2 pav.). Statistinio skirtumo, tarp skirtingos darbo patirties turinčių vaistininkų ar vaistininko padėjėjų nebuvo.



3 pav. Pacienčių konsultavimo kontracepcijos klausimais priklausomybė nuo amžiaus

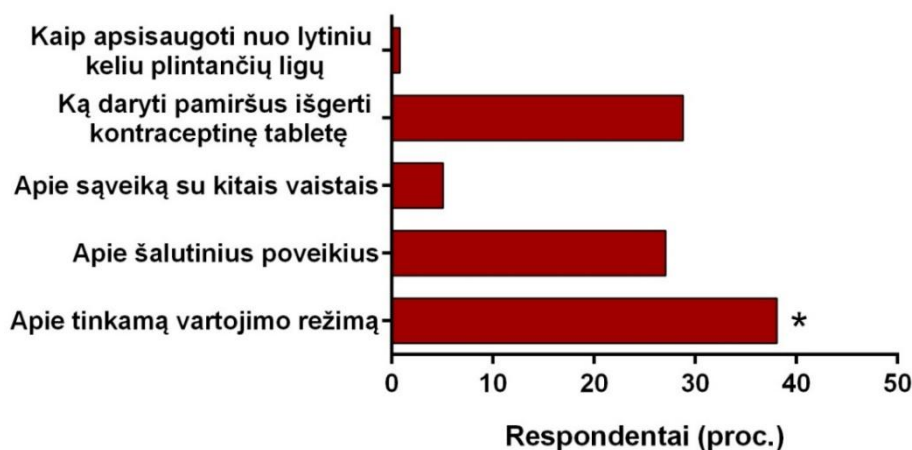
Respondentų profesinė kvalifikacija, darbo patirtis ir darbo vieta reikšmingos įtakos įvairių amžiaus grupių pacientų konsultacijų kontracepcijos klausimais dažniui neturi, tačiau pastebėtas reikšmingas skirtumas respondentams pasiūlytų atsakymo variantų grupėje (3 pav.) Remiantis farmacijos specialistų apklausa, nustatyta, kad 44.2 proc. daugiau 18-25 metų pacientų tenka konsultuoti kontracepcijos naudojimo ir pasirinkimo klausimu nei 26-35 metų amžiaus pacientus, ir net 62.5 proc. daugiau lyginant su pacientais, kuriems virš 36 m. (*p<0.05). Net 19.1 proc. daugiau respondentų dažniausiai konsultuoja 26-35 metų pacientus su kontracepcijos priemonėmis ir metodais susijusiais klausimais lyginant su pacientais jaunesniais nei 18 metų (*p<0.05).



4 pav. Pacientų konsultacijų dažnumas dėl konkrečios kontraceptinės priemonės

Daugiau nei trečdalis tyrime dalyvavusių farmacijos specialistų ir farmakoteknikų apie geriamuosius kontraceptikus savo pacientus konsultuoja dažnai, t. y. 2 kartus daugiau nei retai ar niekada šio kontraceptinio metodo klausimu konsultuojantys farmacininkai (*p<0.05). Du trečdaliai apklausos dalyvių teigė apie prezervatyvų naudojimą konsultuojantys retai ir niekada, tačiau net 36 proc. mažiau vaistininkų apie barjerinės kontracepcijos naudojimą konsultuoja dažnai (*p<0.05 vs niekada) (4 pav.). Daugiau nei pusė respondentų teigė niekada nekonsultuojantys apie ilgalaikius injekcinius kontraceptikus, 36.9 procentais mažiau apklaustųjų teigė šia tema pacientus konsultuojantys retai. Reikšmingas skirtumas tarp kartais ir dažnai su gimdos spiralių naudojimu susijusiais klausimais konsultuojančių farmacijos specialistų nenustatytas, tačiau net 34.8 proc. rečiau apklaustieji vaistininkai ar vaistininko padėjėjai šia tema konsultuoja dažnai (*p<0.05 vs

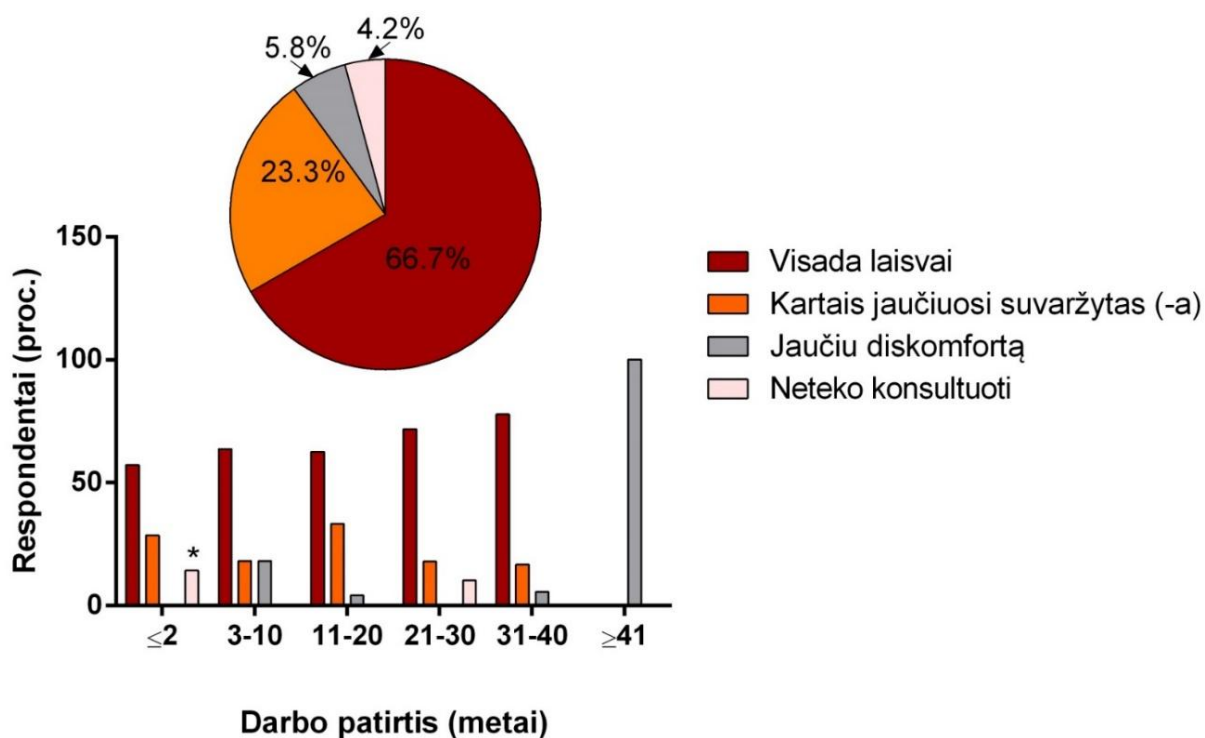
kartais). Pastebėta, kad spermicidų vartojimo klausimais retai ir niekada konsultuojančių specialistų dažnis nesiskiria ($*p>0.05$), tačiau net 17.9 proc. mažiau specialistų kartais ir net 33 proc. mažiau dažnai konsultuoja apie spermicidus lyginant su niekada nekonsultavusiais ($*p<0.05$). Retų ir kartais pasitaikančių konsultacijų apie kontracetinius pleistrus dažnis nesiskiria reikšmingai, tačiau net 39.1 proc. mažiau farmacijos specialistų konsultaciją apie kontracetinius pleistrus suteikia dažnai lyginant su kartais šia tema konsultuojančiais ($*p<0.05$). Didžioji dalis tyrimo dalyvių apie kontracetinius makšties žiedus pacientus konsultuoja retai, tačiau tai yra net 33.6 proc. daugiau nei niekada to nedarantys kolegos. ($*p<0.05$). Nustatytas reikšmingas konsultacijų dažnio skirtumas tarp skirtingų pacientų naudojamų kontracepcijos metodų: apie geriamuosius kontraceptikus vaistininkai ir farmakotechnikai dažnai konsultuoja net 28.6 proc. daugiau nei apie prezervatyvus ar kontracetinius pleistrus ($*p<0.05$). Net 64.2 proc daugiau apklausos dalyvių teigia niekada nekonsultuojantys ilgalaikės kontracepcijos klausimais lyginant su geriamąją kontracepcija ($*p<0.05$). Reikšmingai mažiau (36.2 proc.) apklausos dalyvių teigia niekada nekonsultuojantys gimdos spiralių naudojimo klausimais lyginant su konsultacijomis apie barjerinę kontracepciją ir 32.5 proc. mažiau lyginant su spermicidais. Įgyta profesinė kvalifikacija ir specialistų darbo patirtis įtakos konsultacijų susijusių su kontracetinėmis priemonėmis ar metodais dažniui neturi ($*p>0.05$).



