

**UNIVERZA V LJUBLJANI**  
**FAKULTETA ZA DRUŽBENE VEDE**

**Živa Slokan**

**Ozaveščenost slovenskih srednješolk o oralni kontracepciji**

**Magistrsko delo**

**Ljubljana, 2015**

**UNIVERZA V LJUBLJANI  
FAKULTETA ZA DRUŽBENE VEDE**

**Živa Slokan**

**Mentor: red. prof. dr. Ivan Bernik**

**Somentorica: red. prof. dr. Valentina Hlebec**

**Ozaveščenost slovenskih srednješolk o oralni kontracepciji**

**Magistrsko delo**

**Ljubljana, 2015**

*Magistrsko delo posvečam svojim dragim staršema,  
ki sta mi bila v obdobju odraščanja in tekom študija  
vedno v oporo.*

## **Ozaveščenost slovenskih srednješolk o oralni kontracepciji**

V svoji magistrski nalogi sem proučevala ozaveščenost in splošno zadovoljstvo slovenskih srednješolk z uporabo oralne hormonske kontracepcije (OHK), ki tudi pri nas, tako kot v drugih zahodnih družbah, velja za najbolj priljubljeno metodo za zaščito pred neželjeno nosečnostjo med najstnicami. Da bi ugotovila, kakšen je odnos slovenskih srednješolk do oralne kontracepcije in njihovo znanje o slednji, sem izvedla raziskavo – anketo na vzorcu 466 slovenskih srednješolk, med katerimi je bilo 125 (27 %) takih, ki so v času izvajanja raziskave uživale, ali v preteklosti uživale OHK. Moje glavne ugotovitve na podlagi pridobljenih rezultatov so, da uporaba oralne kontracepcije narašča s starostjo srednješolk in je odvisna tudi od njihovega maritalnega statusa, da se adolescentke o izbiri ustrezne kontracepcije najbolj pogosto posvetujejo z ginekologom, da srednješolke v Sloveniji niso dobro seznanjene z možnimi stranskimi učinki kontracepcijske tabletki oziroma da dobro poznajo zgolj najbolj pogoste ter da jih o tem niso podučili pred predpisom prvega recepta pri ginekologu.

**Ključne besede:** kontracepcija, oralna kontracepcija, kontracepcijska tabletki, srednješolke, najstnice, spolnost, ozaveščenost.

## **Awareness of Slovenian high school girls about the oral contraception**

In this Master's Thesis I have been researching the usage, awareness and general satisfaction about the oral contraception (OC) among Slovenian high school girls. Oral hormonal contraception has become the most popular and frequently used method for preventing the unwanted pregnancies among teenagers in Western societies, and also in Slovenia. To investigate Slovenian high school girls' attitude towards the birth control pill and the knowledge about it I have conducted a practical research with 466 Slovenian high school girls included. 125 (27 %) of the respondents have been using or used a birth control pill in the past, and my main conclusions are the following: (1) the usage of oral contraception is growing with the age of adolescents and also depends on teenagers' marital status, (2) the respondents in most cases consulted about the right choice of contraceptive method with their gynecologist, (3) the teenage users of the OC are not entirely informed about the side effects of the birth control pill, especially about the rare and more dangerous ones, and (4) they did not get enough information about the oral contraception before their first prescription.

**Key words:** contraception, oral contraception, birth control pill, Slovenian high school girls, teenagers, sexuality, awareness.

## KAZALO VSEBINE:

1	UVOD .....	7
2	TEORETIČNI DEL.....	9
2.1	Raziskovanje spolnega vedenja .....	9
2.2	Družboslovne raziskave spolnega vedenja mladih .....	10
2.3	Spreminjanje mladostniške spolnosti .....	11
2.4	Kontracepcijska tableta v Sloveniji .....	13
2.5	Od načrtovanja družine k brezskrbnemu življenjskemu stilu.....	14
2.6	Slovenske smernice za rabo kombinirane hormonske kontracepcije .....	15
2.6.1	Tveganja in koristi kombinirane hormonske kontracepcije .....	16
2.6.2	Raba KHK .....	17
2.6.3	Posebna stanja in raba KHK.....	17
2.7	Prednosti in slabosti kontracepcijske tablete .....	17
2.7.1	Kontracepcijska tableta in rak dojke .....	18
2.7.2	Vpliv oralne hormonske kontracepcije na pojav venske tromboze.....	19
2.7.3	Vpliv hormonske kontracepcije na pojav arterijske hipertenzije .....	20
2.7.4	Vpliv kombinirane oralne kontracepcije na željo po spolnosti (libido).....	20
2.7.5	Vpliv kontracepcijske tablete na povišanje telesne teže .....	21
2.7.6	Vpliv kontracepcijske tablete na spremembe razpoloženja .....	21
2.7.7	Hormonska kontracepcija v povezavi z trombotično možgansko kapjo in srčnim infarktom .....	22
2.7.8	Smrtnost in kontracepcijska tableta.....	22
2.8	Trendi uživanja kontracepcijske tablete po svetu.....	23
2.8.1	Kontracepcija kot ženska odgovornost .....	24
2.9	Uživanje kontracepcijskih tablet med mladostnicami v Sloveniji.....	24
2.10	Uživanje, poznavanje ter percepcija OHK med najstnicami drugod po svetu .....	26
2.10.1	Uživanje oralne kontracepcije med srednješolkami v Avstriji.....	26
2.10.2	Uživanje oralne kontracepcije med najstnicami na Nizozemskem .....	27
2.10.3	Percepcija kontracepcije med mladostnicami na Švedskem .....	28
2.10.4	Uživanje kontracepcijske tablete med najstnicami v ZDA .....	29
2.10.5	Uporaba OHK med mladostnicami v Nigeriji.....	30
2.11	Raziskovalne hipoteze .....	30
2.12	Metodologija .....	31
3	EMPIRIČNI DEL.....	33
3.1	Statistični podatki anketirank .....	33
3.2	Preverjanje raziskovalnih hipotez in interpretacija rezultatov .....	34

3.3	Dodatne ugotovitve ob pridobljenih rezultatih.....	42
3.3.1	Kajenje in uživanje OHK .....	42
3.3.2	Vrsta kontracepcijskih tablet, ki jo uživajo srednješolke.....	43
3.3.3	Čas uživanja OHK.....	44
3.3.4	Prednosti in slabosti tabletk.....	45
3.3.5	Splošno zadovoljstvo z uživanjem OHK .....	47
3.4	Pomanjkljivosti raziskave.....	48
3.5	Primerjava rezultatov z drugimi raziskavami, splošne ugotovitve in odprta raziskovalna vprašanja .....	48
4	ZAKLJUČEK.....	52
5	LITERATURA.....	54
	PRIOLOGA: Anketni vprašalnik, s katerim sem izvedla praktično raziskavo.....	59

#### **KAZALO GRAFOV:**

Graf 3.1:	Delež uporabnic OHK glede na njihovo starost. ....	34
Graf 3.2:	Uporaba dodatne zaščite pri spolnem odnosu (skupaj). ....	36
Graf 3.3:	Uporaba dodatne zaščite pri petnajstletnicah.....	36
Graf 3.4:	Uporaba dodatne zaščite pri šestnajstletnicah. ....	37
Graf 3.5:	Uporaba dodatne zaščite pri sedemnajstletnicah .....	37
Graf 3.6:	Uporaba dodatne zaščite pri osemnajstletnicah. ....	37
Graf 3.7:	Splošno zadovoljstvo respondentk z uživanjem OHK .....	47

#### **KAZALO TABEL:**

Tabela 2.1:	Prvo predpisovanje in svetovanje uporabnicam OHK (Printer in drugi 2012, 283).....	16
Tabela 2.2:	Možni neželeni stranski učinki ob uživanju kontracepcijskih tablet Logest, Diane 35, Yasminelle in Yaz (Draagle 2012). ....	18
Tabela 3.1:	primerjava števila uporabnic OHK in deleža uporabnic OHK v razmerju .....	35
Tabela 3.2:	Vir informacij o ustrezni izbiri kontracepcije glede na starost srednješolk .....	38
Tabela 3.3:	Neželeni stranski učinki uživanja OHK navedeni s strani srednješolk.....	40
Tabela 3.4:	Vrsta kontracepcijskih tablet, ki jih uživajo mladostnice .....	43
Tabela 3.5:	Čas uživanja OHK med respondentkami glede na starost .....	44
Tabela 3.6:	Prednosti kontracepcijskih tablet .....	45
Tabela 3.7:	Slabosti kontracepcijskih tablet po mnenju srednješolk.....	46

# 1 UVOD

Kje smo in kam gremo? Obdobje, v katerega vstopamo, je »obdobje, v katerem postajajo posledice modernosti bolj radikalizirane in univerzalizirane kot kdajkoli prej. Postmodernost ali pozna modernost se odvija v naslednjih glavnih segmentih: zaupanju, tveganosti, globalizaciji in nejasnosti (brezciljnosti) oziroma negotovosti« (Giddens 1990 v Švab 2001, 68-69). Mnogi družboslovci trdijo, da se sodobne družbe spreminjajo v tako imenovane družbe tveganja, »oziroma prehajajo skozi obdobje transformacije modernosti od primarne v sekundarno modernost« (Beck 2000 v Kopač 2005, 773). Tveganost in negotovost, negativni značilnosti, ki zaznamujeta sodobne družbe, izvirata iz pozitivne – svobode. Danes je posameznik tekom svojega bivanja soočen s številnimi izbirami, med katerimi se mora odločiti, »saj ga tradicije in običaji vse manj omejujejo. Institucije sodobnih družb se naslavlajo na posameznike in ne na skupine in tako pri njih vzbujaajo prepričanje, da mora vsak sam poskrbeti za svoje življenje. Hkrati pa individualizacija življenjskih potekov ne pomeni nujno naraščanja posameznikove izbire in odločitev, temveč spremembo načina družbenega nadzora. Družbene zahteve, odgovornosti, nadzorovanja in urejevanja se namreč prelagajo na posameznike« (Ule 2008, 29-36).

Prelaganje odgovornosti in nadzorovanja na posameznike je v visoko modernih družbah značilno tudi na področju spolnosti. Restriktivno spolno moralo, ki je vsaj navidezno omejevala spolno vedenje v modernih družbah, je v postmodernizmu zamenjala permissivna oziroma »liberalna seksualna kultura, za katero je značilen permissivni diskurz« (Hollway v Švab 2010, 57), ki ga vodijo »ideja o možnosti svobodnega seksualnega izražanja, o spolni enakosti, liberalni in tolerantni pogledi na seksualnost ter seksualno raznolikost, seksualni pluralizem (raznolike seksualne prakse, vedenja vzorci). Sodobna spolnost ni organizirana okrog reprodukcije, kot je bila nekoč, ampak okrog užitka« (Gavey in drugi 1999 v Švab 2010, 67).

»Za permissivno spolno moralo pa so značilne tudi seksualizacija javne sfere, seksualna komercializacija in razširjena dostopnost seksualnega znanja in informacij (celo informacijsko izobilje), še posebej z razvojem novih tehnologij, kot je denimo internet ipd.« (Švab 2010, 67).

Permissivna spolna kultura, ki je nadomestila restriktivno, je bolj kot moške zaznamovala ženske. Slednje so namreč v preteklosti v povprečju imele tekom svojega življenja manj spolnih partnerjev kot moški partneric, danes pa jih imajo skoraj enako. Prav tako se, kot kažejo rezultati prve nacionalne raziskave spolnega vedenja v Sloveniji, izvedene leta 2000,

znižuje starost žensk pri prvem spolnem odnosu. »34 odstotkov žensk najmlajše generacije je doživelo prvi spolni odnos pred sedemnajstim letom, medtem ko sta bila ustrezna deleža pri mlajši generaciji 18 odstotkov in pri srednji 13 odstotkov« (Bernik in Klavs 2011, 99). Oba opisana dejavnika, naraščanje števila spolnih partnerjev in nižanje starosti žensk pri prvem spolnem odnosu, sta tudi v Sloveniji vplivala na naraščanje uporabe oralne hormonske kontracepcije. »V devetdesetih letih prejšnjega stoletja je hormonsko kontracepcijo uporabljalo okoli 60 tisoč žensk, v zadnjem desetletju pa je to število naraslo na 80 tisoč. Večina uporabnic tovrstne kontracepcije je jemala kombinirano oralno kontracepcijo (KOK) – kontracepcijske tabletko (95 %), le majhen delež (0,6 %) jih je uporabljalo kontracepcijski kožni obliž in 0,4 % vaginalni obroček (nožnični prstan). Manjši delež (4 %) jih je uporabljalo progestogensko oralno kontracepcijo (POK)« (Pinter in drugi 2012, 227).

Uporaba kontracepcije narašča tudi med adolescentkami. »Leta 1996 je bilo s kontracepcijskimi tabletami zaščitnih 14 % spolno aktivnih srednješolk, starih 17 let, leta 2004 pa 32 %« (Pinter 2006 v But in drugi 2011, 89). Slednji podatek priča o tem, da so srednješolke dobro obveščene o zaščiti, vprašanje, ki se postavlja ob navedenem podatku, pa je, kako dobro so informirane o oralni kontracepciji, ki jih uživajo.

Svoje raziskovanje sem zato usmerila na srednješolke oziroma mlada dekleta v razvojni oziroma adolescentni dobi. »V slednji se iz otroške zavesti, prebujene že v predšolskih letih, razvije tudi prava samozavest, zavest lastnega jaza, oseba naj bi našla sebe, smisel življenja in pot do njega« (Trstenjak 1976, 399). Adolescenca je tudi obdobje, »v katerem pride do pomembnih sprememb na področju posameznikovega mišljenja, čustvovanja, telesnega dozorevanja in družbenega življenja« (But in drugi 2011, 85). Zanimalo me je, kolikšen delež adolescentk v Sloveniji uživa oralno kontracepcijo, v kolikšni meri dekleta v najstniškem obdobju poznajo neželene stranske učinke oralne kontracepcije, ki jo uživajo, zakaj jo uživajo in, ali poleg kontracepcijskih tabletk pri spolnem odnosu uporabljajo še katero drugo zaščitno sredstvo.



## 2 TEORETIČNI DEL

### 2.1 Raziskovanje spolnega vedenja

Kljub temu da se družboslovne raziskave človeške spolnosti oziroma spolnega vedenja vsaj po poglavitnih značilnostih ne razlikujejo od raziskav, ki proučujejo druga družboslovna področja, so tako v javnosti kot tudi med raziskovalci praviloma deležne drugačne pozornosti kot ostale raziskave, ki proučujejo druge vrste človeškega delovanja in medčloveške odnose. »V laični javnosti, ki jo zanimajo predvsem morebitni družbeni učinki raziskovalnih rezultatov, praviloma prevladuje prepričanje, da so le redke družboslovne raziskave tako odmevne in vplivne kot raziskave spolnega vedenja« (Bernik in Klavs 2011, 39–40). Le-te pa drugače vrednotijo raziskovalci drugih področjih človeškega delovanja in drugih vidikov (npr. bioloških in psihičnih) človeške spolnosti (Bernik in Klavs 2011, 40).

Raziskovanje spolnega vedenja so v veliki meri spodbujale predvsem praktične potrebe. Razpetost med slednjimi in prevladujočo družbeno klimo, ki je bila veliko bolj naklonjena kontroli spolnosti kot denimo njenemu osvobajanju, je močno zaznamoval vzpon biološko medicinskega raziskovanja spolnosti v drugi polovici 19. in na začetku 20. stoletja. Še bolj pa je opisana razpetost vplivala na družboslovne raziskave spolnosti, ki so se pojavile v prvi polovici 20. stoletja in so na začetku druge polovice tega stoletja, vsaj v Združenih državah Amerike, dosegle izjemno odmevnost z objavo obsežnih Kinseyjevih raziskav spolnega vedenja ameriških moških in žensk (Bernik in Klavs 2011, 40–41).

Na področju kontracepcijskega vedenja sta bili v Sloveniji narejeni prvi družboslovni raziskavi leta 1975 in 1976, z naslovoma Socialno psihološki faktorji v načrtovanju družine in Regulacija fertilitnosti v različnih slojih slovenske družbe. »Kljub temu, da nobena od navedenih raziskav ni vključevala vprašanj o spolnem vedenju, Bohova, avtorica raziskave, na več mestih omenja pomen povezanosti med reproduktivnim in spolnim vedenjem« (Bernik in drugi 2010, 29). Boh (1975 v Bernik in drugi 2010, 29) v raziskavi navaja, da vloga kontracepcije ni več zgolj uravnavanje števila rojstev, »temveč je kontracepcija umeščena tudi v širše področje spolnosti, saj omogoča bolj sproščene in nerizične spolne odnose, omogoča ženskam in moškim večjo emancipacijo itn.«

Leta 1989 so bile v Sloveniji izvedene raziskava o rodnosti, kontracepciji in splavu ter prvi raziskavi o spolnem vedenju adolescentov. Navedene raziskave »so nakazovale potrebo po poznavanju sprememb v spolnem vedenju. Lahko jih štejemo za začetek raziskovanja spolnega vedenja pri nas« (Bernik in drugi 2010, 29).

## 2.2 Družboslovne raziskave spolnega vedenja mladih

Prva raziskavo, ki je bila v Sloveniji narejena na področju spolnega vedenja mladih, sta leta 1990 izvedli Kata Stražiščar in Milena Skubic v okviru svojega dela v šolskem dispanzerju zdravstvenega doma Ljubljana Center, od koder je iz prakse dela z mladimi izšla tudi potreba po njej. Cilji raziskave so bili v spoznanju potreb mladih na področju spolnosti, pa tudi v ugotavljanju stopnje znanja in izkušenj na omenjenem področju (Bernik in drugi 2010, 36).

Avtorici sta skozi prakso svojega dela ugotavljali, da »so mladi v spolnost vstopali nepripravljeni, nezaščiteni, pogosto s strahom in občutkom krivde« (Stražiščar in drugi 1990 v Bernik 2010, 36). Iz interpretacije rezultatov pa je moč tudi ugotoviti, da avtorici menita, da adolescenti prezgodaj vstopajo v spolne odnose, kar je z javno-zdravstvenega vidika povezano predvsem z neodgovorno spolnostjo; to je spolnostjo brez ustrezne zaščite, ki bi lahko povzročila prenos spolno prenosljivih bolezni. Avtorici sta prav tako zaključili, da so večjemu tveganju izpostavljeni moški in predlagali, da bi posvetovalnice za načrtovanje družine, ki jih večinoma obiskujejo ženske, morale približati tudi moškim. Ker je bila prva raziskava o spolnem vedenju mladih v Sloveniji izvedena brez finančnih sredstev in s pomanjkanjem znanja avtoric o tovrstnem anketiranju, rezultati niso imeli širšega učinka, a so služili kot dobra osnova za razpravo o spolnosti mladih z njihovimi starši in za spodbudo, naj o tem govorijo s svojimi otroki. V podobnih okoliščinah pa so nastale tudi naslednje tri raziskave o spolnem vedenju mladih, ki jih je skupaj s sodelavci izvedla Bojana Pinter. Cilj le-teh je bil precej splošen, in sicer ugotoviti značilnosti spolnega vedenja srednješolcev v Sloveniji, pri tem pa je glavno vlogo odigral javnozdravstveni vidik (Bernik in drugi 2010).

Ivan Bernik s sodelavci v svojem strokovnem delu *Raziskovanje spolnega vedenja v Sloveniji* prav tako poudari, da v Sloveniji nimamo sistematičnega raziskovanja spolnega vedenja. »V vsebinskem smislu se je večina raziskav osredotočala na spolno vedenje mladih, pri čemer javnozdravstvene raziskave v središče postavljajo problematizacijo mladostniške spolnosti, ki jo razumejo kot 'ogrožajočo' ali 'nevarno' za mladostnikovo zdravje, to pa pomeni, da razvoj spolnosti pri mladih potrebuje 'zunanjo pomoč'« (Bernik in drugi 2010, 39–40).

Primerjava raziskav, izvedenih v Sloveniji, z drugimi raziskavami, izvedenimi v zahodnih družbah, pa je pokazala tudi določene podobnosti, čeprav v Sloveniji ne moremo govoriti o daljših obdobjih raziskovanja spolnega vedenja. »Le-te so posledica nekaterih podobnih družbenih trendov (npr. pojav aidsa), pa tudi že omenjenega dejstva, da so se slovenske raziskave v veliki meri naslanjale na že opravljene tuje raziskave. Tako se v slovenskih raziskavah odražajo značilnosti odziva na epidemijo z virusom HIV, hkrati pa tudi siceršnje

družbene in kulturne spremembe na področju spolnosti (permisivna spolna kultura), razmerja med spoloma, položaj žensk, spremembe v zasebnosti, intimnosti, partnerstvu» (Bernik 2010, 41).

### **2.3 Spreminjanje mladostniške spolnosti**

V dvajsetem stoletju se je ustvarila in odigrala pomembno vlogo v družbenem razvoju tudi mladina. »Vse do sedemdesetih let so bili mladi močno vpeti v 'produkcijski sistem' družbe. Njihovo šolanje in prosti čas sta jim sicer omogočala neko delno neodvisnost od produkcijskega sistema, vendar so bili tako šolski proces kot vzgoja doma in vsakdanja kultura v funkciji bodočih zaposlitev, delovnih nalog in trdno določenih socialnih vlog. S širjenjem specifičnih mladinskih kultur, z vse bolj avtonomno mladinsko porabo in s podaljševanjem šolanja, ki tudi ni več nujno v funkciji bodočega dela, se je razrahljala močno individualizirala povezava vsakdanjega sveta mladih s svetom ekonomsko ovrednotene produkcije« (Ule 2000, 17).

Permisivna morala, ki je nadomestila restriktivno, je v Sloveniji na področju spolnosti zaznamovala predvsem ženske in mladostnike. Na to kažejo tudi rezultati prve nacionalne raziskave o spolnem vedenju Slovencev. V raziskavi sicer niso zajete osebe, ki so odraščale v času, ko naj bi na našem področju še prevladovala restriktivna spolna morala, torej osebe, rojene pred letom 1950.

»Najmanj polovica slovenskih anketirancev srednje generacije (tj. v času anketiranja starih od 34 do 49 let), tako moških kot žensk, je bila ob prvem spolnem odnosu stara 18 let ali manj (mediana), med najmlajšimi (18 do 24 let) pa 17 let ali manj. Zniževanje starosti ob prvem spolnem odnosu pri moških in ženskah pa ni bilo sočasno. Pri moškimi se je mediana starosti ob prvem spolnem odnosu znižala na 17 let že pri generaciji, ki je bila rojena v drugi polovici šestdesetih, pri ženskah pa se je starost ob prvem spolnem odnosu z moškimi znižala na 17 let šele v generaciji, ki je bila rojena v drugi polovici sedemdesetih« (Bernik in Klavs 2011, 97).

O zniževanju starosti žensk pri prvem spolnem odnosu priča tudi podatek, da ga je 34 odstotkov žensk najmlajše generacije doživelo pred sedemnajstim letom, medtem pa sta bila ustrezna deleža pri mlajši generaciji 18 odstotkov in pri srednji 13. »Podatki o starosti ob prvem spolnem odnosu najmlajše generacije žensk so skladni tudi z rezultati raziskave, ki je bila leta 1997 opravljena v Sloveniji med šolajočimi se mladostniki, stari med 17 in 18 let. Po tej raziskavi je imelo vsaj en spolni odnos 53 anketirancev, 50 odstotkov žensk in 56 odstotkov moških (Bernik in Hlebec 2005 v Bernik in Klavs 2011, 99).

Spreminjanje mladostniške spolnosti, ki sovpada s trendi na področju spreminjanja mladostniške spolnosti v zahodnoevropskih družbah, pa gre pripisati predvsem družbenim spremembam. »Smiselna se zdi trditev, da je socialistični režim v glavnem uspel nevtralizirati vpliv tradicionalne katoliške spolne morale, vendar pa je ni uspel nadomestiti s svojo restriktivno spolno moralo, od druge polovice šestdesetih let pa tega očitno niti ni več poskušal. Družbene spremembe, ki jih je prinesla socialistična modernizacija v Sloveniji od visoke stopnje industrializacije in pospešene urbanizacije do nekaterih elementov potrošništva ter kulturnega pluralizma, in povečevanje odprtosti do zahodnih držav so omogočile, da so se konec šestdesetih let tudi na področju spolnih življenjskih slogov v Sloveniji začeli uveljavljati podobni trendi kot v zahodnih družbah« (Bernik in Klavs 2011, 101).

V članku, ki predstavlja rezultate kvalitativne raziskave o percepciji seksualnosti pri slovenskih študentkah oziroma prisotnost elementov seksualnih diskurzov in imperativov v njihovih percepcijah, avtorica raziskave Alenka Švab (2010) poudari, da so se v zadnjih nekaj desetletjih odvijale pomembne spremembe v polju družbene organizacije intimnosti in seksualnosti ter širše razmerij med spoli, ki so neločljivo povezane tudi s pojavom reflektivnega individualizma, v katerem ima konstitutivno vlogo reflektivni projekt sebstva oziroma izbirne biografije (Švab 2010, 66). Ključni proces, ki podpira te družbene spremembe, je individualizacija družbenih akterjev, »ki so sedaj primorani odločati o tem, kdaj in s kom se bodo poročili, ali bodo imeli otroke, kakšna je njihova spolna usmerjenost. Posamezniki morajo tako, svobodni od teh struktur, reflektivno konstruirati svoje biografije (Beck 1992 v Švab 2010, 66).

Pomembno vlogo v biografijah mladih pa igra tudi seksualnost. »Reflektivni projekt sebstva v polju seksualnosti med drugim predpostavlja seksualno in spolno avtonomijo, enakost, recipročnost (poudarek na intimnosti, delovanju in vzajemnemu doseganju užitka za oba partnerja), zavezanost, znanje in informiranost o seksualnosti, nenehna refleksija seksualnega in partnerskega razmerja (delo na razmerju), visoke zahteve glede (seksualnega) razmerja. Seksualno refleksivnost lahko med drugim vidimo v tem, kako mladi vidijo sebe kot avtonomne seksualne subjekte z lastnimi pogledi, željami in interesi glede seksualnosti; v tem, da le-te odprto izražajo v seksualni komunikaciji; v tem, da recipročnost in prilagajanje seksualnih interesov obeh partnerjev vidijo kot pogoj za zadovoljujoče seksualno razmerje in seksualno življenje« (Švab 2010, 66).

V zadnjih nekaj desetletjih pa se so se v skladu z družbenimi spremembami in tehnološkim napredkom spremenili tudi viri, ki jih mladostniki navajajo kot prvi informacij o spolnosti. V

raziskavi, ki so jo leta 2009 na devetih srednjih šolah v Sloveniji izvedli But in drugi, so srednješolci kot prvi vir informacij o spolnosti najpogosteje izbrali »medije (47,3 %), sledili so prijatelji (37,7 %), spolna vzgoja v osnovni in srednji šoli (30,8 %) ter starši (30,2 %)« (But in drugi 2011,90). Avtorji raziskave so v svojem delu tudi poudarili, da se ti podatki razlikujejo od podatkov iz raziskave, ki je bila izvedena 12 let prej, leta 1997. Takrat so namreč učenci na prvo mesto postavili »prijatelje (40,3 %), nato starše (22,6 %), šolo (14,5 %), literaturo (11,3%) in ostalo. Izvor prvih informacij se je torej v 12 letih spremenil, v ospredje stopajo mediji, kar je ob današnjem napredku na področju interneta pričakovano« (But in drugi 2011, 90).

Vpliv interneta na spreminjanje spolnosti in partnerskih odnosov pa so v svojem strokovnem delu izpostavili tudi Kuhar in drugi (2010), ki so na podlagi rezultatov izvedene raziskave o uporabi interneta za spoznavanje partnerjev v Sloveniji, ugotovili, da »spoznavanje partnerjev prek interneta postaja pomemben del maritalnega trga in zaradi svoje množične uporabe zagotovo zgublja stigmo časopisnih in malih oglasov ter podobnih načinov spoznavanja partnerjev« (Kuhar in drugi 2010, 62).

Tako izbiranje partnerjev kot spolnih partnerjev je postalo veliko bolj individualizirano, mladostnike pa v okviru permisivne spolne kulture omejuje vse manj pravil, zato ni nenavadno, da se je mladostniška spolnost in mladostniško dožemanje v spolnosti v zadnjih nekaj desetletjih spremenilo, glede na opazovane trende, pa bi lahko sklenili, da se bo starost ob prvem spolnem odnosu še nekaj časa zniževala, prav tako pa menim, da bo internet v naslednjem desetletju postal prvi vir informacij mladih o spolnosti.

## **2.4 Kontracepcijska tableta v Sloveniji**

Oralna hormonska kontracepcija oziroma kontracepcijske tablete so v sodobnih zahodnih družbah najbolj razširjena pa tudi najbolj priljubljena hormonska zaščita za tiste, ki ne načrtujejo nosečnosti. »Prva kontracepcijska tableta je na trg prišla v začetku šestdesetih let prejšnjega stoletja, v Sloveniji pa je na voljo od leta 1964« (Potočnik in Pušenjak 2011, 13). Hormonska kontracepcija je bila torej glede na obdobje njenega nastanka na slovenskem trgu dostopna dokaj hitro, kar je gotovo vsaj delno posledica tega, da so bile evropske socialistične družbe, med katere se je uvrščala tudi Slovenija, vsaj v nekaterih pogledih modernizirane. »To se je med drugim kazalo v visoki stopnji industrializacije in z njo povezani urbanizaciji (ki sta bili doseženi v razmeroma kratkem času), v visoki zaposlenosti žensk in dostopnosti zdravstvenih storitev, na kulturnem področju pa zlasti v naraščajoči ravni izobraženosti

prebivalstva in v zmanjševanju družbenega vpliva religije« (Bernik 2010, 19). Oralni hormonski kontracepciji pripisujejo tudi izjemen sociološki pomen, »saj je žensko prvič v zgodovini resnično postavila v enakopraven položaj, ker se z uživanjem oralne kontracepcije lahko svobodno odloča, kdaj bo imela potomce. Od šestdesetih pa do danes so kontracepcijske tablete postale eden najvarnejših in najbolj zanesljivih načinov kontracepcije« (Potočnik in Pušenjak 2011, 13). Izvedene raziskave so pokazale, da »je že sredi devetdesetih let prejšnjega stoletja v Sloveniji hormonsko kontracepcijo uporabljala ena tretjina žensk« (Kožuh-Novak in drugi 1998 v Pinter in drugi 2012, 277). Z leti pa to število še narašča.

## **2.5 Od načrtovanja družine k brezskrbnemu življenjskemu stilu**

Razlog za naraščanje števila uporabnic kontracepcijskih tablet pa ne gre pripisati zgolj bolj liberalni družbi, marveč tudi marketinški spremembi oglaševanja tabletke, ki je tudi pri nas kmalu postala rešitev za mnoge tegobe in ne le sredstvo za preprečevanje nenačrtovane nosečnosti.

V zadnjih desetletjih se je spremenilo predvsem to, kako je kontracepcijska tableta oglaševana in posledično tudi dojeta s strani družbe.

Od šestdesetih let prejšnjega stoletja, ko se je prvič pojavila na trgu, do osemdesetih, so farmacevtska podjetja kontracepcijsko tableto oglaševala predvsem za en namen in to je preprečevanje neželene nosečnosti. Prikrito oglaševanje je potekalo predvsem v medicinskih zbornikih, saj direktno oglaševanje potrošniku do sredine osemdesetih ni bilo dovoljeno. Šele kasneje so se oglasi osredotočili na koristi, ki jih ima ženska s pravico odločanja o tem, kdaj bo imela otroke. Zanimivo je tudi, da farmacevtska podjetja kontracepcijskih produktov nikoli niso oglaševala kot dobra za javno zdravje v Združenih državah Amerike; s prodajo pa so se vedno osredotočila na individualne zdravnike, ki so svoje znanje delili s pacienti.

Kljub temu pa so organizacije, med njimi tudi Svetovna zdravstvena organizacija (World Health Organization; v nadaljevanju WHO) očitno prepoznale, da je tableta 'bistvo medicine', ki ustreza zdravstvenim potrebam javnosti – zaradi njene varnosti, učinkovitosti in tudi cene. Pravzaprav tableta postaja osnovna zdravstvena potreba za ženske v reproduktivnem obdobju, farmacevtska podjetja pa ne vlagajo veliko v nove metode.

Bolj kot znanstvene inovacije so razvoj in pozicioniranje naslednje generacije kontracepcijskih produktov vodile marketinške odločitve. Farmacevtska podjetja so predstavila njihov obstoječ trg kontracepcijskih produktov vstran od funkcije nadziranja reprodukcije.