5 pav. Informacijos apie kontracetines priemones ar metodus aktualumas

Daugiau nei trečdalis tyrime dalyvavusių farmacijos specialistų teigia, kad jų pacientams svarbiausia informacija apie kontracetinę priemonę yra tinkamas vartojimo režimas, tai yra net 33 proc. daugiau nei tų, kurie manė, kad pacientams aktualiausia yra galima kontracetinių priemonių sąveika su kitais jų naudojamais vaistais ($*p<0.05$). Statistiškai patikimo skirtumo tarp informacijos

apie šalutinius poveikius ir ką daryti pamiršus išgerti tabletę svarbos dažniui nerasta, tačiau net 28 proc. mažiau apklausoje dalyvavusių vaistininkų ir vaistininko padėjėjų mano, kad apsaugojimas nuo lytiškai plintančių ligų yra aktuali informacija jų pacientams lyginant su žiniomis ką reikėtų daryti pamiršus išgerti hormoninės kontracepcijos tabletę (* $p < 0.05$) (5 pav.).



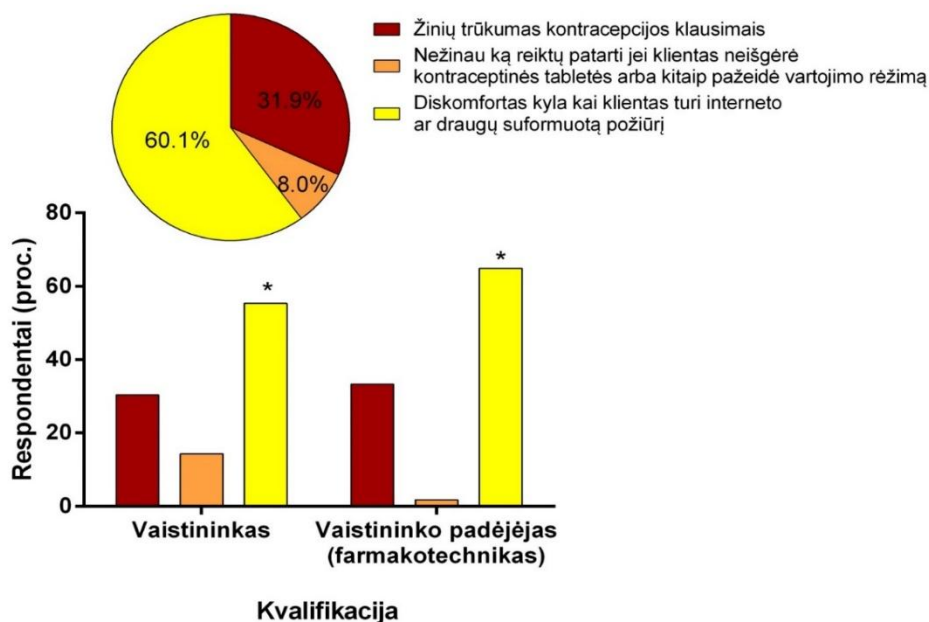
6 pav. Darbo patirties įtaka specialisto savijautai konsultuojant apie kontraceptines priemones.

* $p < 0.05$ vs 3-10, 11-20, 21-30, 31-40 ir ≥ 41 .

Nustatyta, kad darbo vieta ir įgyta kvalifikacija reikšmingos įtakos specialisto savijautai konsultuojant apie kontraceptines priemones neturi. Daugiau nei du trečdaliai apklausos dalyvių teigia visada besijaučiantys laisvai konsultuodami pacientus apie kontraceptines priemones ar metodus, o 43.4 proc. mažiau specialistų konsultuodami su kontracepcija susijusiais klausimais kartais jaučiasi suvaržyti (* $p < 0.05$). 10 kartų rečiau vaistininkai ar vaistininko padėjėjai teigė jaučiantys diskomfortą konsultuojant apie kontracepciją (* $p < 0.05$ vs visada laisvai). Specialistų darbo patirtis turėjo reikšmingos įtakos jų savijautai bendraujant su pacientu jiems rūpimais klausimais apie kontraceptines priemones (6 pav.). Pastebėta tendencija, kad didesnę darbo patirtį

turintys specialistai dažniau laisvai jaučiasi konsultacijų metu: net 20.63 proc daugiau vaistininkų ar farmakoteknikų su 31-40 metų darbo patirtimi jaučiasi laisvai konsultuodami pacientus kontracepcijos tema lyginant su 2 metų ar mažesnę darbo patirtį turinčiais specialistais (*p<0.05).

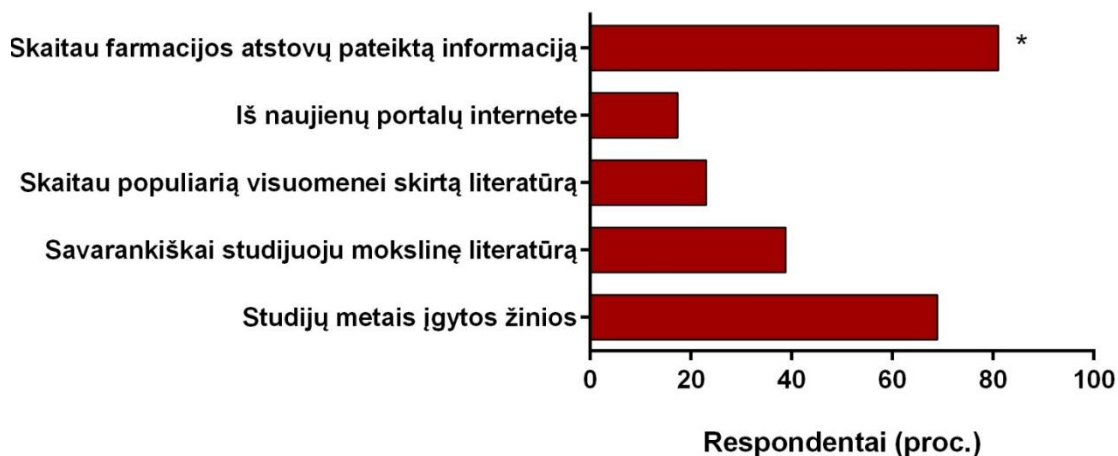
3.2.2. PRIEŽASTYS LEMIANČIOS DISKOMFORTĄ KONSULTUOJANT KONTRACEPCIJOS KLAUSIMAIS



7 pav. *Specialisto kvalifikacijos įtaka diskomforto kalbant su gyventoju priešastingumui.*

Įvertinus darbo vietas ir darbo patirtis įtaką diskomforto kalbant su pacientu apie kontracepciją priešasčių pasirinkimui reikšmingų skirtumų nerasta, tačiau kvalifikacijos grupėje specialistų nuomonių skirtumas pastebėtas (7 pav.). Daugiau nei pusė apklausos dalyvių teigė, kad pagrindinė diskomforto priežastis teikiant informaciją pacientui apie kontraceptines priemones ir metodus yra kliento išankstinis draugų ar internete gautų žinių suformuotas požiūris (*p<0.05). Beveik 2 kartus mažiau respondentų teigė, kad jiems trūksta žinių apie kontracepciją ir būtent dėl to atsiranda diskomforto jausmas bendraujant su pacientu (*p<0.05). Įdomu tai, kad 9.56 proc. daugiau vaistininko padėjėjų nei vaistininkų diskomfortą kylantį dėl išankstinio klientų susidaryto

požiūrio įvardijo pagrindine bendravimo su pacientu apie kontracepciją kliūtimi (* $p < 0.05$). Tačiau net 12.53 proc. daugiau vaistininkų teigė pokalbio metu pasijaučiantys nejaukiai, nes nežino ką patarti pacientui pažeidusiam kontracepcijos vartojimo režimą (* $p < 0.05$ vs farmakotechnikas).



8 pav. Respondentų naudojami informacijos apie kontracepciją šaltiniai.

Daugiau nei du trečdaliai apklausos dalyvių teigia, kad vienas pagrindinių žinių šaltinių apie kontracepciją buvo studijų metais įgytos žinios, tai yra net 30.1 proc. daugiau nei tų, kurie apie kontraceptines priemones žinias gilina studijuodami mokslinę literatūrą (* $p < 0.05$) (8 pav.). Visgi reikšmingo skirtumo tarp mokslinę literatūrą studijuojančių ir informacijos naujienų portaluose ir/arba populiariojoje visuomenei skirtoje literatūroje ieškančių farmacijos specialistų nebuvo. Darbo vieta ir apklausos dalyvių kvalifikacija įtakos informacijos šaltinių dažniui neturi, tačiau pastebėta, kad respondentų darbo patirtis daro įtaką studijų metais įgytų žinių kaip informacijos apie kontraceptines priemones šaltinio pasirinkimui. 90.9 proc. farmacijos specialistų ar vaistininko padėjėjų turinčių 3-10 metų darbo patirtį įvardija studijų metu gautas žinias kaip informacijos apie kontraceptines priemones ir metodus šaltinį, tačiau 34.49 proc. ir 29.8 proc. mažiau vaistininkų ir farmakotechnikų su 21-30 ir 31-40 metų darbo patirtimi įvardija tai kaip žinių šaltinį (* $p < 0.05$).