V devetdesetih letih prejšnjega stoletja so proizvajalci začeli promovirati nove znamke oralne kontracepcije, tako zdravstvenemu osebu kot direktno potrošnikom. Novitete so tako imenovano 'lifestyle' zdravilo, s katerim izbereš določen – 'brezskrben' življenjski stil. Termin 'lifestyle drug' se je v ZDA oblikoval leta 1978 in na splošno opisuje zdravila, ki so ustvarjena z namenom izboljšati kakovost posameznikovega življenja in sicer z zdravljenjem manj resnih zdravstvenih tegob.

Nove oglaševalske kampanje so se tako osredotočile in poudarjale sekundarne učinke oralne kontracepcije, kot je denimo zdravljenje aken in PMS.-ja, z namenom zmanjšati pogostost menstruacije, kot pa to, da so namenjene preprečevanju nosečnosti.

Ta preobrat od nadzorovanja reprodukcije k nadzorovanju mozoljev, razpoloženja in menstrualnega cikla indicira, da so se farmacevtska podjetja odločila poudariti možnosti različnih življenjskih stilov bolj kot samo kontracepcijo (Watkins in Siegel, 2012).

Na tak način so namreč uspešno povečali število potencialnih uporabnikov, saj kontracepcijska tableta danes ni namenjena le tistim ženskam, ki so spolno aktivne in želijo preprečiti neželjeno nosečnost, marveč vsem, ki si želijo živeti brez menstrualnih krčev, aken in z redno menstruacijo, torej bolj kot ne vsem ženskam.

## **2.6 Slovenske smernice za rabo kombinirane hormonske kontracepcije**

Kombinirana hormonska kontracepcija (KHK) vsebuje dve vrsti hormonov: »progestagen in estrogen. Skupaj delujeta tako, da v jajčnikih zavreta vsakomesečno sprostitvev jajčeca iz jajčnika (ovulacijo), zgostita sluz materničnega vratu, kar spermijem oteži dostop do jajčeca in stanjšata maternično sluznico, kar zmanjša verjetnost ugnezditve oplojenega jajčeca. Ob pravilni uporabi so kombinirane tablete 99,7-odstotno zanesljive, kar pomeni, da zanosijo 3 na 1000 žensk na leto. Ob tipični uporabi pa so kombinirane tablete približno 95-odstotno zanesljive, kar pomeni, da zanosi 5 na 1000 žensk na leto, večinoma v prvem letu uporabe zaradi neizkušenosti in pozabljivosti« (Potočnik in Pušenjak 2011, 14).

Kontracepcijske tablete se v Sloveniji predpisuje na zdravniški recept. Pred izdajo le-tega pa morajo ginekologinje in ginekologi z bodočo uporabnico kontracepcijskih tablet opraviti pogovor. Pred uporabo kombinirane hormonske kontracepcije mora biti uporabnica torej deležna primerne svetovanja. »Pogovoriti se je treba o prednostih in slabostih KHK, stranskih učinkih, zanesljivosti, tveganju, izbiri pravega pripravka, načrtovanju družine in prenehanju kajenja. Pred prvim predpisovanjem KHK mora zdravnik opraviti natančno

anamnezo – ugotoviti vsa posebna zdravstvena stanja v preteklosti in sedanjosti, družinsko anamnezo in ugotoviti morebitno jemanje zdravil (dobra klinična praksa)« (Pinter in drugi 2012, 282).

Slovenske smernice za rabo kombinirane hormonske kontracepcije so bile 6. januarja 2012 potrjene na seji razširjenega strokovnega kolegija za ginekologijo in porodništvo. Ob pregledu le-teh sem ugotovila, da je predpisovanje kontracepcijskih tablet v medicinskem pogledu visoko rutiniziran postopek, v nadaljevanju pa opisujem nekaj ključnih točk za moje raziskovanje.

Tabela 2.1: Prvo predpisovanje in svetovanje uporabnicam OHK

### Prvo predpisovanje

<p><b>Anamneza:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Osebna anamneza:             <ul style="list-style-type: none"> <li>pozorna anamneza glede migrene in srčno-žilnih dejavnikov tveganja (kajenje, debelost, povišan krvni tlak, trombofilija, GVT/PE v preteklosti, hiperlipidemija);</li> <li>uporaba zdravil.</li> </ul> </li> <li>Družinska anamneza.</li> </ul>	<p><b>Pozor</b> – ni priporočljivo (kategoriji 4 in 3):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>kadilke, stare <math>\geq 35</math> let,</li> <li>migrena z avro,</li> <li>migrena z avro v preteklosti (pred <math>\geq 5</math> leti),</li> <li>ITM <math>\geq 35</math> kg/m<sup>2</sup>,</li> <li>sistolni krvni tlak <math>\geq 140</math> mmHg, diastolni krvni tlak <math>\geq 90</math> mm Hg,</li> <li>VTE (GVT/PE),</li> <li>trombogene mutacije,</li> <li>srčno-žilne bolezni, srčna ali možganska kap,</li> <li>dolgotrajna uporaba nekaterih zdravil,</li> <li>VTE (GVT/PE) v družinski anamnezi (sorodnik v 1. kolenu <math>&lt; 45</math> let).</li> </ul>
<p><b>Pregled:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>merjenje krvnega tlaka,</li> <li>izračun ITM,</li> <li>ginekološki pregled ni potreben.</li> </ul>	

### Svetovanje

<p><b>Obravnavanje posebnih tveganj, povezanih s KHK:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Malo, vendar povečano tveganje za VTE, srčno in možgansko kap.</li> <li>Tveganje za raka dojke je malo povečano in izgine po 10 letih prenehanja uporabe.</li> <li>Obstaja možnost malo povečanega tveganja za raka na materničnem vratu, ki raste z dolžino uporabe.</li> </ul> <p><b>Opozorilni znaki za zaplete:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>močna bolečina v trebuhu,</li> <li>močna bolečina v prsih, kašelj, oteženo dihanje,</li> <li>močan glavobol,</li> <li>motnje vida,</li> <li>močna bolečina v stegnu ali goleni,</li> <li>zlatenica.</li> </ul>	<p><b>Koristi KHK:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Zmanjšanje menstruacijskih krvavitev.</li> <li>Manj pojavljanj benignih tumorjev in cist jajčnikov.</li> <li>Zmanjšanje verjetnosti za nastanek raka endometrija in jajčnika ter raka debelega črevesa in rektuma.</li> <li>Izboljšanje aknaste kože.</li> </ul>
--	--

Vir: Pinter in drugi (2012, 283).

## 2.6.1 Tveganja in koristi kombinirane hormonske kontracepcije

Uporaba kontracepcijskih tablet je v večini primerov varna, zelo redko pa povezana s hudimi zapleti. Ob uživanju KHK je minimalno povečano tveganje za nastanek krvnih strdkov, pojav srčne ali možganske kapi, najverjetneje pa tudi tveganje za pojav raka dojk, ki se zmanjšuje po prekinitvi jemanja in tveganje za pojav raka na materničnem vratu, ki narašča s trajanjem jemanja KHK. Medtem pa je tveganje za pojav raka jajčnikov in endometrije ob uživanju



KHK nižje in ostaja nizko še več desetletij od prekinitve jemanja KHK. V idealnih pogojih ob uživanju kontracepcijske tablete zanosi 0,1 % uporabnic, v tipičnih, ki zaobjamejo tudi napake rabe pa kar do 9 % žensk v enem letu (Pinter in drugi 2012, 284).

### **2.6.2 Raba KHK**

Slovenske smernice za rabo kombinirane hormonske kontracepcije ginekologom prav tako narekujejo, da je uporabnice treba seznaniti s težavami, ki zahtevajo takojšnjo zdravniško obdelavo (npr. znaki VTE, novonastali glavobol). Prav tako pa je uporabnice KHK treba spodbujati k sočasni rabi kondoma, saj kontracepcijska tableta ne ščiti pred spolno prenosljivimi boleznimi. Uporabnice KOK je potrebno v pisni in ustni obliki seznaniti z navodili o ravnanju v primeru po bruhanja v 2 urah po zaužitju tablete, hude driske, sočasnega jemanja drugih zdravil in v primeru težav, ko je potrebna zdravniška pomoč.

Ob pregledu Slovenskih smernic za rabo kombinirane hormonske kontracepcije me je nekaj točk tudi presenetilo, kot denimo da morajo uporabnice KHK, ki potujejo z letalom, na letih, daljših od 3 ur, zmanjšati obdobja mirovanja ter da je uporabnicam KHK, ki več kot en teden bivajo na višji nadmorski višini kot 4500 m smiselno svetovati alternativno metodo kontracepcije (Pinter in drugi 2012, 284–285).

### **2.6.3 Posebna stanja in raba KHK**

Pri mladostnicah so koristi KOK še posebno pomembne pri tistih z večjim tveganjem za nosečnost; tveganja so enaka tistim pri odraslih. Študije so pokazale, da imajo mladostnice, ki jemljejo KOK z 20 µg EE, manjšo mineralno gostoto kosti v primerjavi z vrstnicami, ki jemljejo KOK z višjimi odmerki EE. Glede na populacijo, zajeto v mojo raziskavo je pomembno tudi poudariti, da imajo uporabnice KOK, ki kadijo, večje tveganje za razvoj srčno-žilnih bolezni, zlasti srčne kapi, v primerjavi z uporabnicami KOK, ki ne kadijo; tveganje narašča s številom pokajenih cigaret dnevno (zlasti > 15 cigaret dnevno) (Pinter in drugi 2012, 285–287).

## **2.7 Prednosti in slabosti kontracepcijske tablete**

Kontracepcijske tablete oziroma oralna kontracepcija ima tako prednosti kot slabosti. »Prednost je v natančni ureditvi menstrualnega ciklusa, blažitvi menstrualne bolečine in simptomov predmenstrualnega sindroma, zmanjšanju tveganja za vnetje rodil, omilitvi težav zaradi nečiste kože, zmanjšanju tveganja za nastanek raka jajčnikov, maternice, maternične

sluznice, danke, ščitenju pred zunajmaternično nosečnostjo in zaviranju nastajanja cist v jajčnikih» (Potočnik in Pušenjak 2011, 13). Kontracepcijska tableta ima tudi slabosti: »Prve mesece jemanja lahko povzroča neprijetne stranske učinke, kot so glavobol, slabost, vmesne krvavitve. Ob uživanju kontracepcijskih tablet sta potrebni tudi natančnost in doslednost« (Potočnik in Pušenjak 2011, 13). Prav tako je ob uporabi kontracepcijskih tablet »tveganje za nastanek krvnih strdkov in tveganje za pojav srčne ali možganske kapi minimalno povečano. Tveganje za srčno kap je pri uporabnicah kombinirane oralne kontracepcije (KOK), ki ne kadijo, minimalno povečano. Pri uporabnicah KOK, ki kadijo, se tveganje dodatno povečuje« (Pinter in drugi 2012, 282–284). Ob uživanju KOK pa obstajajo še druga tveganja.

V spodnji tabeli navajam pogoste možne neželene stranske učinke, torej tiste, ki se pojavijo pri 1 do 10 na vsakih 100 uporabnic, ob uporabi kontracepcijskih tablet *Logest*, *Diane 35*, *Yasminelle* in *Yaz*. Navedene kontracepcijske tablete uporabnicam predpisujejo tudi v Sloveniji in so najpogosteje uporabljene med anketirankami v raziskavi, ki sem jo izvedla za namen svoje magistrske naloge (rezultati raziskave so predstavljeni v empiričnem delu)

Tabela 2.2: Možni neželeni stranski učinki ob uživanju kontracepcijskih tablet *Logest*, *Diane 35*, *Yasminelle* in *Yaz*

KT/Neželeni učinki	Logest	Diane 35	Yasminelle	Yaz
<b>Pogosti (pojavi se pri 1 do 10 na vsakih 100 uporabnic)</b>	Slabost, bolečine v trebuhu; povečanje telesne teže; glavobol; depresivno razpoloženje, spremembe razpoloženja; občutljive ali boleče dojke.	Depresivno razpoloženje, spremembe razpoloženja; glavobol; slabost, bolečine v trebuhu; občutljive ali boleče dojke; povečanje telesne mase.	spremembe razpoloženja, glavobol, bolečine v trebuhu (bolečine v želodcu), akne, boleče dojke, povečanje dojk, boleče ali neredne menstruacije, povečanje telesne teže.	spremembe razpoloženja; glavobol; slabost; boleče dojke; težave pri mesečni krvavitvi, npr. neredne mesečne krvavitve, izostanek mesečne krvavitve.

Vir: Draaale (2012).

### 2.7.1 Kontracepcijska tableta in rak dojke

Rak dojke je najbolj razširjen rak pri ženskah, med vzroke za nastanek pa strokovnjaki uvrščajo tudi oralno kontracepcijo. Po letu 1980 so povzročile zaskrbljenost določene raziskave, v katerih so opazili večjo nevarnost raka dojke pri ženskah, ki so uživale oralno kontracepcijo in zbolele mlade (pred 46. letom starosti). Pomembno je postalo vprašanje, ali ta večja nevarnost spremlja ženske tudi v poznejše življenjsko obdobje, ko se povečuje osnovna ogroženost in bi zato lahko bile javnozdravstvene posledice jemanja kontracepcijskih

tablet precej večje. Zaradi slednjega je leta 1992 skupina epidemiologov v Kraljevem skladu za raziskovanje raka (*Imperial Cancer Research Fund*) v Oxfordu zaprosila vse avtorje dotedanjih epidemioloških raziskav o kontracepcijskih tabletah in raku dojke, kohortnih raziskav in študij primerov s kontrolami, naj jim pošljejo osnovne podatke, da jih bodo enotno obdelali. »Zbrali so podatke o več kot 53.000 bolnicah z RD dojk in 100.000 zdravih ženskah iz 54 raziskav; med njimi sta bili tudi dve Slovenski. Izsledki skupne analize z veliko zanesljivostjo nakazujejo, da dolgoročnih posledic ni in da ženske, ki so kdajkoli jemale kontracepcijske tablete, najmanj 10 let po prenehanju jemanja niso nič bolj ogrožene z RD kot ženske, ki tablet niso nikoli jemale« (Žakelj in Zadnik 2004, S4).

»Neznatno pa je nevarnost RD povečana v času, ko ženske jemljejo tablete, in 10 let po tem, ko so jih opustile. Majhen porast števila rakov, ki jih odkrijejo pri uporabnicah tablet, se prične kmalu po začetku jemanja, in nanj ne vpliva trajanje jemanja ali vrsta tablet. Raki, ki jih odkrijejo pri jemalkah, so večinoma omejeni« (Žakelj in Zadnik 2004, S4).

### **2.7.2 Vpliv oralne hormonske kontracepcije na pojav venske tromboze**

Venska trombembolija (VTE) se pojavlja v obliki venske tromboze (VT) in/ali pljučne embolije (PE). »V Sloveniji VTE po oceni utрпи tri tisoč oseb letno« (Umek Bricman in Krstanoska 2012, II-198).

»Tveganje za pojav VTE povečujejo eden ali več sprožilnih dejavnikov. Sem se uvrščajo operacije, poškodbe, nepomičnost, pareza udov, rak, predhodna VTE, porod, nosečnost, uporaba oralne kontracepcije, nadomestno hormonsko zdravljenje, vstavljeni venski katetri, akutne in kronične interni stične bolezni, debelost, prirojena ali pridobljena trombofilija« (Geerts in drugi 2008).

V Sloveniji so od začetka leta 2011 do decembra 2011 skupno začeli antikoagulantno zdravljenje zaradi VTE 202 bolnikom, od tega jih je bilo 47 (23%) mlajših od 50 let. Ugotovili so tudi, da je VTE utrpelo 26 (55%) žensk in 21 (45%) moških, mlajših od 50 let. Ob ugotovitvi VTE so opredelili sprožilne dejavnike: »po poškodbi je nastopila VTE pri 9 bolnikih (19%), po operaciji pri 8 bolnikih (17%), zaradi oralnih kontraceptivov (OKC) pri 3 bolnicah (6 %), OKC ob sočasni poškodbi pri 3 bolnicah (6%), ena bolnica je bila noseča mesec dni (2 %), pri enem bolniku pa je napredoval malignom črevesja (2%). Pri 22 pacientih (47%) pa zdravniki niso uspeli ugotoviti sprožilnega dejavnika« (Umek Bricman in Krstanoska 2012, II 199-200).

### **2.7.3 Vpliv hormonske kontracepcije na pojav arterijske hipertenzije**

Kot v svojem znanstvenem članku navaja Dobovišek (1977, 21), »je arterijska hipertenzija glavni rizični faktor za arteriosklerotična obolenja srca, centralnega živčnega sistema in periferije arterijske cirkulacije. Čim višji je krvni pritisk, tem večja je nevarnost za nastanek in napredovanje arterioskleroze.«

»Podatki o porastu krvnega tlaka ob uporabi oralnih kontraceptivov so zastareli. Večina podatkov je bila pridobljenih ob uporabi starejših oralnih kontraceptivov z višjo vsebnostjo estrogenov v primerjavi z novejšimi. V literaturi najdemo podatek o pojavnosti hipertenzije pri približno 5 % uporabnic. Estrogeni tudi v nizkih odmerkih (npr. 20-30 µg, kar je sedaj največ v uporabi) zvišajo krvni tlak za nekaj mmHg« (Erhatic 2014, 22).

Nasprotno pa velja za 2. in 3. generacijo progesterinov (npr. levonorgestrel in drospirenon), ki so šibki zaviralci neralokortikoidnih receptorjev in krvni tlak znižajo za 1-4 mmHg. Vse več pa je tudi dokazov, da se ob jemanju drospirenona poveča tveganje za pojavnost venske tromboze. »Podatki o vplivu novejših oblik kontraceptivov (transdermalni, vaginalni, maternični vložki) na krvni tlak in na srčnožilno zboleznost ter umrljivost še ne obstajajo, je pa dokazana povezava uporabe transdermalnih obližev in vaginalnih obročkov z večjo pojavnostjo venskih tromboembolizmov« (Erhatic 2014, 22).

Pred predpisovanjem kontracepcijskih tablet je potrebno pravilno izmeriti krvni tlak. »Pri ženskah, starejših od 35 let, je treba oceniti tudi srčnožilno tveganje. Pri ženskah z neurejeno arterijsko hipertenzijo uporaba oralnih kontraceptivov ni priporočena. Prekinitev zdravljenja s preparati, ki vsebujejo estrogene, lahko izboljša nadzor nad hipertenzijo. Pri ženskah, ki kadijo in so starejše od 35 let, morajo biti zdravstveni delavci pri predpisovanju oralnih kontraceptivov previdni« (Erhatic 2014, 22).

### **2.7.4 Vpliv kombinirane oralne kontracepcije na željo po spolnosti (libido)**

Pastor in drugi (2013) so v svoji študiji primerjali 36 raziskav, objavljenih med letoma 1975 in 2011, z namenom ugotoviti vpliv kombinirane oralne kontracepcije (v nadaljevanju KOK), ki vsebuje dva hormona – estrogen in progesteron - na libido pri ženskah. Vsega skupaj je bilo v študijo zajetih 13.573 žensk.

Čeprav se kombinirano oralno kontracepcijo povezuje s spolnostjo, je vpliv tablet na to področje zelo kompleksen. Zdravljenje s KOK sicer povzroča nižanje stopnje testosterona v telesu, ki vpliva na spolni nagon, vendar pa ne vpliva na upad libida. Večina proučenih študij

namreč prikazuje, da KOK z izredno nizko stopnjo estrogena zmanjšuje željo po spolnosti pri ženskah bolj kot tabletki z višjo stopnjo estrogena (Pastor in drugi 2013, 41).

Avtorji študije še dodajajo, da naj bi imeli na upad ali naraščanje spolnega nagona veliko večji vpliv kulturni, psihološki in drugi dejavniki, prav tako pa osebne značilnosti ter da vpliv KOK zaenkrat ne more biti dokončno definiran zaradi kompleksne narave ženske spolnosti.

### **2.7.5 Vpliv kontracepcijske tablete na povišanje telesne teže**

Čeprav uporabnice oralne kontracepcije pogosto navajajo, da so ob uživanju opazile stranski učinek povišanja telesne teže, pa rezultati raziskav, izvedenih na tem področju, tega znanstveno ne potrjujejo.

Študija, ki sta jo izvedla Carpenter in Neinstein, je proučevala povišanje telesne teže kot stranski učinek oralne kontracepcije med adolescentkami. Avtorja raziskave sta analizirala podatke, ki sta jih med letoma 19878 in 1983 pridobili dve kliniki za načrtovanje družine v Združenih državah Amerike (ZDA). Kot navajata avtorja raziskave, večjih sprememb v povišanju teže med uporabnicami OHK po enem letu in neuporabnicami ni bilo mogoče zaznati, sicer je o tem poročalo le pet respondentk (3,7 %), ki so uživale OHK (Carpenter in Neinstein 1986).

Do enake ugotovitve so v ZDA prišli tudi Mayeda in drugi (2014), ki so raziskovali spremembe oblike telesa in spremembe v teži po kratkotrajnem (3-4 mesečnem) uživanju oralne kontracepcije med 94 uporabnicami z normalno telesno težo in 54 uporabnicami s prekomerno telesno težo. Rezultati njihove študije so pokazali, da ne obstaja povezava med kratkotrajnim uživanjem oralne kontracepcije in spremembami teže ali oblike telesa pri uporabnicah OK (Mayeda in drugi 2014).

### **2.7.6 Vpliv kontracepcijske tablete na spremembe razpoloženja**

V raziskavi, ki so jo izvedli Gingell in drugi, je sodelovalo 43 žensk, ki so v preteklosti že izkusile spremembe razpoloženja med uživanjem kombinirane oralne kontracepcije. Respondentke so izpostavili zdravljenju z bodisi KOK ali placebo tabletko, da bi ugotovili, ali gre zares za učinke KOK, ali uporabnice povišanje telesne teže zgolj pripisujejo kontracepcijski tabletki. Spremembe v delovanju možganov so merili z magnetno resonanco, ženske pa so morale dnevno izpostaviti različne simptome, ki so jih začutile ob uživanju tabletki.

Rezultati so pokazali, da je bilo pri ženskah v zadnjem tednu jemanja kombinirane oralne kontracepcije (ob koncu enega cikla) možnost zaznati višje znake depresivnega razpoloženja in menjavanja razpoloženja v primerjavi z respondentkami, ki so uživale placebo tabletko. S pomočjo kontrolirane študije s placebo tabletko so raziskovalci tako prišli do zaključka, da uporaba KOK pri ženskah, ki so v preteklosti že izkusile emocionalne stranske učinke kontracepcijske tablete, zares rezultira v poslabšanju razpoloženja, KOK uporabnice pa spremljajo tudi spremembe v možganskem delovanju, kar so raziskovalci dokazali s pomočjo magnetne resonance (Gingell in drugi 2013).

### **2.7.7 Hormonska kontracepcija v povezavi z trombotično možgansko kapjo in srčnim infarktom**

V tej raziskavi, ki so jo na Danskem izvajali 15 let, so raziskovalci opazovali nenoseče ženske, stare med 15 in 49 let, ki v preteklosti niso imele kardiovaskularnih bolezni ali raka. Podatke so pridobili iz štirih nacionalnih registrov. Vsega skupaj je bilo v raziskavo zajetih 1,625,158 žensk. Raziskovalci so po preučevanju podatkov ugotovili, da je povezava med trombotično možgansko kapjo in srčnim infarktom ter uporabo hormonske kontracepcije sicer nizka, tveganje za nastanek opisanih stanj se z uporabo hormonske kontracepcije, ki vsebuje etilni estradiol z 20 µg dozo namreč poveča za 0.9-1.7-krat, medtem pa tveganje poveča za 1.3-2.3-krat za tiste, ki uživajo oralno hormonsko kontracepcijo z etilnim estradiolom (30-40 µg) (Lidegaard in drugi 2012).

### **2.7.8 Smrtnost in kontracepcijska tableta**

Na kraljevem kolidžu *General Practitioners'* (RCGP) izvajajo največjo neprekinjeno raziskavo o zdravstvenih učinkih oralne kontracepcijske tablete. Raziskovalce je zanimala predvsem primerjava deleža smrti med uporabnicami OHK in ženskami, ki te kontracepcijske metode nikoli niso preizkusile. V raziskavo je bilo zajetih dobrih 46 tisoč žensk, ki so jih opazovali tudi do 39 let, saj so začeli raziskavo izvajati že leta 1968, vse skupaj pa je bilo v raziskavo zajetih 378 006 žensk, ki nikoli niso uživale kontracepcijske tablete in 819 175 uporabnic OHK.

V času izvajanja raziskave je umrlo 1747 neuporabnic in 2864 uporabnic oralne hormonske kontracepcije. V primerjavi z neuporabnicami, so uporabnice v veliko manjšem številu umrle zaradi določenega zdravstvenega razloga, manjše je bilo tudi število smrti zaradi raka na splošno. Nobene primerjave ni bilo med smrtnostjo na sploh in trajanjem uživanja OHK, kljub temu pa so se pojavile določene bolezenske specifike. Povečano relativno tveganje



smrtnosti brez razloga je bilo opazovano med ženskami, starimi manj kot 45 let, ki so OHK nehale uživati 5 do 9 let prej, ne pa pri tistih, ki so nehale več kot 9 let nazaj. Izmerjena absolutna redukcija vseh vzrokov smrtности med uporabnicami OHK je bila 52 na 100 tisoč ženskih let.

Avtorji raziskave so ob pregledu podatkov ugotovili, da kontracepcijska tableta ni bila povezana s povišanim dolgoročnim vzrokom smrti v tem velikem britanskem vzorcu, avtorji raziskave pa ob tem opominjajo, da ti rezultati niso nujno pokazatelji današnjega stanja, prav tako dodajajo, da lahko rezultati varirajo med različnimi državami (Hannaford in drugi 2010).

## **2.8 Trendi uživanja kontracepcijske tablete po svetu**

de Irala in drugi (2011), ki so proučevali uživanje OHK v petih evropskih državah (Nemčija, Francija, Velika Britanija, Romunija in Švedska), poudarjajo, da je izbira oralne kontracepcije pogojena s socialnimi in kulturnimi dejavniki. V raziskavo, ki so jo izvedli v devetdesetih, je bilo vključenih 1137 naključno izbranih žensk iz zgoraj navedenih držav, ki so bile v času anketiranja stare med 18 in 49 let.

Rezultati so pokazali, da je večina evropskih žensk (88,1 %), zajetih v raziskavo, že uporabila katero izmed kontracepcijskih metod. V času izvajanja raziskave je najmanj žensk že uporabilo katero izmed kontracepcijskih metod v Romuniji (67,4 %), največ pa na Švedskem (96,7%). Najbolj pogosto uporabljena kontracepcijska metoda med respondentkami je bila oralna kontracepcija (70,4 %), sledijo kondom (63,2 %), spolni odnos brez izliva v nožnico (25,5 %) in maternični vložek (16,3 %). V tistem času je najmanj respondentk uporabilo hormonski obliž (0,4 %), vaginalni obroček (2,6 %) in druge moderne metode preprečevanja neželene nosečnosti (2,8 %) (de Irala in drugi 2011).

Rezultati študije tudi kažejo, da je največ respondentk oralno hormonsko kontracepcijo uživalo v Nemčiji (54,3 %), Franciji (50,5 %) in na Švedskem (34,6 %). Medtem pa je bila v Romuniji in Veliki Britaniji najpogosteje uporabljena kontracepcijska metoda kondom (29,6 % in 21,6 %) (de Irala in drugi 2011, 7–8).

»Velik odstotek respondentk, ki so v času anketiranja uživale oralno kontracepcijo, ali uporabljale maternične vložke, navajajo, da jim je bila tovrstna kontracepcijska metoda predlagana oziroma priporočena s strani zdravnika oziroma ginekologa« (de Irala in drugi 2011, 10).

Na le-to kažejo tudi rezultati druge študije, ki je proučevala izbiro metode kontracepcije med 12 tisočimi naključno izbranimi ženskami, starimi med 15-49 let iz Francije, Nemčije, Italije

Španije in Velike Britanije. Le-ta je med drugim ugotovila, da »v omenjenih petih državah OHK uživa kar 22 milijonov žensk, uporabnice pa so s kontracepcijsko tabletko tudi v več kot 90 odstotkih zadovoljne. Rezultati študije so pokazali, da je bila oralna kontracepcija v 75 % respondentkam predlagana s strani ginekologa (Skouby 2004).

To sicer ni tako presenetljivo glede na to, da zdravstveni delavci veljajo za zanesljiv vir informacij o ustrezni metodi preprečevanja neželene nosečnosti, zato njihovo mnenje v veliki večini primerov vpliva na odločitev posameznice ali obeh partnerjev o ustrezni metodi kontracepcije.

### **2.8.1 Kontracepcija kot ženska odgovornost**

Problem, ki se pojavlja ob tem in so ga že leta 1994 izpostavili tudi na konferenci o populaciji in razvoju v Kairu (Egipt), pa je potreba po večjem vključevanju moških pri izbiri ustrezne kontraceptivne metode. Trend nesodelovanja moškega spola pri izbiri kontracepcije pri rezultatih svoje študije opazajo tudi de Irala in drugi. Kljub temu da sta za reprodukcijo potrebna tako moški kot ženska, se zdi, da je prepričanje večine v zahodnih sodobnih družbah še vedno takšno, da gre v celoti za žensko odgovornost. Posledično se farmacevtska podjetja danes s skoraj vsemi metodami za preprečevanje nosečnosti osredotočajo izključno na žensko, ki ima na trgu številne izdelke za preprečevanje nosečnosti – med drugim tudi nujno kontracepcijsko tabletko, ki preprečuje nastanek nosečnosti po spolnem odnosu, medtem pa je moškim na trgu namenjenih občutno manj kontraceptivnih izdelkov (de Irala in drugi 2011, 10-11).

## **2.9 Uživanje kontracepcijskih tablet med mladostnicami v Sloveniji**

Uporaba hormonskih kontraceptivov med adolescentkami naraste pri prehodu iz osnovne v srednjo šolo, saj večina mladostnic postane spolno aktivnih v srednji šoli. »Zaradi enostavne uporabe in skoraj stodontne zaščite pred neželjeno nosečnostjo, se mladostnice večinoma odločajo za uporabo kontracepcijskih tablet. Ginekologi jim najbolj pogosto predpišejo kombinirane enofazne tablete« (Abazović 2009, 332).

Leta 2009 je bila v Sloveniji izvedena raziskava, ki je preučevala oblike spolnega vedenja in ozaveščenost o kontracepciji med srednješolci nekaterih večjih mest severovzhodne Slovenije. V raziskavo je bilo vključenih pet gimnazij in štiri srednje zdravstvene šole v Mariboru, Murski Soboti, Slovenj Gradcu in Ravnah na Koroškem. Anketirali so učence vseh letnikov, spraševali pa so jih po splošnih podatkih (starost, razred), o prvem spolnem odnosu,



o pogostosti odnosov v zadnjih treh mesecih in o morebitnih ostalih spolnih izkušnjah. Sledila so vprašanja o ginekološkem pregledu, kontracepciji in o tem, kje so pridobili prve informacije glede spolnosti. V končno analizo so raziskovalci vključili 4184 vprašalnikov, od tega je bilo 65,9 % dijakinj in 34,8 % dijakov.

Rezultati omenjene raziskave so pokazali, da je imelo vaginalne spolne odnose v času anketiranja 53 % srednješolcev, zajetih v raziskavo. Med njimi je bilo občutno več deklet (56 %) kot fantov (47 %). Od tega je bilo pri prvem spolnem odnosu zaščiteneh 86,2 % dijakinj in 89,1 % dijakov. Pri prvem spolnem odnosu je bilo največ dijakov in dijakinj zaščiteneh s kondomom, 6 % dijakinj s kondomom in oralno hormonsko kontracepcijo in 6,4 odstotka dijakinj samo z oralno hormonsko kontracepcijo. Mnogo drugačni so bili rezultati, ki so anketirance spraševali o njihovi zaščiti med spolnim odnosom v zadnjih treh mesecih. Z zanesljivo kontracepcijo je bilo zaščiteneh 90,8 odstotkov dijakinj. Od tega jih je bilo največ, skoraj polovica (49,9 %) zaščiteneh z oralno hormonsko kontracepcijo, 10,2 odstotka z oralno hormonsko kontracepcijo in kondomom, 30,5 odstotka pa samo s kondomom. (But in drugi 2011). Avtorji raziskave v razpravi dodajajo, da je »oralna hormonska kontracepcija, ki se je poslužuje že kar precejšen delež dijakinj, zelo zanesljiva metoda preprečevanja neželene nosečnosti, ne ščiti pa pred spolno prenosljivimi okužbami, zato je smotrno poleg uporabe hormonske kontracepcije priporočati hkratno uporabo kondoma« (But in drugi 2011, 89).