3.2.2.1. Kontraceptinių priemonių įsigijimo dažnis vaistinėse

1 lentelė. Kontraceptinių priemonių įsigijimo dažnis vaistinėse.

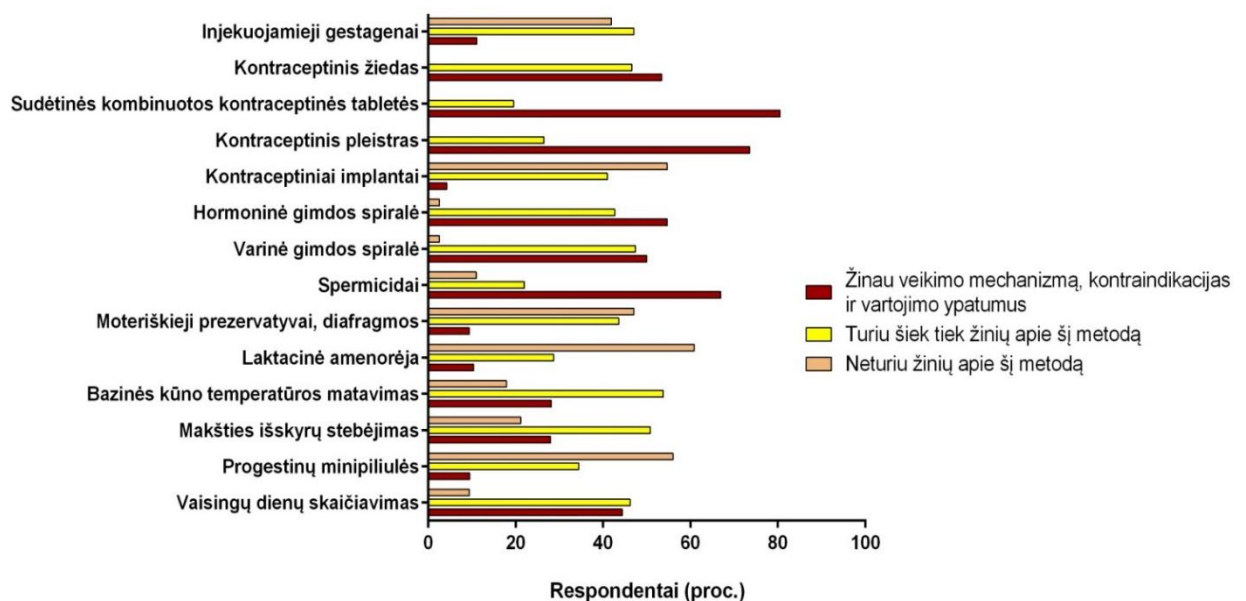
Kontraceptinė priemonė	Dažnis (proc.)				
	Dažniau nei kartą per dieną	Dažniau nei kartą per savaitę	Kartą per dvi savaites	Kartą per mėnesį	Retai arba niekada
Geriamieji kontraceptikai	52.5	33.3	6.7	5.8	1.7
Prezervatyvai	28.4	32.8	17.3	10.3	11.2
Ilgalaikiai injekciniai kontraceptikai	0.9	0.9	2.6	4.4	91.2*
Gimdos spirалės	0.9	2.6	15.5	38.8	42.2
Spermicidai	0.9	12.1	25.0	32.8	29.2
Kontraceptiniai pleistrai	2.6	11.3	31.0	26.7	28.4
Kontraceptiniai makšties žiedai	2.6	11.1	25.6	29.1	31.6
Skubioji kontracepcija	15.2	44.1	21.2	11.0	8.5

* $p < 0.05$ vs geriamieji kontraceptikai, prezervatyvai, gimdos spirалės, spermicidai, kontraceptiniai pleistrai, kontraceptiniai makšties žiedai ir skubioji kontracepcija.

24.1 proc. daugiau tyrimo dalyvių teigė, kad pacientai geriamuosius kontraceptikus įsigija kartą per dieną ar dažniau lyginant su prezervatyvais ir 37.3 proc. daugiau lyginant su skubiąja kontracepcija (* $p < 0.05$). 3 kartus daugiau apklausoje dalyvavusių farmacijos specialistų ir farmakoteknikų teigė, kad skubiąją kontracepciją pacientai įsigija dažniau nei kartą per savaitę, bet ne kartą per dieną ar dažniau (* $p < 0.05$) (1 lentelė). Daugiau nei pusė apklaustųjų teigė, kad gimdos spirales, spermicidus, kontraceptinius pleistrus ir kontraceptinius makšties žiedus vaistinėje besilankantys pacientai įsigija kartą per mėnesį, retai arba niekada (* $p < 0.05$ vs dažniau nei kartą

per dieną, dažniau nei kartą per savaitę ir kartą per dvi savaites). Pastebėta, kad pas mažesnę darbo patirtį turinčius farmacijos specialistus gyventojai skubiąją kontracepciją įsigyja reikšmingai rečiau nei pas ilgesnę darbo patirtį turinčius vaistininkus ir vaistininko padėjėjus: 30.25 proc. daugiau 31-40 metų darbo patirtį turinčių specialistų teigė, kad skubiąją kontracepciją gyventojai įsigyja dažniau nei kartą per savaitę lyginant su 2 metus ar trumpiau dirbančiais kolegomis. Nustatyta ir specialistų profesinės kvalifikacijos įtaka tam tikrų kontraceptinių preparatų įsigijimo dažniui: 2 kartus daugiau farmakoteknikų nei vaistininkų spermicidus parduoda kartą per dvi savaites ir dažniau nei kartą per savaitę (*p<0.05). Panaši tendencija vyrauja ir su spermicidų įsigyjančių pacientų dažniu: 2 kartus daugiau pacientų iš vaistininko padėjėjų įsigyja šias priemones dažniau nei kartą per savaitę ar dažniau nei kartą per dvi savaites (*p<0.05 vs vaistininkas).

3.2.2.2. Apklauso dalyvių žinios apie kontraceptines priemones ir metodus



9 pav. Apklauso dalyvių žinios apie kontraceptines priemones ir metodus.

Pastebėta, kad apklauso dalyviai daugiausia žinių turi apie sudėtinių kombinuotų kontraceptinių tablečių, kontraceptinių pleistrų ir spermicidų veikimo mechanizmą, kontraindikacijas ir vartojimo ypatumus: net 4 kartus daugiau apklausoje dalyvavusių specialistų

teigė, kad jie žino sudėtinių kontraceptinių tablečių vertojimo ypatumus nei tų, kurie turi tik šiek tiek žinių apie šį metodą (*p<0.05). 47 proc. mažiau specialistų mano, jog turi nepakankamai žinių apie kontraceptinius pleistrus lyginant su gerai kontraceptinių pleistrų veikimo mechanizmą išmanančiais specialistais, o 55.9 proc. daugiau tiriamųjų teigė žinantys spermicidų vartojimo ypatumus lyginant su žinių apie šią priemonę neturinčiais tyrimo dalyviais (*p<0.05). Reikšmingai daugiau specialistų neturi žinių apie progestinų minipiliules, laktacinę amenoreją, diafragmas, kontraceptinius implantus bei injakuojamuosius gestagenus lyginant su specialistais galinčiais pacientus konsultuoti apie jų poveikį ir kontraindikacijas (9 pav.). Reikšmingo skirtumo tarp apklaustųjų teigusių, kad turi šiek tiek žinių ar puikiai žino vaisingų dienų skaičiavimo metodą nepastebėta. Įdomus rezultatas gautas vertinant apklaustųjų žinias gimdos spiralių naudojimo tema: nors varinė spiralė yra senesnė kontracepcijos priemonė 4.7 proc. mažiau specialistų teigė, kad žino jos veikimo mechanizmą lyginant su hormonine gimdos spirale, o skirtumas tarp turinčių mažai žinių ir gerai išmanančių šios priemonės veikimo mechanizmą buvo nereikšmingas. Nustatyta, kad respondentų darbo vieta ir įgyta kvalifikacija įtakos specialisto žinių kiekiui apie kontraceptinę priemonę ar metodą neturi (*p>0.05). Įvertinus respondentų darbo patirties įtaką kontraceptinių priemonių ir metodų žinių багаžui nustatyta, kad darbo patirtis turi reikšmingos įtakos tik tam tikrų apsaugojimo nuo nepageidaujamo nėštumo priemonių žinių kiekiui (2 lentelė). Pastebėta bendra tendencija, kad ilgėjant darbo patirties metams nuo 3 iki 30 didėja ir specialistų, teigiančių, kad žino kontracepcijos veikimo mechanizmą, skaičius: 56 proc. daugiau 21-30 metų darbo stažą farmacijos srityje turintys apklaustieji gerai žino kontraceptinių pleistrų veikimo mechanizmą lyginant su 2 metų ar mažesnę darbo patirtį turinčiais vaistininkais (*p<0.05). Geriausiai savo žinias vertina 11-20 ir 21-30 metų darbo patirtį turintys vaistininkai ir vaistininko padėjėjai: 18.8 proc. daugiau jų žino sudėtinės kombinuotos kontracepcijos veikimo mechanizmą ir kontraindikacijas lyginant su 3-10 metų darbo patirtį turinčiais respondentais ir net 48.4 proc. daugiau nei 2 metus ar mažiau dirbantys kolegos (*p<0.05).