Rezultate navedene raziskave je bilo zanimivo primerjati z rezultati, ki je preučevala spolno vedenje slovenskih srednješolcev leta 2004, torej 5 let prej. Avtorji raziskave so spomladi leta 2004 anketirali 2380 srednješolcev 1. in 3. letnikov v 48 naključno izbranih slovenskih srednjih šolah. Rezultati omenjene raziskave so pokazali, da je bilo pri prvem spolnem odnosu s kondomom zaščiteneh 74 % srednješolcev 1. letnika in 75 % in 3. letnika. Le 6 % parov 1. letnika in 7 % 3. letnika je bilo zaščiteneh s kontracepcijskimi tabletami. 4 % parov 1. letnika in 2 % parov 3. letnika je ob prvem spolnem odnosu uporabljalo kondom in kontracepcijske tablete. Pri zadnjem spolnem odnosu je bilo s kondomom zaščiteneh 65 % parov prvega letnika in 50 % parov tretjega letnika. Kontracepcijske tablete je pri zadnjem spolnem odnosu uporabljalo 11 % parov 1. letnika in 32 % parov 3. letnika, dvojno zaščitno pa je uporabljalo 6 % parov 1. letnika in 4 % pari 3. letnika (Pinter in drugi 2006).

Rezultati raziskav so pokazali podobne rezultate glede na smernice uporabe oralne hormonske kontracepcije med srednješolci. Tako leta 2005 kot leta 2009 je bil odstotek srednješolcev, ki so pri prvem spolnem odnosu uporabljali kontracepcijske tablete majhen v primerjavi z uporabo kondoma. Tako rezultati raziskave, izvedene leta 2005, kot raziskave, izvedene leta 2009, pa kažejo, da uporaba kontracepcijskih tablet narašča z leti oziroma s spolnimi

izkušnjami. Rezultati prvo navedene raziskave so pokazali, da je uporaba kontracepcije strmo narasla med spolnimi odnosi v zadnjih treh mesecih v primerjavi z uporabo kontracepcije med prvim spolnim odnosom. To potrjuje tudi raziskava iz leta 2005, ki je primerjala uporabo zaščite pri prvem in zadnjem spolnem odnosu. Rezultati so pokazali, da je mnogo več dijakinj uporabljalo kontracepcijske tablete pri zadnjem spolnem odnosu v primerjavi s prvim. Da uporaba kontracepcijskim tablet narašča tudi s starostjo pa kaže podatek, da je pri zadnjem spolnem odnosu tovrstno kontracepcijo uporabljalo v 1. letniku 11 % parov, v 3. letniku pa skoraj trikrat več, in sicer 32 % parov. Rezultati obeh raziskav so pokazali, da so srednješolci v Sloveniji dobro ozaveščeni o kontracepciji in da jo vedno pogosteje tudi redno uporabljajo. Omembe vreden je še podatek, da se je uporaba oralne hormonske kontracepcije med srednješolci v Sloveniji v obdobju od leta 2005 do 2009 povečala ter da se je zmanjšala uporaba kondoma.

Avtorji raziskave, izvedene leta 2005, so preučevali tudi poznavanje kontracepcije med srednješolci. Rezultati so pokazali, da »od kontracepcijskih metod srednješolci po njihovem subjektivnem mnenju zelo dobro poznajo (poznajo delovanje in način uporabe) kondoma (94 %) in kontracepcijske table (73 %)« (Pinter in drugi 2006, 617-618).

## **2.10 Uživanje, poznavanje ter percepcija OHK med najstnicami drugod po svetu**

### **2.10.1 Uživanje oralne kontracepcije med srednješolkami v Avstriji**

V raziskavo, ki je bila izvedena med majem in junijem leta 2000, je bilo vključenih 880 avstrijskih srednješolk, starih od 14 do 18 let. Med slednjimi jih je 168 respondentk (19,1 %) navedlo, da uživajo, ali da so kdaj v preteklosti uživale oralno kontracepcijo, razlogi za uživanje OK pa izvirajo iz različnih ozadij. Respondentke so poleg zaščite pred neželjeno nosečnostjo, namreč navedle tudi akne, boleče (krče) in neredne menstruacije, ciste in tudi druge motnje, povezane z mesečno krvavitvijo. Večina, 93,5 % respondentk (130 najstnic) je v času izvajanja raziskave navedla kontracepcijo kot razlog, zakaj uživajo kontracepcijsko tableto. Ostale razloge je navedlo zgolj nekaj respondentk (Brunnhuber in Kirchengast 2002). 7 srednješolk (48,2 %) je v času anketiranja navedlo, da občuti stranske učinke uživanja oralne kontracepcije. Najbolj pogosto navedeni stranski učinki pa so bili povišanje telesne teže (28,8 %), povečanje velikosti prsi (23,7 %), utrujenost (15,1 %), glavobol (9,4 %), vmesne krvavitve in depresivno razpoloženje (5,8 %), napetost v prsih (4,3 %), slabost (3,6 %), menstrualni krči (2,9 %) ter povečana krvavitev med menstruacijo (1,4 %). Raziskovalci

tudi opažajo, da sta bila povečanje telesne teže in povečanje prsi večinoma navedena s strani istih respondentk. Nobena od respondentk pa med stranskimi učinki ni navedla zmanjšanje libida ali nastanek aken (Brunnhuber in Kirchengast 2002).

Življenjski stil srednješolk, zajetih v raziskavo, so raziskovalci ugotavljali s pomočjo pogostosti kajenja, konzumacije alkohola, ukvarjanja s športom in izvajanja diet. Kar 78 respondentk (56,1 %), ki je v času izvajanja ankete uživalo, ali v preteklosti uživalo oralno kontracepcijo, se je uvrstilo med kadilke. 11 respondentk (7,9 %) in uporabnic OK je navedlo, da nikoli ne pijejo alkohola, 103 (74,1 %), da včasih pijejo alkohol in 25 respondentk (18 %), da pogosto konzumirajo alkoholne pijače. Za primerjavo z neuporabnicami OK je med slednjimi 199 respondentk (16,1 %) navedlo, da nikoli ne konzumirajo alkohola, 535 (72,2 %), da včasih konzumirajo alkohol in 87 (11,7 %), da pogosto konzumirajo alkoholne pijače. 43 uporabnic OK (30,9 %) je navedlo, da se ne ukvarjajo s športom, med neuporabnicami pa je bilo takšnih 19,4 odstotka. Več kot tri ure na teden je športnim dejavnostim namenilo 23 uporabnic OK (16,6 %) in 191 neuporabnic (25,8 %). Avtorji raziskave še dodajajo, da rezultati kažejo na to, da uporabnice OK pogosteje kadijo cigarete, konzumirajo alkohol in se manj ukvarjajo s športom v primerjavi z neuporabnicami. Medtem pa raziskovalci niso zasledili nobenih razlik med uporabnicami in neuporabnicami OK v povezavi s hujšanjem in dietami (Brunnhuber in Kirchengast 2002, 467–471).

### **2.10.2 Uživanje oralne kontracepcije med najstnicami na Nizozemskem**

Rezultati raziskave iz devetdesetih, ki so jo izvedli med adolescentkami na Nizozemskem, starimi med 14 in 16 let, kažejo na to, da se z oralno kontracepcijo na Nizozemskem dekleta srečajo že v zelo zgodnjih letih. Med 2248 respondentkami je v času anketiranja oralno kontracepcijo namreč uživalo že 284 respondentk, torej 11 %. Med 15-letnicami je 31 % respondentk navedlo, da kontracepcijo večinoma uporabljajo za preprečevanje neželene nosečnosti, 18 % za reguliranje menstrualnega cikla, 26 % zaradi menstrualnih krčev, 10 % zaradi aken in 5 % zaradi drugih razlogov. Avtorji raziskave še dodajajo, da se je uporaba oralne kontracepcije v primerjavi z osemdesetimi leti med dekleti, starimi 15 in 16 let, podvojila (van Hooff in drugi 1998).

### **2.10.3 Percepcija kontracepcije med mladostnicami na Švedskem**

Ekstrand in drugi so v svoji študiji, izvedeni leta 2003, med drugim proučevali odnos 17-letnic na Švedskem do kontracepcije oziroma preprečevanja neželene nosečnosti. V študijo je bilo zajetih 42 deklet, starih 17 let, ki so jih proučevali skozi fokuse skupine. V vsaki skupini je sodelovalo 6-8 dijakinj iz različnih srednjih šol in socialnih ozadij.

Na podlagi proučenih odgovorov avtorji študije zaključujejo, da so 17-letnice na Švedskem prepričane, da bi morala biti zaščita stvar tako partnerja kot partnerice, čeprav je glede na njihove odgovore očitno, da mislijo, da morajo za to poskrbeti v večji sami kot fantje.

#### **Najstniška percepcija glede zaščite:**

R1: »Mislim, da sta oba odgovorna.«

R2: »Na koncu se izkaže, da gre za žensko odgovornost.«

R3: »Ja, moški ni ravno tisti, ki zanosi!«

R2: »Mislim, da se ženske bolj zavedajo, kaj se lahko zgodi, če imaš nezaščiten spolni odnos.

Fantom je bolj kot ne vseeno« (Ekstrand in drugi 2005, 984).

#### **Odgovornost je odvisna od vrste razmerja**

V večini skupin so se dekleta strinjala, da je odgovornost za kontracepcijo odvisna od vrste razmerja, torej ali si v stabilnem odnosu, ali gre zgolj za avanturo. »Oralna kontracepcija in vložki se uporabljajo, če si v razmerju, ker potem se ne rabiš obremenjevati s spolnimi boleznimi in podobno. (S: 1)« Glede na skupno mnenje večine skupin bi morala dekleta prevzeti odgovornost za kontracepcijo, še posebej če gre za občasni spolni odnos. »Ne moreš se zanesti na nekoga, ki ga niti ne poznaš dobro, da bo poskrbel zato, da ne boš zanosila« (Skupina: 2) (Ekstrand in drugi 2005, 985).

#### **Strah pred stranskimi učinki hormonske kontracepcije**

Mladostnice so si bile enotne, da hormonska kontracepcija povzroča negativne stranske učinke in uničuje telo, še posebej v času pubertete. Nezanosljive vire informacij o kontracepciji so opisale kot resen problem.

R1: »Čudno je, da so bile nekoč tablete toliko močnejše kot danes.«

R2: »Točno to! Več hormonov in podobnega. Ne razumem, zakaj se ljudje tako bojijo?«

R3: »Ampak še vedno veliko uporabnic pravi, da več jejo, dobijo večje prsi in še veliko drugega, kot je recimo menjavanje razpoloženja.«

R4: »Mislim, da se ljudje bojijo jemati tabletko, ker je bilo v medijih veliko povedanega o tem, da povzročajo krvne strdke.«

R1: »Toliko različnih zgodbic kroži o tabletah, da je težko vedeti, kaj drži in kaj ne« (Skupina: 2) (Ekstrand in drugi 2005, 985).

### **Nezadostna spolna izobrazba v šoli**

Mediji prijatelji, klinike in tudi starši, so bili navedeni kot viri informacij o spolnosti. V nobeni skupini dekleta niso izpostavile šole kot glavni vir informacij. Prav nasprotno, spolno izobrazbo so namreč označile kot nezadostno: »Šola bi se lahko odrezala 100-odstotno bolje« (S: 5), »mladi v šoli ne dobijo informacij o kontracepciji« (S: 5), »toliko informacij dobiš povsod drugod, samo šola je glede tega nekoliko malomarna« (S: 6). Večina je tudi prepričanih, da naj bi bila pomanjkljiva izobrazba o spolnosti na šolah, vsaj delno kriva za veliko število splavov med najstnicami. Vse skupine so se strinjale, da bi morala šola dosegati višje standarde glede izobrazbe o spolnosti. Veliko deklet se je strinjalo, da se šole še vedno zanašajo na druge vire, kar zadeva izobraževanja o spolnosti (Ekstrand in drugi 2005, 985).

### **2.10.4 Uživanje kontracepcijske tablete med najstnicami v ZDA**

Jones in drugi so v svoji študiji proučevali uživanje kontracepcije v ZDA med leti 2006 in 2010. Z 22,682 respondenti, starimi med 15 in 44, so izvedli poglobljene intervjuje na domu anketirancev. Intervjuje so opravljale ženske, v raziskavo pa je bilo zajetih 12,297 žensk. Za primerjavo trendov na področju uživanja oralne hormonske kontracepcije je služil vzorec 10,847 žensk, s katerimi so intervjuje opravili leta 1995.

Približno 31 % najstnic, zajetih v raziskavo, starih od 15-19 let, je v času anketiranja uporabljajo kontracepcijo. 59 % najstnic v tem času še nikoli ni imelo spolnega odnosa, ali pa niso imele spolnega odnosa v zadnjih treh mesecih. V času anketiranja je približno polovica žensk, ki so uporabljale katero metodo za preprečevanje nosečnosti, uživala kontracepcijsko tabletko, med spolno aktivnimi najstnicami pa kar 53 %, torej več kot polovica, zajetih v raziskavo (Jones in drugi 2012, 5).

Eden izmed trendov, ki so jih ugotovili je bil denimo ta, da se je najbolj zmanjšala uporaba kondoma med najstnicami kot najbolj zanesljiva zaščita. Čeprav ženske vseh starosti večinoma niso uporabljale kondoma kot svojega najbolj zanesljivega zaščitnega sredstva, pa je bil upad med najstnicami največji. V primerjavi z letom 1995, je v novi študiji kondom kot

primarno oziroma najbolj učinkovito kontracepcijsko sredstvo navedla skoraj polovica manj respondentk, in sicer se je odstotek zmanjšal iz 36% (1995) na 20 % (2006-2010) (Jones in drugi 2012, 6).

V študiji, ki so jo izvedli Martinez in drugi, so proučevali spolno aktivnost, uporabo kontracepcije in število rojstev v ZDA od leta 2006 do 2010 med ženskami in moškimi, starimi od 15-19 let.

Rezultati študije so pokazali, da je od leta 2006-2010 približno 43 odstotkov nikoli poročenih najstnic (4,4 milijona) imelo spolni odnos vsaj enkrat. Te prve spolne izkušnje se niso veliko spremenile od leta 2002. 78 odstotkov najstnic je ob prvem spolnem odnosu uporabilo zaščito, najbolj priljubljena metoda pa je bil kondom. Od leta 2002 se je kontracepcijsko vedenje najstnic spremenilo z nekaj izjemami. Najbolj se je povečal odstotek najstnic, ki uporabljajo različne moderne hormonske metode pri prvem spolnem odnosu, kot sta denimo vložek in obliž, 6 % najstnic pa je ob prvem spolnem odnosu uporabilo eno od novejših hormonskih metod in ne tableto (Martinez in drugi 2011).

#### **2.10.5 Uporaba OHK med mladostnicami v Nigeriji**

Rezultati raziskave, ki so jo med adolescenti izvedli v Nigeriji, razkrivajo da se trendi najbolj pogosto uporabljene kontracepcije v Afriki precej razlikujejo v primerjavi s trendi v sodobnih zahodnih družbah. Iz vzorca 190 spolno aktivnih adolescentk je namreč razvidno, da je med mladostnicami v Nigeriji najbolj priljubljena zaščita metode ritmična oziroma abstinenca v času plodnih dni. Le-to je kot najbolj pogosto uporabljeno kontracepcijsko metodo namreč navedlo kar 46,8 % respondentk. Na drugem mestu se je znašla kontracepcijska tableta (20,5 %), sledi spolni odnos brez izliva sperme v nožnico (10,3 %), kondom (6,2 %) in nujna kontracepcijska tableta (6,2 %) (Okpani in Okpani 2000, 44).

### **2.11 Raziskovalne hipoteze**

Glede na proučeno teorijo in ob upoštevanju rezultatov drugih raziskav sem pred izvajanjem empirične raziskave postavila naslednje raziskovalne hipoteze:

**H1:** Čeprav je v zadnjih nekaj desetletjih restriktivno spolno moralo, ki je posameznike omejevala tudi na področju spolnosti, nadomestila permissivna, predvidevam, da uporaba oralne hormonske kontracepcije (OHK) še vedno narašča s starostjo srednješolk.

**H2:** Glede na proučene že izvedene raziskave na področju spolnega vedenja srednješolcev v Sloveniji predvidevam, da trend neuporabe dodatne zaščite, ki bi preprečila prenos spolno prenosljivih bolezni, ob uporabi OHK pri spolnem odnosu narašča.

**H3:** Ker spolnost v Sloveniji še vedno predstavlja tabu, predvidevam, da so se srednješolke o izbiri ustrezne kontracepcije posvetovale z ginekologom in vrstnicami, niso se pa posvetovale s starši.

**H4:** Znanje srednješolk o neželenih stranskih učinkih OHK je pomanjkljivo oziroma so seznanjene le s pogostimi stranskimi učinki, ki se pojavijo ob uživanju kontracepcijske tablete.

**H5:** Srednješolkam ginekologi pred prvim izdanim receptom niso razložili, kateri so neželeni stranski učinki uživanja OHK, kot jim le-to narekujejo Slovenske smernice za rabo kombinirane hormonske kontracepcije.

## **2.12 Metodologija**

Za preverjanje postavljenih hipotez sem izvedla anketno raziskavo. Namen le-te je bil, da izvem čim več o uporabi in poznavanju oralne hormonske kontracepcije oziroma kontracepcijskih tablet med srednješolkami v Sloveniji ter z rezultati potrdim ali ovržem zastavljene hipoteze. V ta namen sem za raziskovalno metodo izbrala anketo oziroma sistematično metodo zbiranja podatkov na podlagi vzorca z namenom konstituiranja kvantitativnih opisov značilnosti širše populacije. Izdelala sem tudi merski instrument oziroma anketni vprašalnik, ki ga je sestavljalo dvanajst vprašanj zaprtega tipa in dve vprašanji odprtega tipa. Zaradi prepričanja, da osebno anketiranje še vedno prinaša bolj natančne in verodostojno izpolnjene anketne vprašalnike, sem se odločila za terensko anketiranje, katerega največja slabost pa so nedvomno veliki finančni stroški.

Idealno za moje raziskovanje bi bilo, da bi v raziskavo vključila vse enote populacije, torej vse slovenske srednješolke, vendar je bilo to zaradi velikosti populacije in še nekaterih drugih omejitev (denimo finančne in neodzivnosti določenih srednjih šol) nemogoče. Zaradi tega sem pred začetkom izvajanja raziskave populacijo razdelila na podpopulacije oziroma stratume, kar sem opravila s pomočjo dodatnih populacijskih informacij. Odločila sem se za stratifikacijo na osnovi geografskih informacij, pri kateri regije obarvamo kot stratume.

Končni elementi v vsakem stratumu pa so bili izbrani neodvisno. Skupna značilnost vseh elementov, zajetih v raziskovanje, je status srednješolke, ki je bil tudi pogoj za sodelovanje v anketi. V svoji raziskavi sem zajela 1,2 odstotka vseh srednješolk v Sloveniji, le te pa so v času izvajanja anketiranja bivale bodisi v Podravske bodisi v Osrednjeslovenski regiji. V svoji raziskavi sem zajela 2 od 12 statističnih regij v Sloveniji, kar je 16,6 %, pozitivno za moje raziskovanje pa je, da se regiji nahajata na različnih koncih Slovenije, kjer vladajo tudi drugačne gospodarske razmere. V kolikor moje raziskovanje ne bi bilo finančno in časovno omejeno, bi v raziskavo vključila vse statistične regije, saj bi tako povečala natančnost rezultatov.

Raziskavo sem izvedla v dveh delih. Prvo anketiranje sem na srednjih šolah v Mariboru in Ljubljani, ki so se odzvale na sodelovanje, izvajala od 16. maja do 24. junija 2014. Anketiranke so bile s strani zaposlenih na srednjih šolah izbrane slučajno, saj so imele vse enako možnost, da bodo izbrane za sodelovanje v raziskavi. Med srednješolke sem razdelila 500 anket, od tega je bilo vrnjenih in uporabnih 446 anket. Stopnja sodelovanja je bila torej 93,2-odstotna, kar je visok odstotek, ki ga pripisujem izbira terenskega oziroma osebnega anketiranja.

Drugo anketiranje je potekalo na mariborskih ulicah, in sicer od 30. junija do 30. julija 2014. Edini pogoj za sodelovanje v raziskavi je bil status srednješolke. Anketiranke so bile izbrane naključno, na ulici pa sem anketirala 20 srednješolk.

Za dvakratno anketiranje sem se odločila, ker sem želela povečati velikost vzorca, kar sem z drugim anketiranjem tudi dosegla. Med anketirankami iz drugih srednjih šol v primerjavi s tistimi, ki so obiskovale eno izmed srednjih šol, ki so se odzvale na sodelovanje, nisem opazila večjih razlik v odgovorih, zato sem to skupino deklet analizirala skupaj z ostalimi in ne ločeno.



## 3 EMPIRIČNI DEL

### 3.1 Statistični podatki anketirank

#### *Demografske značilnosti*

Od 466 anketirank, zajetih v raziskavo, je bilo 25 anketirank starih 15 let, 115 starih 16 let, 211 anketirank, največ, je bilo starih 17 let, 92 anketirank je bilo starih 18 let, 18 anketirank je bilo starih 19 let, štiri anketiranke so bile stare 20 let, ena anketiranka pa 21 let. Aritmetična sredina starosti srednješolk, zajetih v raziskavo je tako znašala 16,95 oziroma 17 let, mediana pa prav tako 17 let.

Po podatkih Statističnega urada republike Slovenije je bilo ob koncu šolskega leta 2013/14 v srednješolsko izobraževanje vključenih 74.907 dijakov, od tega 36.997 deklet (SURS 2015). V svoji raziskavi sem torej zajela 1,2 odstotka vseh srednješolk v Sloveniji, le te pa so v času izvajanja anketiranja bivale bodisi v Podravski bodisi v Osrednjeslovenski regiji.

#### *Zakonski stan*

Med srednješolkami, starimi 15 let, je bilo v času anketiranja 6 anketirank v razmerju s partnerjem in 19 samskih, med srednješolkami, starimi 16 let, 33 v razmerju in 82 samskih, med anketirankami, starimi 17 let, 66 v razmerju in 145 samskih, med srednješolkami, starimi 18 let, 24 v razmerju in 68 samskih, med anketirankami, starimi 19 let, 10 v razmerju in 8 samskih, med srednješolkami, starimi 20 let, 2 v razmerju in 2 samski, edina anketiranka, stara 21 let, pa je bila v času anketiranja v razmerju. Skupaj je bilo torej 142 anketirank v razmerju, 324 pa samskih.

#### *Srednja šola*

V raziskavo so bile zajete srednješolke iz 12 srednjih šol v Sloveniji. Največ anketirank (103) je v času anketiranja obiskovalo Drugo gimnazijo Maribor, 85 jih je obiskovalo gimnazijo Ledina (Ljubljana), 84 Srednjo zdravstveno šolo Ljubljana, 59 Prvo gimnazijo Maribor, 32 Srednjo frizersko šolo Ljubljana, 32 Tretjo gimnazijo Maribor, 31 Srednjo ekonomsko šolo Maribor, 20 Srednjo trgovsko šolo Maribor, 12 Srednjo šolo za gostinstvo in turizem Maribor, 4 Škofijsko gimnazijo Maribor, 2 Srednjo gradbeno šolo Maribor in 2 Srednjo šolo Ruše.

## 3.2 Preverjanje raziskovalnih hipotez in interpretacija rezultatov

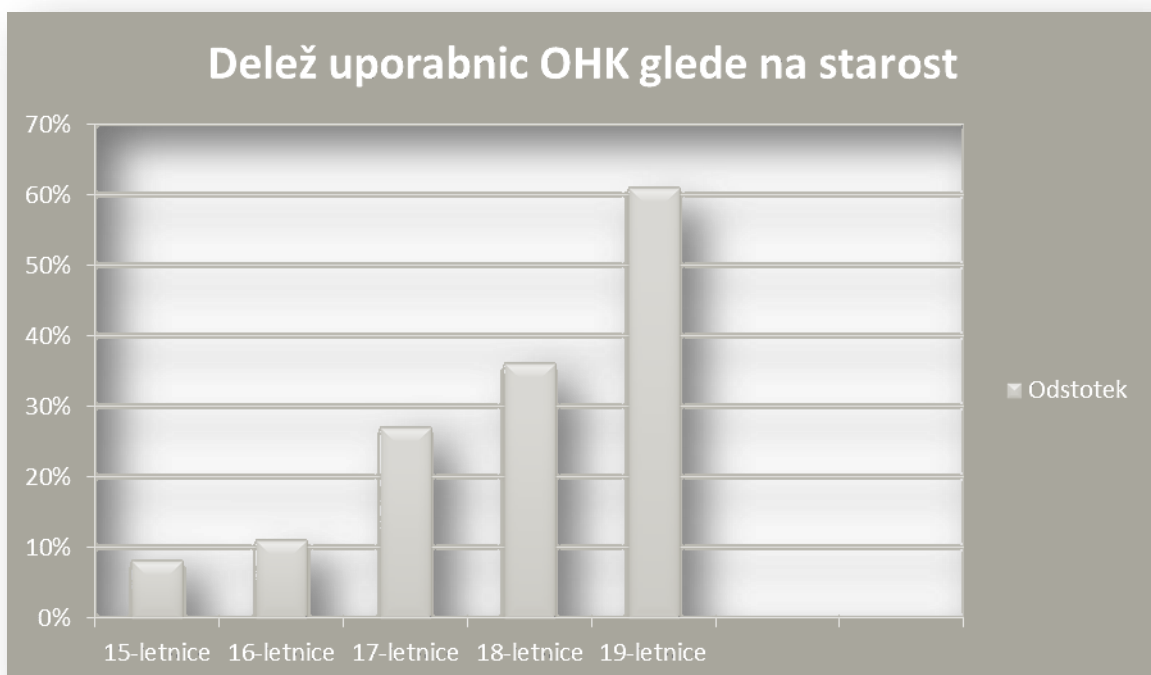
Med 466 anketirankami, zajetimi v raziskavo, je v času izvajanja raziskave oralno hormonsko kontracepcijo uživalo ali v preteklosti uživalo 125 srednješolk, kar je 26,8 oziroma 27 odstotkov anketirank.

### 3.2.1 H1: Čeprav je v zadnjih nekaj desetletjih restriktivno spolno moralo, ki je posameznike omejevala tudi na področju spolnosti, nadomestila permissivna, predvidevam, da uporaba oralne hormonske kontracepcije (OHK) še vedno narašča s starostjo srednješolk.

Prvo hipotezo sem preverila tako, da sem anketiranke najprej razdelila v starostne skupine in nato v vsaki skupini preverila, kolikšen odstotek enako starih srednješolk uživa, ali je v preteklosti uživalo oralno kontracepcijo.

Rezultati ankete so pokazali, da uživanje oralne hormonske kontracepcije zares narašča s starostjo srednješolk, kljub temu da rezultati že izvedenih raziskav na področju mladostniške spolnosti kažejo na to, da se je pri dekletih v zadnjih nekaj desetletjih očitno znižala povprečna starost ob prvem spolnem odnosu, le-ta pa se še vedno ni spustila pod 16 let. Obdobje srednješolskega izobraževanja je tudi obdobje, ko večina mladih šele doživi svojo prvo spolno izkušnjo, ki pa ni nujno razlog za takojšnji začetek uživanja OHK.

Graf 3.1: Delež uporabnic OHK glede na njihovo starost.



Glede na dobljene rezultate lahko prvo hipotezo potrdim, saj delež uporabnic OHK do 20-letnic strmo narašča. Prikazani vzorec se najverjetneje nadaljuje tudi pri dvajsetletnicah, kar pa s svojo raziskavo nisem mogla dokazati, saj so bile v raziskavo vključene le štiri srednješolke, stare 20 let in ena 21-letnica.

*Tabela 3.1: Primerjava števila uporabnic OHK in deleža uporabnic OHK v razmerju*

	<b>Število uporabnic OHK</b>	<b>Delež uporabnic OHK v razmerju</b>
<b>15-letnice</b>	2	50 %
<b>16-letnice</b>	18	61 %
<b>17-letnice</b>	58	65,5 %
<b>18-letnice</b>	33	48,5 %

Ob pridobljenih rezultatih sem prav tako ugotovila, da bi lahko naraščanje uporabe OHK povezala tudi s partnerskim statusom anketirank. Delež uporabnic OHK, ki so bile v času anketiranja v razmerju, namreč kažejo na to, da je, kot je pokazala tudi prva slovenska nacionalna raziskava spolnega vedenja Slovencev, spolnost še vedno umeščena v normativni okvir, ki ga zaokroža partnerska zveza.

### **3.2.2 H2: Glede na proučene že izvedene raziskave na področju spolnega vedenja srednješolcev v Sloveniji predvidevam, da trend neuporabe dodatne zaščite, ki bi preprečila prenos spolno prenosljivih boleznih, ob uporabi OHK pri spolnem odnosu narašča.**

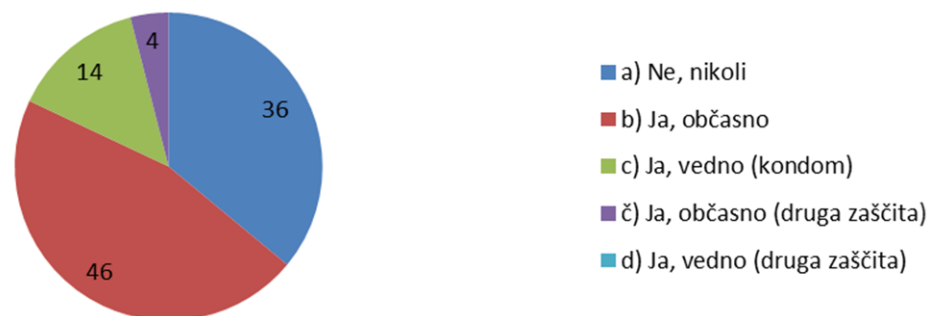
Drugo hipotezo sem preverjala samo na anketirankah, ki so v času izvajanja raziskave odgovorile, da uporabljajo, ali so v preteklosti uporabljale oralno hormonsko kontracepcijo. Le-teh je bilo, kot že navedeno 125 od 466, torej 27 odstotkov. Od 125 srednješolk, ki so v času anketiranja uživale OHK, je bilo 107 anketirank takih, ki so OHK uživale zaradi tega, ker so bile spolno aktivne in niso želele zanositi, torej za preprečevanje nenačrtovane nosečnosti. Ostale anketiranke so oralno hormonsko kontracepcijo uživale, ker so imele bodisi probleme s kožo bodisi boleče menstruacije, zato na vprašanje o zaščiti pri spolnem odnosu niso odgovarjale. Od 107 srednješolk, ki so imele spolne odnose in uživale OHK, je bilo med spolnimi odnosi s kondomom vedno dodatno zaščiteneh 15 anketirank, torej 14 odstotkov. 49 (46 %) srednješolk je navedlo, da so bile ob spolnem odnosu občasno zaščitene

s kondomom, 4 anketiranke pa so navedle, da so pri spolnem odnosu dodatno zaščitene z drugo zaščito, kot je denimo diafragma. Le-teh je bilo torej 4 odstotkov. Sicer pa 39 anketirank ob spolnem odnosu nikoli ni uporabljajo dodatne zaščite oziroma kondoma, torej kar 36 odstotkov.

Glede na pridobljene rezultate lahko drugo hipotezo torej le delno potrdim. Rezultat me ni presenetil, saj na podoben trend, torej na to, da kontracepcijske tablete postajajo vedno bolj priljubljena zaščita, kažeta tudi prej analizirani raziskavi o spolnem vedenju slovenskih srednješolcev, izvedeni leta 2005 in 2009. Rezultat, ki sem ga dobila, torej, da je s kondomom pri spolnem odnosu vedno dodatno zaščiteneh le 14 odstotkov anketirank, ki so spolno aktivne in uporabljajo OHK, je gotovo tudi posledica dejstva, da je večina omenjenih anketirank v razmerju, na podlagi česar predvidevam, da imajo le enega spolnega partnerja in niso v skrbeh zaradi spolno prenosljivih bolezni, ki jih uporaba OKH ne prepreči. Podatek je kljub temu skrb vzbujajoč, saj previdnost pred spolno prenosljivimi boleznimi ni odveč, kljub temu, da imajo mladostnice partnerja. Partnerske zveze v mladosti so namreč vsaj po navadi kratkotrajne, kar pomeni, da je možno, da je njihov partner pred njimi mogoče že bil spolno aktiven z drugimi ženskami, kakor tudi respondentke z drugimi moškimi.