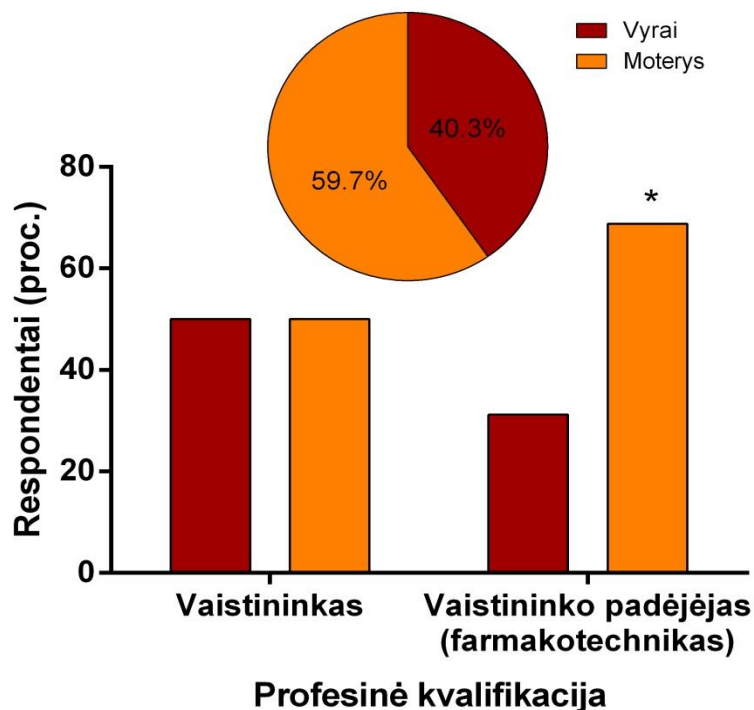
2 lentelė. Vaistinių ir farmakoteknikų darbo patirties įtaka žinioms apie kontracepcijos priemonės ir metodus

Kontraceptinė priemonė ar metodas	Analizuojamas požymis		Respondentai (proc.)			Statistinis patikimumas*
			Žinau veikimo mechanizmą, kontraindikacijas ir vartojimo ypatumus	Turiu šiek tiek žinių apie šį metodą	Neturiu žinių apie šį metodą	
Injekuojamieji gestagenai	Darbo patirtis	≤2	0,0	42,9	57,1	χ ² =10.664 lls=10 p=0.384 (p>0.05)
		3-10	0,0	54,5	45,5	
		11-20	8,7	43,5	47,8	
		21-30	20,5	46,2	33,3	
		31-40	11,8	58,8	29,4	
		≥41	0,0	0,0	100,0	
Kontraceptinis žiedas	Darbo patirtis	≤2	14,3	85,7	0,0	χ ² =9.125 lls=5 p=0.104 (p>0.05)
		3-10	45,5	54,5	0,0	
		11-20	56,5	43,5	0,0	
		21-30	66,7	33,3	0,0	
		31-40	47,1	52,9	0,0	
		≥41	0,0	100,0	0,0	
Sudėtinės kombinuotos kontraceptinės tabletės	Darbo patirtis	≤2	42,9	57,1	0,0	χ ² =11.589 lls=5 p=0.041 (p<0.05)
		3-10	72,7	27,3	0,0	
		11-20	91,3	8,7	0,0	
		21-30	87,2	10,3	0,0	
		31-40	82,4	23,5	0,0	
		≥41	100,0	0,0	0,0	
Kontraceptinis pleistras	Darbo patirtis	≤2	28,6	71,4	0,0	χ ² =17.447 lls=5 p=0.004 (p<0.05)
		3-10	68,2	31,8	0,0	
		11-20	87,0	8,7	0,0	
		21-30	84,6	15,4	0,0	
		31-40	64,7	35,3	0,0	
		≥41	0,0	100,0	0,0	
Kontraceptiniai impantai	Darbo patirtis	≤2	0,0	42,9	57,1	χ ² =5.393 lls=10 p=0.863 (p>0.05)
		3-10	0,0	45,5	54,5	
		11-20	4,3	34,8	60,9	
		21-30	5,1	38,5	56,4	
		31-40	11,8	47,1	41,2	
		≥41	0,0	0,0	100,0	
Hormoninė gimdos spirale	Darbo patirtis	≤2	14,3	85,7	0,0	χ ² =28.447 lls=10 p=0.002 (p<0.05)
		3-10	27,3	72,7	0,0	
		11-20	60,9	39,1	0,0	
		21-30	69,2	25,6	2,6	
		31-40	70,6	17,6	11,8	
		≥41	0,0	100,0	0,0	
Varinė gimdos spirale	Darbo patirtis	≤2	0,0	85,7	14,3	χ ² =31.259 lls=10 p=0.001
		3-10	22,7	77,3	0,0	
		11-20	56,5	39,1	0,0	

		21-30	66,7	30,8	0,0	(p<0.05)
		31-40	58,8	29,4	11,8	
		≥41	0,0	100,0	0,0	
Spermicidai	Darbo patirtis	≤2	14,3	57,1	28,6	χ ² =20.259 lls=10 p=0.027 (p<0.05)
		3-10	54,5	22,7	22,7	
		11-20	82,6	8,7	8,7	
		21-30	76,9	17,9	5,1	
		31-40	76,5	23,5	0,0	
		≥41	100,0	0,0	0,0	
Moteriškieji prezervatyvai, diafragmos	Darbo patirtis	≤2	28,6	42,9	28,6	χ ² =5.601 lls=10 p=0.848 (p>0.05)
		3-10	9,1	40,9	50,0	
		11-20	8,7	43,5	47,8	
		21-30	7,7	46,2	46,2	
		31-40	11,8	29,4	58,8	
		≥41	0,0	0,0	100,0	
Laktacinė amenorėja	Darbo patirtis	≤2	0,0	28,6	71,4	χ ² =4.656 lls=10 p=0.913 (p>0.05)
		3-10	4,5	31,8	63,6	
		11-20	17,4	21,7	56,5	
		21-30	12,8	28,2	56,4	
		31-40	5,9	23,5	64,7	
		≥41	0,0	0,0	100,0	
Bazinės kūno temperatūros matavimas	Darbo patirtis	≤2	14,3	85,7	0,0	χ ² =15.918 lls=10 p=0.102 (p>0.05)
		3-10	9,1	54,5	36,4	
		11-20	30,4	65,2	4,3	
		21-30	35,9	46,2	15,4	
		31-40	29,4	47,1	23,5	
		≥41	0,0	100,0	0,0	
Makšties išskyrių stebėjimas	Darbo patirtis	≤2	28,6	71,4	0,0	χ ² =11.056 lls=10 p=0.353 (p>0.05)
		3-10	9,1	50,0	40,9	
		11-20	34,8	52,2	13,0	
		21-30	30,8	48,7	20,5	
		31-40	29,4	47,1	23,5	
		≥41	0,0	100,0	0,0	
Progesterinų minipiliulės	Darbo patirtis	≤2	0,0	14,3	85,7	χ ² =9.054 lls=10 p=0.527 (p>0.05)
		3-10	4,5	36,4	59,1	
		11-20	17,4	30,4	47,8	
		21-30	12,8	33,3	51,3	
		31-40	0,0	47,1	52,9	
		≥41	0,0	0,0	100,0	
Vaisingų dienų skaičiavimas	Darbo patirtis	≤2	57,1	42,9	0,0	χ ² =15.344 lls=10 p=0.120 (p>0.05)
		3-10	27,3	72,7	0,0	
		11-20	52,2	43,5	4,3	
		21-30	46,2	43,6	10,3	
		31-40	47,1	29,4	23,5	
		≥41	0,0	100,0	0,0	

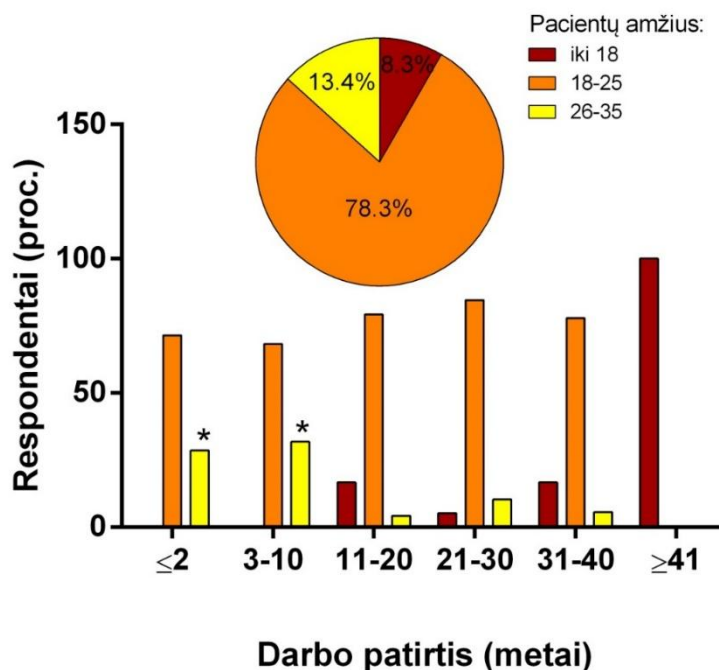
*χ² – chi-kvadrato kriterijus, lls- laisvės laispsnių skaičius, p – patikimumo lygmuo.

3.2.3. SKUBIOS KONTRACEPCIJOS PREPARATŲ PARDAVIMO TENDENCIJOS



10 pav. Profesinės kvalifikacijos įtaka vyrų ir moterų skubios kontracepcijos įsigijimo dažniui.

Reikšmingai daugiau (19.4 proc.) apklausoje dalyvavusių vaistininkų ir vaistininko padėjėjų teigė, kad skubiąją kontracepciją jie dažniau parduoda moterims nei vyrams. Respondentų darbo patirtis farmacijos srityje ir darbo vieta įtakos apklaustųjų nuomonei apie lyčių skirtumus įsigyjant skubiąją kontracepciją neturi ($p > 0.05$). Pastebėta apklausos dalyvių profesinės kvalifikacijos įtaka vyrų ir moterų skubios kontracepcijos įsigijimo dažniui. Vaistininkų grupėje reikšmingo skirtumo tarp vyrų ir moterų įsigyjantių skubiąją kontracepciją nėra, skirtingai nei vaistininkų padėjėjų grupėje: net 37.7 proc. daugiau farmakotechnikų teigė, kad moterys dažniau įsigyja skubiąją kontracepciją lyginant su vyrais ($p < 0.05$) (10 pav.).

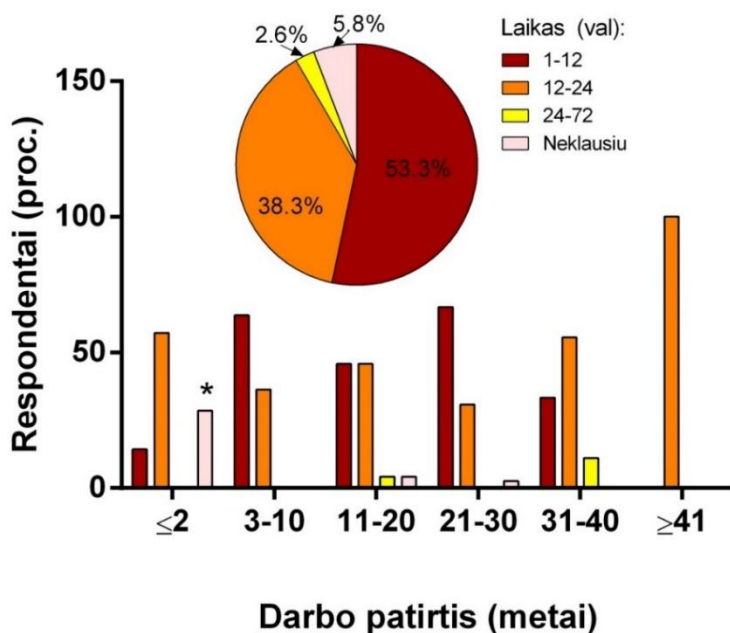


11 pav. Respondentų darbo patirties įtaka pacientų, išsigyjančių skubiąją kontracepciją amžiui.

** $p < 0.05$ vs 11-20, 21-30, 31-40 ir ≥ 41 .*

Daugiau nei trys ketvirtadaliai apklausoje dalyvavusių vaistininkų ir vaistininko padėjėjų teigė, kad skubiąją kontracepciją dažniausiai išsigyja 18-25 metų pacientai, tai net 70 proc. daugiau nei pacientai iki 18 metų amžiaus ir 5.8 karto daugiau nei 26-35 metų vaistinės klientai ($*p < 0.05$). Specialistų profesinė kvalifikacija ir darbo vieta reikšmingos įtakos pacientų, išsigyjančių skubiąją kontracepciją, amžiui neturėjo. Pastebėti reikšmingi skirtumai respondentų darbo patirties grupėse: net 11.56 proc. daugiau 11-20 ar 31-40 metų darbo patirį turinčių specialistų teigė, kad skubiąją kontracepciją dažniau išsigyja asmenys iki 18 metų lyginant su 21-30 metų dirbančiais kolegomis, ir net 16.66 proc. daugiau nei 10 metų ar trumpiau dirbantys specialistai ($p < 0.05$). Pastebėta tendencija, kad pas jaunesnius, 10 metų ar mažesnę darbo patirtį turinčius vaistininkus ir farmakotechnikus vyresni pacientai (26-35 metų) skubiąją kontracepciją išsigyja dažniau nei pas ilgesnę darbo patirtį turinčius farmacijos specialistus (11 pav.) Apklausoje dalyvių, teigiančių, kad dažniausiai skubiąją kontracepciją išsigyja 36 metų ar vyresni pacientai nebuvo.

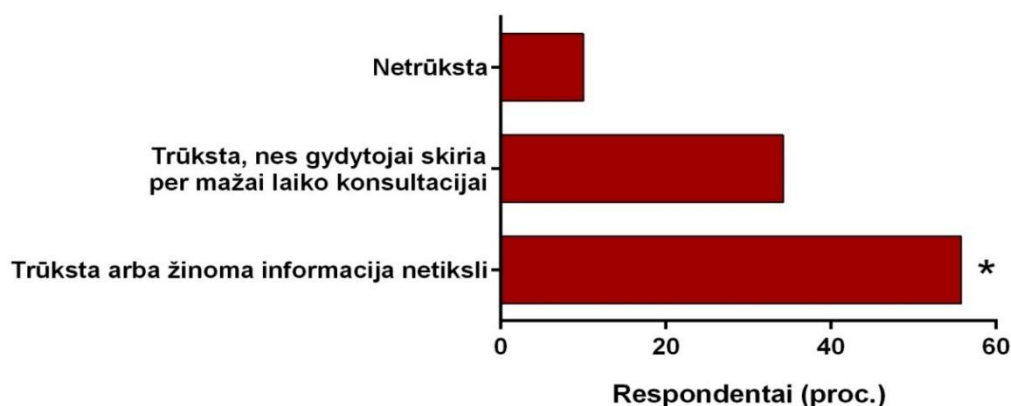
3.2.4. LAIKO TARPAS PO NESAUGIŲ LYTINIŲ SANTYKIŲ IKI SKUBIOS KONTRACEPCIJOS ĮSIGIJIMO



12 pav. Laiko tarpas po nesaugių lytinių santykių iki skubios kontracepcijos įsigijimo; darbo patirties įtaka.

Daugiau nei pusė tyrimo dalyvių teigė, kad į jų vaistinę po nesaugaus lytinio akto siekdami įsigyti skubiosios kontracepcijos pacientai kreipiasi praėjus 12 val. ar mažiau, 15 proc. mažiau farmacijos specialistų teigė, kad dauguma pacientų kreipiasi praėjus 12-24 val. po nesaugių lytinių santykių ($p < 0.05$). Išryškėja, jog farmacijos specialistai labai atsakingai žvelgia į skubiosios kontracepcijos konsultavimo svarbą, nes tik 1/20 dalis tyrime dalyvavusių vaistininkų ir farmakoteknikų teigė parduodami skubiąją kontracepciją net neklausiantys pacientų, kiek laiko praėjo po nesaugaus akto. Net 15 kartų mažiau respondentų pranešė, kad pacientai po nesaugaus akto laukė 24-72 val. ir tik tada kreipėsi į vaistininką norėdami įsigyti skubiosios kontracepcijos ($p < 0.05$ vs 12-24 val.) Reikšmingos įtakos respondentų kvalifikacija ir darbo vieta pacientų išlaukto laiko po nesaugių lytinių santykių iki skubios kontracepcijos įsigijimo dažniui neturi. Pastebėta reikšminga darbo patirties įtaka respondentų grupei, kuri neklausia apie laiko tarpą praėjusį po nesaugaus akto pacientui įsigyjant skubiąją kontracepciją: net nuo 24.5 iki 26 proc. daugiau farmacijos specialistų turinčių 2 metų ar mažesnę darbo patirtį neklausia pacientų apie laiko tarpą praėjusį po nesaugių santykių lyginant su vaistininkais ir farmakoteknikais dirbančiais 11-20 ir 21-30 metų ($p < 0.05$).