### Grafični prikaz uporabe dodatne zaščite ob spolnem odnosu med srednješolkami

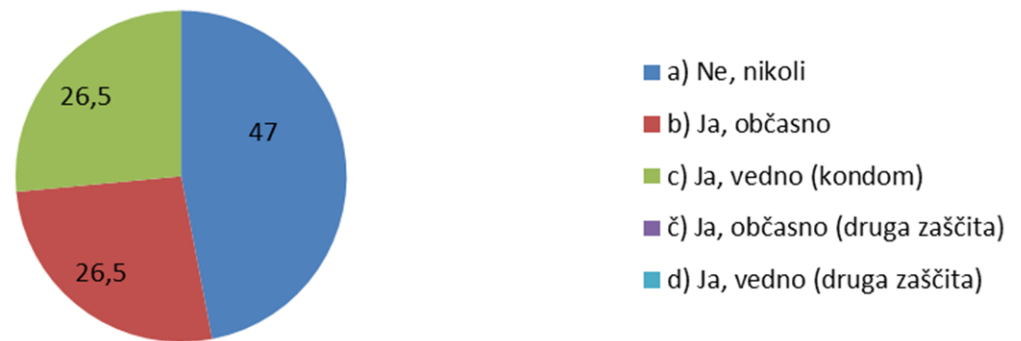
Graf 3.2: Uporaba dodatne zaščite pri spolnem odnosu (skupaj).



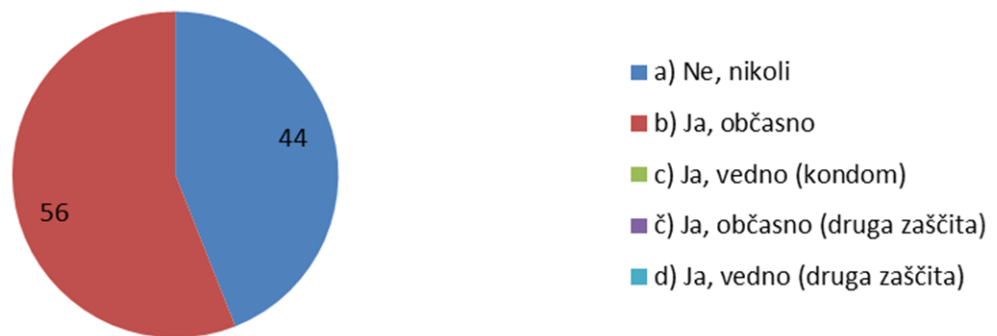
Graf 3.3: Uporaba dodatne zaščite pri petnajstletnicah.



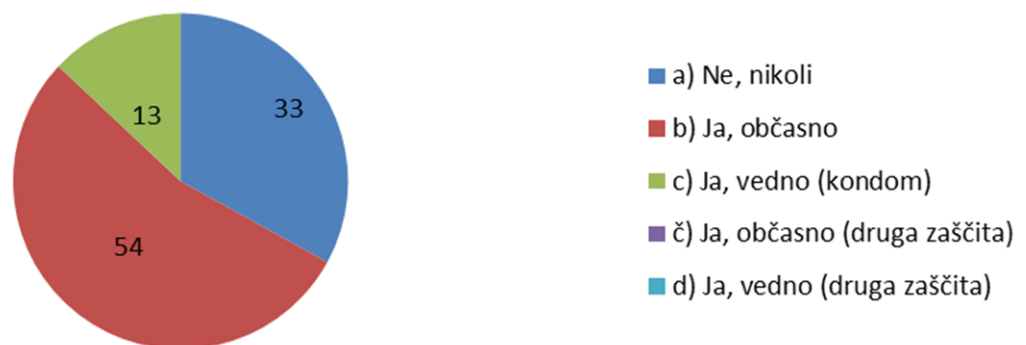
Graf 3.4: Uporaba dodatne zaščite pri šestnajstletnicah.



Graf 3.5: Uporaba dodatne zaščite pri sedemnajstletnicah



Graf 3.6: Uporaba dodatne zaščite pri osemnajstletnicah.



### 3.2.3 H3: Ker spolnost v Sloveniji še vedno predstavlja tabu, predvidevam, da so se srednješolke o izbiri ustrezne kontracepcije posvetovalle z ginekologom in vrstnicami, niso se pa posvetovalle s starši.

Ob pridobljenih rezultatih sem ugotovila, da lahko 3. hipotezo le delno potrdim. Pri tem vprašanju je bilo možno navesti več odgovorov in največ anketirank se je o ustrezni izbiri

kontracepcije sicer res posvetovalo z izbranim ginekologom, kar 78,4 odstotka vprašanih, vendar se je veliko (37,6 %) srednješolk o ustrezni kontracepciji posvetovalo tudi s starši. Z vrstniki se je posvetovalo 24,8 odstotkov srednješolk, 19,2 odstotkov z osebno zdravnico, 16 odstotkov jih je o ustrezni kontracepciji prebralo na spletu, 1,6 odstotka vprašanih pa se ni posvetovalo z nikomer. Pri tem vprašanju sem z namenom, da bi se izognila vsiljevanju odgovorov, zastavila tudi možnost odprtega odgovora, na katerega je odgovorilo 8 odstotkov respondentk. Slednje so se o ustrezni izbiri kontracepciji pogovorile še z: dermatologinjo (3), partnerjem (5) in sorodniki (2), nobena od anketirank pa kot vir informacij o ustrezni izbiri kontracepcije ni navedla šole.

Glede na to, da ginekologu svetovanje o ustrezni izbiri kontracepcije narekujejo tudi Slovenske smernice za rabo kombinirane hormonske kontracepcije, me rezultat ni presenetil. Zanimivo pa je, da so anketiranci, zajeti v raziskavo, ki so jo leta 2009 izvedli But in drugi kot prvi vir informacij o spolnosti navedli »medije (47,3 %), sledili so prijatelji 37,7 %, spolna vzgoja v osnovni in srednji šoli (30,8 %) ter starši (30,2 %)« (But in drugi 2011,90), medtem pa rezultati moje raziskave kažejo na to, da pri izbiri kontracepcije mladostniki bolj kot spletu zaupajo vrstnikom in staršem.

*Tabela 3.2: Vir informacij o ustrezni izbiri kontracepcije glede na starost srednješolk*

<b>Posvetovanje s/z:</b>	<b>15 let</b>	<b>16 let</b>	<b>17 let</b>	<b>18 let</b>	<b>19 let</b>	<b>20 let</b>
<b>starši</b>	1 (50 %)	5 (28 %)	28 (48 %)	7 (21 %)	4 (36 %)	2 (100 %)
<b>vrstniki</b>	1 (50 %)	6 (33 %)	13 (22 %)	8 (24 %)	3 (27 %)	0 (0 %)
<b>os. zdravnikom</b>	0 (0 %)	3 (17 %)	12 (21 %)	7 (21 %)	2 (18 %)	0 (0 %)
<b>ginekologom</b>	2 (100 %)	13 (72 %)	43 (74 %)	28 (85 %)	10 (91 %)	2 (100 %)
<b>nikomer</b>	0 (0 %)	0 (0 %)	1 (2 %)	1 (3 %)	0 (0 %)	0 (0 %)
<b>splet</b>	0 (0 %)	0 (0 %)	11 (19 %)	8 (24 %)	1 (9 %)	0 (0 %)
<b>drugo</b>	0 (0 %)	3 (17 %)	6 (10 %)	1 (3 %)	0 (0 %)	0 (0 %)

### **3.2.4 H4: Znanje srednješolk o neželenih stranskih učinkih OHK je pomanjkljivo oziroma so seznanjene le s pogostimi stranskimi učinki, ki se pojavijo ob uživanju kontracepcijske tablete.**

Četrto hipotezo sem preverjala z odprtim vprašanjem, in sicer sem srednješolke prosila, da navedejo možne neželene stranske učinke, ki se lahko pojavijo ob uživanju OHK. Kljub temu da lahko pri obdelavi odprtih vprašanj zaradi težje primerljivosti odgovorov nastanejo določene težave, sem se za takšno potezo odločila, da se izognem nevarnosti vsiljevanja odgovorov.

Že ob prvem pregledu odgovorov sem ugotovila, da je znanje srednješolk o neželenih stranskih učinkih OHK pomanjkljivo, saj jih kar 22 odstotkov ni navedlo niti enega neželenega učinka. Sicer so srednješolke v največjem obsegu navajale pogoste neželene učinke, torej tiste, ki se pojavijo pri 1 do 10 uporabnic na vsakih 100. Med slednje se denimo uvrščajo depresivno razpoloženje, nihanje razpoloženja, slabost, glavobol in neredne mesečne krvavitve, manj ali sploh pa ne pa poznajo občasne in redke stranske učinke, kot so denimo hormonske (endokrine) motnje, povišano tveganje za nastanek možganske kapi in srčnega infarkta, povišano tveganje za nastanek raka dojke, nenormalno visoka koncentracija kalija v krvi, nezmožnost za doseganje orgazma, bolezni oči, alergijska reakcija, vnetje žolčnika itn.

### **Poznavanje neželenih stranskih učinkov uživanja OHK narašča s starostjo**

Ob pregledu naštetih neželenih stranskih učinkov uživanja OHK sem ugotovila tudi, da poznavanje neželenih stranskih učinkov narašča s starostjo srednješolk. Pri šestnajstletnicah namreč kar 33 odstotkov anketirank ni navedlo niti enega stranskega učinka, pri sedemnajstletnicah 24 odstotkov, pri osemnajstletnicah 15 odstotkov, med devetnajstletnicami pa ni bilo srednješolke, ki ne bi poznala vsaj en stranski učinek. Prav tako sta s starostjo naraščali tudi raznovrstnost odgovorov in njihova pravilnost. Opazila sem, da 'resnejše' stranske učinke uživanja OHK, med katere se denimo uvršča povišano tveganje za nastanek krvnih strdkov, bolje poznajo anketiranke, starejše od 16 let. Slednje so med neželene stranske učinke denimo uvrstile tudi povišano tveganje za nastanek raka dojke.

Hipotezo lahko torej delno potrdim, saj skoraj četrtnina anketirank, ki uživajo oralno hormonsko kontracepcijo, ni znala navesti niti enega stranskega učinka, ki se lahko pojavi ob uživanju OHK. Srednješolke predvsem poznajo pogoste neželene učinke, medtem ko je

njihovo poznavanje občasnih in redkih slabo. Ob tem bi želela še poudariti, da srednješolke poznajo stranske učinke, ki ne veljajo za hude zdravstvene težave in so hitro odpravljivi, medtem, ko tistih, ki so lahko življenjsko nevarni – denimo povišano tveganje za srčno kap in možgansko kap, ne poznajo ali slabo poznajo. Ob teh rezultatih lahko le sklepam, da so uporabnice pri ginekologu, kjer se je večina tudi posvetovala o prvi izbiri ustrezne kontracepcijske metode, dobile informacije le o pogostih, hitreje opaznih stranskih učinkih, kot sta denimo povišanje telesne teže in glavobol (to sta bila namreč tudi največkrat navedena stranska učinka uživanja OHK).

*Tabela 3.3: Neželeni stranski učinki uživanja OHK navedeni s strani srednješolk*

Neželeni stranski učinki uživanja OHK	15-letnice	16-letnice	17-letnice	18-letnice	19-letnice	20-letnice	SKUPAJ
<b>Brez odgovora</b>	1 (50%)	6 (33%)	14 (24%)	5 (15%)	0 (0%)	1 (50%)	27
<b>Povišanje telesne teže</b>	0	4	22	12	4	1	43
<b>Slabost</b>	0	2	13	6	3	1	25
<b>Glavobol</b>	1	5	17	6	0	1	30
<b>Nihanje razpoloženja</b>	0	4	5	5	3	0	17
<b>Depresivno razpoloženje</b>	0	1	15	9	1	1	27
<b>Suha usta</b>	0	0	1	0	0	0	1
<b>Napihnjenost</b>	1	3	4	8	0	0	16
<b>Vmesne krvavitve</b>	0	1	5	3	0	0	9
<b>Bruhanje</b>	1	0	5	0	0	0	6
<b>Upad libida</b>	0	2	4	1	1	1	9
<b>Driska</b>	1	1	1	0	1	0	4
<b>Bolečine v prsih</b>	0	0	2	0	0	1	2
<b>Krvni strdki</b>	0	1	2	4	0	0	7
<b>Zastajanje vode v telesu</b>	0	0	2	2	0	0	4
<b>Menstrualne težave</b>	0	1	5	1	1	0	8
<b>Vrtoglavica</b>	0	1	1	3	0	0	5
<b>Bolečine v trebuhu</b>	0	1	0	0	1	0	2



<b>Rak dojke</b>	0	0	1	1	0	0	2
<b>Možganska kap</b>	0	0	0	2	0	0	2
<b>Povišan pritisk</b>	0	0	0	1	1	0	2
<b>Utrujenost</b>	0	0	2	1	1	0	4
<b>Vročica</b>	0	0	0	0	1	0	1
<b>Golša</b>	0	0	1	1	0	0	2
<b>Neplodnost</b>	0	0	1	1	2	0	4
<b>Hormonske motnje</b>	0	0		1	1	0	2
<b>Poraščenost</b>	0	0	3	1	0	0	4
<b>Bolečine v okončinah</b>	0	0	0	1	0	0	1
<b>Glivična vnetja</b>	0	0	0	1	0	0	1
<b>Težave s kožo</b>	0	0	2	2	0	0	4

### **3.2.5 H5: Srednješolkam ginekologi pred prvim izdanim receptom niso razložili, kateri so neželeni stranski učinki uživanja OHK, kot jim le-to narekujejo Slovenske smernice za rabo kombinirane hormonske kontracepcije.**

Anketiranke so lahko na vprašanje, ki se je navezovalo na to, ali so jim pri ginekologu ali ginekologinji, preden so jim predpisali recept za uživanje OHK, razložili, kateri so možni neželeni stranski učinki uživanja OHK, odgovorile z da, ne ali delno.

Od 2 anketirank (15 let), ki sta v času raziskave uživali OHK, je ena od njiju navedla, da so ji pri ginekologu razložili, kateri so neželeni stranski učinki uživanja OHK, druga pa te obrazložitve ni bila deležna.

Med šestnajstletnicami so 4 od 14 anketiranih srednješolk navedle, da jim pri ginekologu pred predpisom prvega recepta za uživanje OHK, niso razložili neželenih stranskih učinkov, ki se lahko pojavijo ob uživanju tabletk. 22 % naključno izbranih šestnajstletnic, zajetih v raziskavo, torej ni bilo ustrezno informiranih o tableti, ki jim je bila predpisana.

Bolje informirane pa so glede na dobljene rezultate sedemnajstletnice, saj jih je kar 46 od 58, zajetih v raziskavo, navedlo, da so bile pred predpisom prvega recepta za uživanje OHK seznanjene z možnimi neželenimi stranskimi učinki. 3 sedemnajstletnice (5%) so navedle, da so bile o stranskih učinkih OHK informirane delno, 9 (15 %) pa da tega pogovora niso bile deležne.

Pri osemnajstletnicah je stopnja informiranosti še nekoliko višja, kar 85 % jih je namreč navedlo, da so bile pri ginekologu seznanjene s stranskimi učinki OHK, 15 % pa jih navaja, da o tej temi niso bile podučene.

18 % devetnajstletnic je prav tako navedlo, da s stranskimi učinki OHK pri ginekologu niso bile seznanjene, med dvajsetletnicama, ki sta v času raziskave uživali OHK, obe navajata, da sta bile z možnimi neželenimi učinki uživanja OHK seznanjeni, 21-letnica pa je odgovorila, da o tem pri ginekologu ni bila informirana.

Glede na dobljene rezultate lahko postavljeno hipotezo delno potrdim, saj je odstotek tistih, ki pri ginekologu niso dobile ustreznega znanja o stranskih učinkih oralne hormonske kontracepcije, ki jim je bila predpisana, visok, znaša namreč 20 odstotkov. Če vzorec posplošimo, torej vsaka peta srednješolka ni bila informirana, ali pa je bila samo delno informirana o možnih neželenih učinkih kontracepcijske tablete, ki jo uživajo.

Rezultat me ne preseneča, saj zdravniki v sodobnih zahodnih družbah mnogokrat zavedno ali nezavedno delujejo v skladu z velikimi farmacevtskimi podjetji, ki so mnogokrat tudi donatorji marsikatere medicinske raziskave.

### **3.3 Dodatne ugotovitve ob pridobljenih rezultatih**

#### **3.3.1 Kajenje in uživanje OHK**

Presenetil me tudi visok odstotek anketirank, ki poleg tega, da uživajo OHK tudi kadijo cigarete. Skupaj je bilo takšnih namreč kar 30, ki so navedle, da cigarete kadijo redno (možnost je namreč bilo odgovoriti tudi z občasno ali redko), torej kar 24 %.