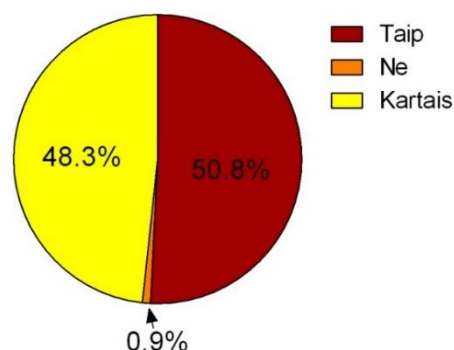
Informacijos apie kontraceptines priemones vertinimas



13 pav. Informacijos apie kontraceptines priemones vertinimas.

Nustatyta, kad didžioji dauguma tyrime dalyvusių vaistinininkų ir vaistininko padėjėjų teigia, kad informacijos apie kontraceptinius preparatus trūksta arba ji yra netiksli, tai net 21.6 proc. daugiau nei manančių, kad informacijos trūkumas kyla dėl gydytojų laiko stokos pacientų konsultacijai ($p < 0.05$). Reikšmingai (90 proc.) mažiau farmacijos specialistų mano, kad informacijos apie kontraceptinius preparatus bei priemones pakanka lyginant su priešingai manančiais kolegomis.

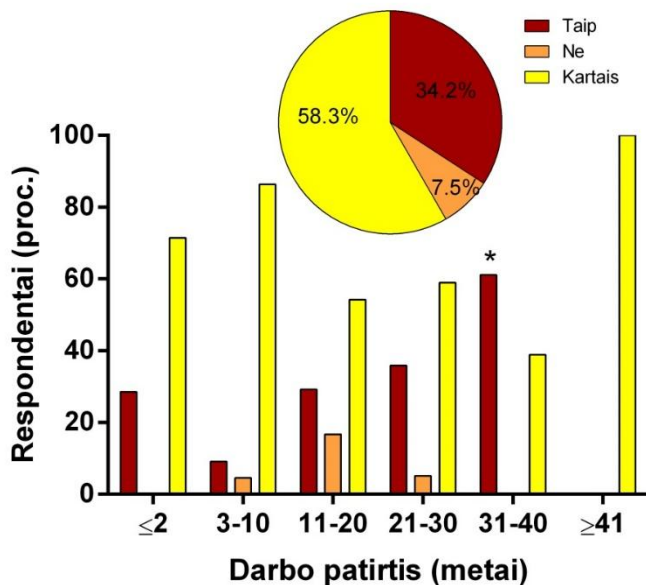
3.2.5. FARMACIJOS SPECIALISTO KONSULTACIJOS YPATUMAI



14 pav. Įspėjimai pacientams dėl galimų šalutinių poveikių ir nepageidaujamų reakcijų

Džiugu, kad tik mažiau nei 1 proc. apklausos dalyvių teigė, kad pacientų nesuteikia informacijos apie galimus šalutinius poveikius ir nepageidaujamas reakcijas, tai reikšmingai mažiau

lyginant su kartais ar visada pacientams informaciją suteikiančiais kolegomis. Tyrimo dalyvių darbo vieta, profesinė kvalifikacija ir darbo patirtis reikšmingos įtakos pacientų informavimo apie kontraceptinių priemonių galimus šalutinius poveikius dažniui neturi. Deja skirtumo tarp kartais pacientus informuojančiais ir visada reikalingas žinias apie kontracepciją suteikiančiais specialistais nėra ($p>0.05$).



15 pav. Vaistininko konsultacija dėl galimos vaistų sąveikos. Darbo patirties įtaka. * $p<0.05$ vs 21-30, 11-20, 3-10, ≤2 ir ≥41.

Daugiau nei pusė apklausos dalyvių teigė tik kartais pasiteiraujantys pacientų, norinčių įsigyti kontracepcijos, apie kitus jų vartojamus vaistus, tai net 24.1 proc. mažiau nei tų specialistų, kurie kas kartą paklausia apie pacientų vartojamus vaistus (* $p<0.05$). Reikšmingai mažiau (26.7 proc.) vaistininkų ir vaistininko padėjėjų teigia, kad neklausia pacientų apie vartojamus vaistus jiems išsilygant kontraceptikus lyginant su visada to pasiteiraujančiais specialistais. Tyrimo dalyvių darbo vieta, profesinė kvalifikacija reikšmingos įtakos pateiktų atsakymo variantų pasirinkimui dažniui neturi. Pastebėta darbo patirties įtaka pasiteiravimui ar pacientas vartoja kitus vaistinius preparatus: daugiau nei 10 proc. 11-20 metų darbo patirtį turinčių farmacijos specialistų teigia neklausiantys apie kitus paciento vartojamus vaistinius preparatus lyginant su 3-10 ar 21-30 metų dirbančiais kolegomis ($p<0.05$). Pastebėta tendencija, kad galimas vaistų sąveikas dažniau įvertina didesnę darbo patirtį turintys vaistininkai ir vaistininko padėjėjai: net 25.21 proc. respondentų

dirbančių 31-40 metų dažniau pasiteirauja paciento apie kitus jo vartojamus vaistus lyginant su 21-30 metų dirbančiais specialistais ($p < 0.05$) (15 pav.).

IŠVADOS

1. Moterys palankiausiai vertina barjerines kontracepcijos priemones ir hormoninę kontracepciją. Apie hormoninę kontracepciją žinių neturi beveik 11% respondentų, taigi visuomenė dar nėra pakankamai informuota apie patikimas kontracepcijos priemones ar metodus. Neefektyvios kontracepcijos naudojimas didina skubiosios kontracepcijos poreikį: tai patvirtino 55% respondenčių, naudojusią ekstrinę kontracepciją.
2. Pagrindiniai kriterijai besirenkant kontraceptinę priemonę: naudojimo patogumas bei neutralus poveikis sveikatai. Kontraceptinis patikimumas yra labai svarbus kriterijus, ypač 31-35 metų amžiaus grupės moterims. Kontracepcijos metodo/ priemonės kaina, lyginant su kontracepcijos patikimumu, naudojimo patogumu ir žala sveikatai nėra svarbi.
3. Kontraceptinių priemonių pasirinkimą dažniausiai lemia gydytojas akušeris ginekologas. Informacija ir rekomendacijos gaunamos iš gydytojo yra susiję su individualiu kontraceptinės priemonės parinkimu ir tikslu vartojimo režimu.
4. Farmacijos specialisto konsultacija svarbi net 62,7% respondentų, todėl vaistinėse dirbantiems specialistams itin svarbu turėti pakankamai žinių apie kontraceptines priemones ir metodus. 31,9 % specialistų nurodė, kad konsultuojant pacientus diskomfortą jaučia dėl žinių trūkumo. Šie rezultatai atskleidžia žinių gilinimo poreikį.
5. Farmacijos specialisto vaidmuo svarbus užtikrinant racionalų kontraceptinių priemonių naudojimą, tinkamą vartojimo režimą bei informuojant apie galimus šalutinius poveikius. Kontraceptinių preparatų sąveika su kitais preparatais gyventojams nėra tokia aktuali kaip kontraceptinių priemonių veikimo mechanizmas, vartojimo ypatumai ar šalutinis poveikis, tačiau farmacijos specialistui būtina išmanyti vaistų suderinamumą siekiant užtikrinti farmacinių paslaugų kokybę.

PRAKTINĖS REKOMENDACIJOS

Atsižvelgiant į šio darbo tyrimų rezultatus rekomenduojame:

- Kontraceptinių preparatų ir priemonių gamintojams ar platintojams skirti daugiau lėšų saugiu, nauju, moderniu, šiuolaikiškų priemonių pristatymui bei reklamai viešojoje erdvėje, investuoti lėšas į naujų preparatų kūrimą, jų tyrimus;
- Pateikti naujausias žinias gydytojams ir vaistininkams, kad jie galėtų suteikti moterims visą reikalingą bei objektyvią informaciją apie kontraceptinių priemonių racionalų vartojimą.
- Gyventojams nevengti konsultuotis su gydytoju bei vaistininku, nes internete publikuojama informacija nesuteikia patikimos informacijos bei formuoja netinkamą požiūrį į efektyvias kontracepcijos priemones bei metodus.
- Farmacijos specialistams būtina daugiau domėtis kontracepcijos priemonių sąveikos, tinkamo naudojimo aspektais bei gilinti ir atnaujinti turimas žinias

LITERATŪROS SĄRAŠAS

1. A. E. Gebbie, K. O'Connell White. Contraception [elektroninis išteklius] /, Oxon. : Health Press, 2009.
2. J. Guillebaud. Šiuolaikinė kontracepcija. GEROMEDA, Vilnius, 2013.
3. V. Klimas, B. Žaliūnas. Šeimos planavimo metodai. I dalis Homoninė kontracepcija. Vilnius. 2000.
4. A. Glasier. Combined hormonal contraception. Women-s-Health-Medicine, 2005.
5. PSO. Fact sheet on the safety of levonorgestrel-alone emergency contraceptive pills (LNG ECPs), 2010.
6. R. Jakubčionytė, R. Nadišauskienė, R. Čepulienė. Kontracepcijos būdų naudojimo rekomendacijos. Vilnius, 2003.
7. B. G. Katzung. Bendroji ir klinikinė farmakologija. 2007.
8. M. Festin. Progestogens in combined oral contraceptives for contraception. The WHO Reproductive Health Library, Geneva, World Health Organization, 2006.
9. H. Stankevičius, V. Klimas. Hormonai ir kontracepcija. 2000.
10. British National Formulary 61. BMJ Group. 2011.
11. Internetinė prieiga <http://www.fsrh.org/documents/ceu-guidance-drug-interactions-with-hormonal-contraception-jan/>
12. WHO. Medical eligibility criteria for contraceptive use. Fifth edition, 2015.
13. H. Xu, D. L. Eisenberg, T. Madden, Gina M. Secura, J. F. Peipert. GENERAL GYNECOLOGY. Medical contraindications in women seeking combined hormonal contraception. American Journal of Obstetrics&Gynecology, 2014.
14. R. Čepulienė, R. Sveikatiienė, K. Gutauskas, V. Vanagienė. Factors Influencing Women's Preference to select a Combined Hormonal Contraceptive Method: a Cross-sectional survey in Lithuania. Medicina (Kaunas) 2012;48(8):424-30

15. Lietuvos Sveikatos Statistika. 2015.
16. United Nations Department of Economic and Social Affairs - Population Division. World Contraceptive Patterns. 2013.
17. United Nations Department of Economic and Social Affairs - Population Division. Trends in Contraceptive Methods Used Worldwide. Popul Facts. 2013; 9:49–50.
18. FZ Stanczyk , DF Archer. Gestodene: a review of its pharmacology, potency and tolerability in combined contraceptive preparations. 2014.
19. D. Mansour. Progestogen-only contraceptive methods and hormonal emergency contraception. *Medicine* 34:1, 2006
20. Internetinė prieiga http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0004/237199/Entre-Nous-79-Eng.pdf?ua=1)
21. R. Sitruk-Ware. Pharmacological profile of progestins. *Maturitas*, 2004 .
22. G. Drąsutienė. Akušerijos ir ginekologijos praktikos vadovas. VU medicinos fakultetas. Vilnius, 2008.
23. I. Wiegratz, H. Kuhl. Metabolic and clinical effects of progestogens. *Eur J Contracept Reprod Health Care*, 2006;11:153–61
24. V. Sadauskas, V. Vanagienė, V. Kruminis. Hormonų kontracepcijos aktualijos. Kaunas, 2000.
25. WHO Geneva. Improving access to quality care in family planning. Medical eligibility criteria for initiating and continuig use of contraceptive methods. 1995.
26. Internetinė prieiga <http://bmccancer.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2407-13-584>
27. S. Ouzounian, L. Verstraete, N. Chabbert-Buffet. Third-generation oral contraceptives: future implications of current use. *Expert Rev Obstet Gynecol*. 2008;3(2):189–201.
28. L. Rosenberg, DA Boggs, LA Wise, LL Adams-Campbell, JR Palmer. Oral contraceptive use and estrogen/progesterone receptor-negative breast cancer among African American women. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev*, 2010.
29. S. Čaplikas, P. Gradeckas. Prezervatyvai apsaugo nuo lytiškai plintančių infekcijų. *Mokslinis darbas*, 2011.

30. B. Magowan, P. Owen, J. Drife. Clinical obstetrics and gynaecology. 2009 .
31. R. Sitruk-Ware. New progestogens: a review of their effects in perimenopausal and postmenopausal women. Drugs Aging. 2004 .
32. Internetinė prieiga: <http://www.fsrh.org/documents/ceu-emergency-contraception-jan-2012/>
33. H. Bullock, MD, J. Salcedo. Emergency Contraception, Do Your Patients Have a Plan B? Obstet Gynecol Clin N, 2015.
34. E. Kuliešytė. Šeimos planavimo metodai ir konsultavimo pagrindai. Šeimos planavimo ir Seksualinės sveikatos ASOCIACIJA. Vilnius, 1998.

PRIEDAI

MOTERŲ APKLAUSOS ANKETA

Anketa parengta Vilniaus universiteto Medicinos fakulteto Farmacijos magistrantūros studijų studentėms. Anketos reikalingos magistro darbo rengimui, kurio tema: „*Kontraceptinių priemonių vartojimas. Moterų požiūrio tyrimas, gydytojų rekomendacijos, vaistinio vaidmuo užtikrinant racionalų kontraceptinių priemonių naudojimą*“.

Tyrimas vykdomas atliekant anketinę apklausą. Anketa yra anoniminė. Jūsų atsakymai bus panaudoti tik tyrimo tikslams ir prižiūrimi laikantis konfidencialumo. Mums labai svarbi Jūsų nuomonė. Būtume dėkingos, jeigu atsakytumėte į žemiau pateiktus klausimus. Jums tinkamą atsakymo variantą pažymėkite varnelė.

1. Jūsų amžius?

- a) 15-17 m.
- b) 18-24 m.
- c) 25-30 m.
- d) 31-35 m.
- e) ≥36 m.

2. Koks Jūsų išsilavinimas?

- a) Pagrindinis
- b) Vidurinis
- c) Profesinis
- d) Aukštasis neuniversitetinis
- e) Aukštasis universitetinis

3. Kokia Jūsų šeimyninė padėtis?

- a) Netekėjusi
- b) Ištekėjusi
- c) Kita

4. Kokio amžiaus pradėjote lytinius santykius?

- a) ≤15 m.
- b) 16-17 m.
- c) 18-20 m.
- d) 21-25 m.
- e) ≥26 m.

5. Jūsų lytinių santykių dažnumas:

- a) neturiu
- b) retai (1 kartą per mėnesį ir rečiau)
- c) kartais (1 kartą per dvi savaites ir dažniau)
- d) dažnai (dažniau nei 1 kartą per savaitę)

6. Kokias kontracepcijos priemones ar metodus naudojate?

- a) nenaudoju
- b) Hormoninės kontracepcijos tabletės
(įrašykite pavadinimą).....
- c) Barjerines (vyriškus prezervatyvus)
- d) Gimdos spiralę: hormoninę
- e) Gimdos spiralę varinę
- f) Kontraceptinį pleistrą
- g) Spermicidus (Pharmatex žvakutes ar kt.)
- h) Kontraceptinį makšties žiedą
- i) Natūralius šeimos planavimo būdus
- j) Nutrauktas lytinis aktas

7. Kas Jus paskatino vartoti šią kontraceptinę priemonę ar metodą? (Jūsų naudojamą)

- a) Vaistininkas
- b) Ginekologas
- c) Draugės
- d) Populiarūs leidiniai
- e) Internetinės svetainės
- f) Mokslinė literatūra

8. Kokios priežastys lemia Jūsų naudojamo metodo pasirinkimą? (galimi keli atsakymo variantai)

- a) Prieinama kaina
- b) Kontraceptinis patikimumas
- c) Naudojimo patogumas
- d) Nekenkia sveikatai
- e) Kita (įrašykite).....

9. Koks Jūsų požiūris į hormoninę kontracepciją?

- a) Neigiamas, nes sukelia daug šalutinių poveikių
- b) Neigiamas, nes žalingai veikia moters sveikatą
- c) Teigiamas, nes patikimai saugo nuo pastojimo
- d) Neturiu žinių apie hormoninę kontracepciją
- e) Kita (įrašykite).....

10. Dėl kokių priežasčių naudojate hormoninę kontracepciją? (galimi keli atsakymo variantai)
(Atsakykite į šį klausimą jei naudojate hormoninę kontracepciją)

- a) dėl kontraceptinio poveikio
- b) reguliuoti sutrikusį mėnesinių ciklą
- c) gydyti odos problemas
- d) gydyti lytinių organų ligas
- e) sumažinti skausmą ir gausų kraujavimą mėnesinių metu
- f) kita.....

11. Kokias rekomendacijas apie kontraceptines priemones gaunate iš gydytojo?

(galimi keli atsakymo variantai)

- a) Apie kontraceptinės priemonės vartojimo tikslumą
- b) Apie galimą vaistų sąveiką
- c) Apie galimus šalutinius poveikius
- d) Apie preparato ar kontraceptinio metodo tinkamumą konkrečiai man
- e) Kita (įrašykite).....

12. Iškilus neaiškumams susijusiems su kontraceptinės priemonės tinkamu naudojimu, šalutiniu poveikiu, Jūs konsultuojatės su:

- a) Gydytoju
- b) Vaistininku
- c) Visą informaciją randu internete

13. Ar farmacijos specialisto konsultacija apie kontraceptines priemones bei racionalų jų naudojimą Jums svarbi ir reikalinga?

- a) Ne, kontracepcijos naudojimo klausimais konsultuojuosi tik su gydytoju
- b) Taip, informacija svarbi
- c) Informacija ypač svarbi įsigyjant skubią kontracepciją

14. Ar naudojama kontraceptine priemone esate patenkinta?

- a) Taip
- b) Ne
- c) Norėčiau išbandyti kitą priemonę ar metodą

15. Ar esate vartojusi skubią kontracepciją (Tab. Postinor, Tab. Escapelle)?

- a) Taip
- b) Ne

(Jei „Ne“, į 16, 17 klausimus atsakyti nereikia)

16. Dėl kokių priežasčių vartojote skubios kontracepcijos tabletes?

- a) Užmiršau išgerti hormoninę kontraceptinę tabletę
- b) Nesijaučiau užtikrinta dėl panaudotos priemonės saugumo
- c) Nesisaugojau lytinių santykių metu

17. Ar įsigyjant skubią kontracepciją konsultavotės su vaistininku apie šios priemonės veikimą, naudojimą, galimą šalutinį poveikį?

- a) Taip
- b) Ne
- c) Ne, visą informaciją žinau pati
- d) Informaciją surandu internete

18. Ar įsigyjant kontraceptines priemones vaistinėje gaunate informacijos apie tinkamą jų naudojimą:

- a) Taip
- b) Ne
- c) Kartais
- d) Žinau reikiamą informaciją pati

19. Ar prieš naudojimą Jūs perskaitote kontraceptinio preparato vartojimo instrukciją?

- a) Taip
- b) Ne

20. Kokia informacija apie kontraceptines priemones Jums svarbi?

(galimi keli atsakymo variantai)

- a) Informacija apie šalutinius poveikius
- b) Informacija apie vaistų sąveiką su kontraceptiniu preparatu
- c) Informacija apie vartojimo ypatumus bei tinkamą naudojimą
- d) Informacija apie kontraceptinių preparatų veikimą t.y. kaip apsaugo nuo nėštumo
- e) Informacija kaip elgtis pamiršus išgerti kontraceptinę tabletę
- f) Kita (įrašykite).....
..

ANKETA VAISTININKAMS BEI FARMAKOTECHNIKAMS

Anketa parengta Vilniaus universiteto Medicinos fakulteto Farmacijos magistrantūros studijų studentų. Anketos reikalingos magistro darbo rengimui, kurio tema: „*Kontraceptinių priemonių vartojimas. Moterų požiūrio tyrimas, gydytojų rekomendacijos, vaistininko vaidmuo užtikrinant racionalų kontraceptinių priemonių naudojimą*“.

Tyrimas vykdomas atliekant anketinę apklausą. Anketa yra anoniminė. Jūsų atsakymai bus panaudoti tik tyrimo tikslams ir prižiūrimi laikantis konfidencialumo. Mums labai svarbi Jūsų nuomonė. Būtume dėkingos, jeigu atsakytumėte į žemiau pateiktus klausimus. Jums tinkamą atsakymo variantą pažymėkite varnele.

Jūsų darbo patirtis vaistinėje _____ (Įrašykite metais)

1. Darbo vieta?
 - a) Tinklo vaistinė
 - b) Privati vaistinė
 - c) Valstybinė vaistinė

2. Jūsų profesinė kvalifikacija?
 - a) Vaistininko padėjėjas (farmakotechnikas)
 - b) Vaistininkas

3. Kas dažniau nori įsigyti kontracepcijos preparatų?
 - a) Moterys
 - b) Vyrai

4. Kokio amžiaus pacientės (-us) tenka konsultuoti kontracepcijos klausimais?
 - a) Iki 18 m
 - b) 18-25 m
 - c) 26-35 m
 - d) \geq 35 m

5. Įvardinkite kaip dažnai gyventojai kreipiasi informacijos arba konsultuojasi apie šias kontraceptines priemones ar metodus ?

	Dažnai	Kartais	Retai	Niekada
Prezervatyvus				
Geriamuosius kontraceptikus				
Ilgalaikius injekcinius kontraceptikus				

Gimdos spirales				
Spermicidus				
Kontraceptinius pleistrus				
Kontraceptinius makšties žiedus				

6. Kokia informacija apie kontraceptines priemones ar metodus aktualiausia pacientams?
- a) Apie tinkamą vartojimo režimą
 - b) Apie šalutinius poveikius
 - c) Apie sąveiką su kitais vaistais
 - d) Ką daryti pamiršus išgerti kontraceptinę tabletę
 - e) Kaip apsisaugoti nuo lytiniu keliu plintančių ligų
7. Kaip Jūs jaučiatės konsultuodama (as) klientus apie kontraceptines priemones?
- a) Visada laisvai
 - b) Kartais jaučiuosi suvaržytas (-a)
 - c) Jaučiu diskomfortą
 - d) Neteko konsultuoti
8. Kaip manote, kokios priežastys lemia diskomfortą kalbant su gyventoju apie kontracepciją?
- a) Žinių trūkumas kontracepcijos klausimais
 - b) Nežinau ką reiktų patarti jei klientas neišgėrė kontraceptinės tabletės arba kitaip pažeidė vartojimo režimą
 - c) Diskomfortas kyla kai klientas turi interneto ar draugų suformuotą požiūrį
9. Iš kokių šaltinių gilate savo žinias apie kontracepciją?
- a) Studijų metais įgytos žinios
 - b) Savarankiškai studijuoju mokslinę literatūrą
 - c) Skaitau populiarią visuomenei skirtą literatūrą
 - d) Iš naujienų portalų
 - e) Skaitau farmacijos atstovų pateiktą informaciją
 - f) Kita (Įrašykite)_____

10. Kokias kontraceptines priemones dažniausiai įsigyja pacientės?

	<i>Dažniau, nei kartą per dieną</i>	<i>Dažniau, nei kartą per savaitę</i>	<i>Kartą per dvi savaites</i>	<i>Kartą per mėnesį</i>	<i>Retai arba niekada</i>
Geriamuosius kontraceptikus					

Prezervatyvus					
Ilgalaikius injekcinius kontraceptikus					
Gimdos spirales					
Spermicidus					
Kontraceptinius pleistrus					
Kontraceptinius makšties žiedus					
Skubiąją kontracepciją					

11. Įvertinkite savo turimas žinias apie kontraceptines priemones ar metodus:

METODAS	ŽINAU VEIKIMO MECHANIZMĄ, KONTRAINDIKACIJAS, VARTOJIMO YPATUMUS	TURIU ŠIEK TIEK ŽINIŲ APIE ŠĮ METODĄ	NETURIU ŽINIŲ APIE ŠĮ METODĄ
INJEKUOJAMIEJI GESTAGENAI			
KONTRACEPTINIS ŽIEDAS			
KONTRACEPTINĖS TABLETĖS			
KONTRACEPTINIAI IMPLANTAI			
GIMDOS HORMONINĖ SPIRALĖ			
GIMDOS VARINĖ SPIRALĖ			
SPERMICIDAI			
MOTERIŠKIEJI PREZERVATYVAI			
LAKTACINĖ AMENORĖJA			
KONTRACEPTINIS PLEISTRAS			
BAZINĖS KŪNO TEMPERATŪROS MATAVIMAS, IŠSKYRŲ STEBĖJIMAS			
PROGESTINŲ MINI PILIULĖS			
VYRIŠKIEJI PREZERVATYVAI			
VAISINGŲ DIENŲ SKAIČIAVIMAS			

12. Skubios kontracepcijos preparatų dažniau įsigyja:

- a) Vyrai
- b) Moterys

13. Skubios kontracepcijos priemonės dažniau įsigyja pacientės (-ai) kurių amžius:

- a) Iki 18 m
- b) 18-25 m
- c) 26-35 m
- d) \geq 35 m

14. Kiek laiko praėjus po nesaugių lytinių santykių pacientės (-ai) kreipiasi dėl skubios kontracepcijos preparatų?

- a) 1-12 val.
- b) 12-24 val.
- c) 24-72 val.
- d) Neklausiu

15. Kaip manote ar gyventojams trūksta informacijos apie kontraceptinius preparatus ar metodus?

- a) Trūksta arba žinoma informacija netiksli
- b) Trūksta, nes gydytojai skiria per mažai laiko konsultacijai
- c) Netrūksta

16. Ar įspėjate pacientes dėl galimų šalutinių poveikių ir nepageidaujamų reakcijų?

- a) Taip
- b) Ne
- c) Kartais

17. Ar pasiteiraujate apie kitus vartojamus vaistus dėl galimų sąveikų?

- a) Taip
- b) Ne
- c) Kartais