Med petnajstletnicami je kadila le ena anketiranka, ki je pravilno navedla, da kajenje v kombinaciji z OHK poveča tveganje za srčni infarkt in možgansko kap.

Med 16-letnicami je v času anketiranja redno kadilo cigarete 7 od anketirank, torej kar 39 %. Od slednjih sta 2 od 7, torej 28 % navedli, da ne poznata pravilnega odgovora na zastavljeno vprašanje.

Med sedemnajstletnicami je bilo takšnih, ki cigarete kadijo redno 10 od 58, torej 17 odstotkov. Med slednjimi so pravi odgovor na to, za kaj se ob kajenju in uživanju OHK povečuje tveganje, navedle zgolj 4 anketiranke, dve sta navedli debelost, ena nič od naštetega. Znanje slednjih je torej zelo pomanjkljivo.

Med 18-letnicami je v času anketiranja redno kadilo cigarete 8 anketirank, torej 24 %, od teh pa sta dve navedli, da ne poznata pravilnega odgovora, kar je 25 %.

Med 19-letnicami je v času anketiranja redno kadilo cigarete 3 od 11 anketirank, torej 27 %, od tega pa je samo ena navedla pravilen odgovor na zastavljeno vprašanje.

Med 20-letnicami je v času anketiranja redno kadila cigarete le ena anketiranka, in sicer je le-ta pravilno navedla povečanje tveganja, 21-letnica, zajeta v raziskavo, pa v času anketiranja ni kadila cigaret.

### 3.3.2 Vrsta kontracepcijskih tablet, ki jo uživajo srednješolke

Pri proučevanju rezultatov sem ugotovila, da imajo ženske v Sloveniji pestro izbiro kontracepcijskih tablet. Anketiranke so namreč navedle kar 10 različnih vrst OHK, ki jih uživajo, ali pa so jih v preteklosti uživale. Nekatero srednješolke, zajete v raziskavo, so do izvajanja ankete uživale že dve različni vrsti kontracepcijske tablete, zato je število navedenih tablet višje od srednješolk, ki so v času anketiranja uživale ali v preteklosti uživale OHK.

#### YAZ – najpogosteje uporabljena kontracepcija med anketiranimi

Srednješolke, zajete v raziskavo, so kot oralno kontracepcijo, ki jo uživajo, ali pa so jo v preteklosti uživale, najpogosteje navedle tableto YAZ. Le-ta namreč prednjači prav v vseh starostnih skupinah, od 15 do 21 let, prav tako pa je uporaba slednje glede na rezultate skoraj enkrat višja od druge najpogosteje navedene tablete YASMINELLE.

Tabela 3.4: Vrsta kontracepcijskih tablet, ki jih uživajo mladostnice

Vrsta tablete/starost	15 let	16 let	17 let	18 let	19 let	20 let	21 let	SKUPAJ
YAZ	1	6	19	15	4		1	37
DIANE 35			4	2	1			7
LOGEST		1		2	2			5
YASMINELLE		1	11	5	2			19
ZOELY		2	2	1				5
DAYLETTE			3	1				4
BELARA			2	4				6
LINDYNETTE			1	2				3
CERAZETTE*		1						1
QLARIA						1		1
NI NAVEDENO	1	7	14	5	2	1		30

## Nepoznavanje imena zdravila

Ob proučevanju rezultatov sem prav tako ugotovila, da veliko srednješolk, zajetih v raziskavo, po imenu ne pozna kontracepcijske tabletko, ki jo uživajo ali pa so jo v preteklosti uživale. Glede na navedeno, je takih kar 30 od 125, torej kar je slaba četrtina. Rezultati ankete tudi kažejo, da nepoznavanje imena zdravila narašča obratnosorazmerno s starostjo srednješolk.

### 3.3.3 Čas uživanja OHK

V svoji raziskavi sem prav tako proučevala, kako dolgo srednješolke že uživajo, ali pa so uživale kontracepcijsko tableto.

Rezultati, ki sem jih dobila ob tem zastavljenem vprašanju, me niso posebej presenetili, morda le odstotek srednješolk, ki so kontracepcijsko tableto že prenehale uživati. Sicer je med anketirankami največ takih, ki kontracepcijsko tableto uživajo do 6 mesecev (22 %), sledijo srednješolke, ki OHK uživajo eno do dve leti (20,8 %), anketiranke, ki so kontracepcijsko tableto nehale uživati po manj kot 6 mesecih (17,6 %), srednješolke, ki kontracepcijsko tableto uživajo med pol in enim letom (16 %), anketiranke, ki OHK uživajo že več kot dve leti (11 %), srednješolke, ki so OHK nehale uživati po več kot 6 in manj kot 12 mesecih (9 %), anketiranke, ki so OHK nehale uživati po več kot enem in manj kot dveh letih jemanja (2,4 %) in srednješolka, ki je tableto nehala uživati po več kot dveh letih jemanja (0,8 %).

*Tabela 3.5: Čas uživanja OHK med anketirankami glede na starost*

Čas uživanja/starost	15 let	16 let	17 let	18 let	19 let	20 let	21 let	SKUPAJ
0-6 m – ne uživa več		6	9	5	2			22
6-12 m – ne uživa več			5	6				11
1-2 leti – ne uživa več			2			1		3
Več kot 2 leti – ne uživa več		1						1
0-6 mescev	1	6	15	6				28
6-12 mescev	1	1	12	3	3			20
1-2 leti		3	9	10	3	1		26
več kot 2 leti		1	6	3	3		1	14

Med šestnajstletnicami je bilo največ takih, ki tableto uživajo manj kot pol leta in pa anketiranke, ki so tableto prenehale uživati po manj kot pol leta uživanja. Med sedemnajstletnicami so prednjačile tiste anketiranke, ki tableto uživajo manj kot pol leta oziroma manj kot leto dni, pri osemnajstletnicah pa anketiranke, ki tableto uživajo že več kot leto, a manj kot dve leti. Glede na dobljene rezultate lahko sklenem, da je trajanje uživanja OHK narašča sorazmerno s starostjo srednješolk, kar je bolj kot ne pričakovan rezultat.

### 3.3.4 Prednosti in slabosti tabletk

Z izvajanjem ankete sem želela ugotoviti tudi, kaj so po mnenju srednješolk največje prednosti in slabosti oralne hormonske kontracepcije. Pri tem vprašanju so lahko respondentke navedle več kot en odgovor, v tabeli pa navajam pogostost navedenih prednosti glede na starost srednješolk.

Ob proučevanju rezultatov sem ugotovila, da anketiranke kot prednost OHK najpogosteje navajajo redne menstruacije, le-to jih je namreč navedlo kar 55,2 %, več kot polovica pa jih je prav tako navedla, da vidijo prednost kontracepcijskih tablet predvsem v tem, da so najbolj zanesljiva zaščita in da ne morejo zanositi (52,8 %). 48 % anketirank je med prednostmi OHK izpostavilo enostavno porabo, 38,4 % brezplačnost tabletk, 33,6 %, da so vedno zaščitene in pred spolnim odnosom ne rabijo razmišljati o dodatni zaščiti, 22,4 % pa je izpostavilo še kožo brez aken.

Tabela 3.6: Prednosti kontracepcijskih tablet

<b>Prednost/Starost</b>	<b>15 let</b>	<b>16 let</b>	<b>17 let</b>	<b>18 let</b>	<b>19 let</b>	<b>20 let</b>	<b>21 let</b>	<b>SKUPAJ</b>
<b>So brezplačne</b>	2	5	25	10	5	/	1	48
<b>So najbolj zanesljiva zaščita/ne morem zanositi</b>	2	7	34	18	4	/	1	66
<b>So enostavne za uporabo</b>	1	10	23	15	9	1	1	60
<b>Redne menstruacije</b>	1	7	31	20	9	1	/	69
<b>Koža brez aken</b>	1	9	13	3	1	1	/	28
<b>Vedno sem zaščitena/pred spolnim odnosom mi ni treba misliti na dodatno zaščito</b>	/	1	21	14	5	1	/	42
<b>drugo</b>	/	/	/	/	/	/	/	/

<b>Prednost/Starost</b>	15 let	16 let	17 let	18 let	19 let	20 let	21 let	SKUPAJ
<b>So brezplačne</b>	2	5	25	10	5	/	1	48
<b>So najbolj zanesljiva zaščita/ne morem zanositi</b>	2	7	34	18	4	/	1	66
<b>So enostavne za uporabo</b>	1	10	23	15	9	1	1	60
<b>Redne menstruacije</b>	1	7	31	20	9	1	/	69
<b>Koža brez aken</b>	1	9	13	3	1	1	/	28
<b>Vedno sem zaščiten/pred spolnim odnosom mi ni treba misliti na dodatno zaščito</b>	/	1	21	14	5	1	/	42
<b>drugo</b>	/	/	/	/	/	/	/	/

Anketiranke so kot slabost kontracepcijske tabletko najpogosteje navedle vsakodnevno uporabo, tako jih namreč meni kar 44,8 %, 42,4 % jih je kot slabost navedlo, da ne preprečujejo okužbe s spolno prenosljivimi boleznimi, 29,6 %, da se občasno počutijo napihnjeno, 28 %, da se občasno počutijo depresivno, 12,8 % pa je kot slabost OHK izpostavilo zmanjšan libido oziroma željo po spolnosti.

Pri tem vprašanju so imele anketiranke možnost napisati tudi dodatne razloge, ki niso bili navedeni med odgovori. Le-to jih je storilo 6, in sicer jih je večina navedla, da so slabosti OHK povišanje telesne teže, ena izmed anketirank, da je zaradi tabletk pogosto tečna, ena pa da niso 100 % zanesljive

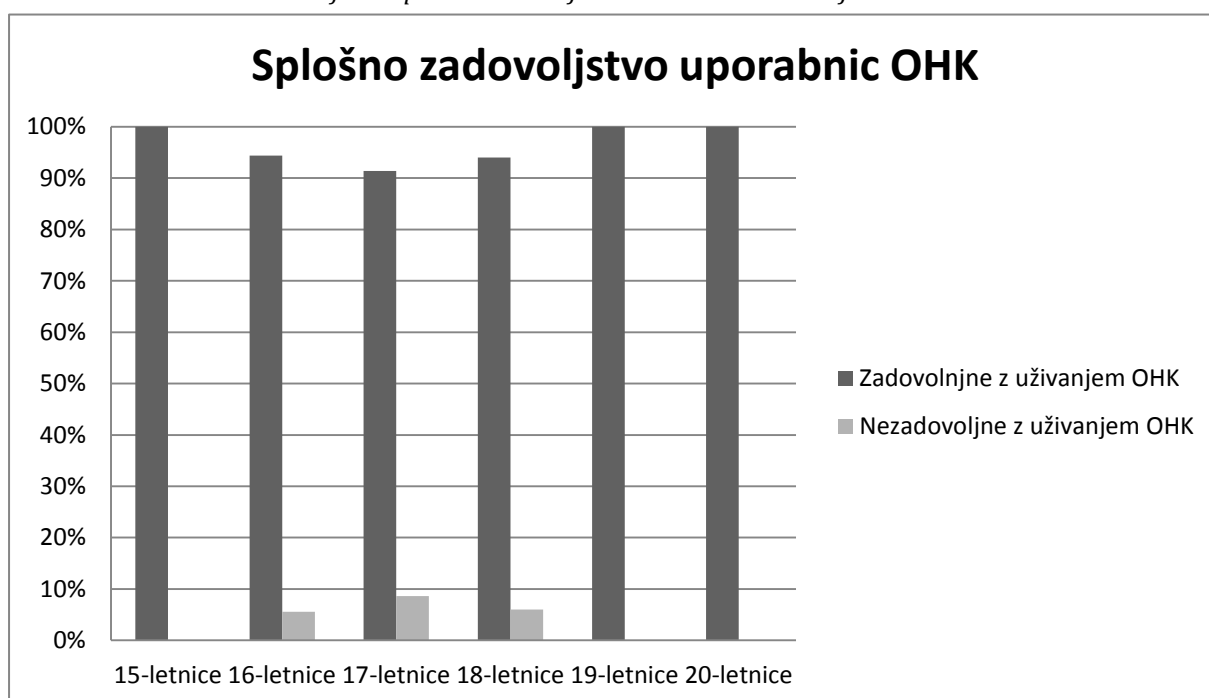
*Tabela 3.7: Slabosti kontracepcijskih tablet po mnenju srednješolk*

<b>Slabost/Starost</b>	15 let	16 let	17 let	18 let	19 let	20 let	21 let	SKUPAJ
<b>Občasno se počutim depresivno</b>		6	19	7	2	/	1	35
<b>Občasno se počutim napihnjeno</b>		7	14	12	4	/	/	37
<b>Zmanjšan libido (želja po spolnosti)</b>		5	7	3	/	1	/	16
<b>Vsakodnevna uporaba (včasih pozabim vzeti kakšno)</b>	1	8	24	14	8	1	/	56
<b>Ne preprečujejo okužbe s spolno prenosljivimi boleznimi</b>	1	9	21	15	6	1	/	53

### 3.3.5 Splošno zadovoljstvo z uživanjem OHK

Kljub številnim slabostim, ki so jih anketiranke navedle v anketi, pa je stopnja srednjepolk, ki so na splošno zadovoljne z uporabo oralne hormonske kontracepcije in jo nameravajo tudi v prihodnosti uživati, izredno visoka.

Graf 3.7: Splošno zadovoljstvo anketrank z uživanjem OHK



Kot je razvidno iz grafikona, so srednješolke, zajete v raziskavo, na splošno zelo zadovoljne z uživanjem OHK. Pri šestnajstletnicah je nezadovoljnih uporabnic le približno 6 %, pri 17-letnicah 9 % in pri 18-letnicah 7 %.

Anketiranke e so imele pri tem vprašanju možnost navesti tudi, zakaj niso zadovoljne z uživanjem OHK. Večina jih je ob tem navedla, da jih je zmotilo, da so pridobile telesno težo, nekaj, da imajo kontracepcijske tabletko stranske učinke, ena anketiranka pa je navedla, da jih njeno telo ni preneslo.

### **3.4 Pomanjkljivosti raziskave**

Kot največjo pomanjkljivost svoje raziskave bi nedvomno izpostavila premajhen in premalo strukturiran vzorec, ki je omejen zgolj na dve slovenski regiji in ne odraža značilnosti celotne populacije.

Če bi se ponovno lotila raziskovanja, bi anketo, predvsem zaradi tega, da se izognem visokim stroškom tiskanja anket ter oteženi analizi rezultatov, izvedla preko spleta, čeprav menim, da sem z osebnim anketiranjem lažje dobila več ustrezno izpolnjenih in uporabnih anket, prav tako pa so anketo zares reševali samo srednješolci, kar je na spletu nemogoče zagotoviti, in so rezultati zato tudi bolj verodostojni.

Več pozornosti bi namenila tudi partnerskim odnosom srednješolk z namenom ugotoviti, ali mladi pari sodelujejo pri izbiri ustrezne kontracepcije, ali pa je uživanje OHK med dekleti postalo nekaj tako običajnega, da se o tem ni več treba posebej posvetovati. Zanimivo pa bi bilo v empirično raziskovanje vključiti tudi šole in javnozdravstvene ustanove ter njihove pristope za izobraževanje mladih o spolnosti in ustrezni izbiri kontracepcije.

### **3.5 Primerjava rezultatov z drugimi raziskavami, splošne ugotovitve in odprta raziskovalna vprašanja**

Svoje rezultate sem primerjala tudi z rezultati proučenih raziskav v teoretičnem delu. Ob tem na splošno ugotavljam, da so trendi uživanja OHK med najstnicami v Sloveniji podobni kot trendi uživanja OHK med najstnicami v drugih zahodnih družbah, natančneje v Avstriji, na Nizozemskem in v Združenih državah Amerike in se seveda razlikujejo od trendov uživanja OHK v afriški Nigeriji, kjer se je kontracepcijska tabletko znašla šele na drugem mestu med najbolj pogosto uporabljenimi metodami za preprečevanje nosečnosti, in sicer za metodo računanja plodnih in neplodnih dni in abstinence v času prvih. Ob tem pa lahko tudi sklenem, da so trendi uživanja oralne hormonske kontracepcije med mladimi pa tudi odnos do spolnosti najbolj povezani z družbenimi trendi – kulturnimi in verskimi običaji ter prepričanji, gospodarstvom, napredkom tehnologije ipd.

V svoji raziskavi sicer nisem zasledila trend naraščanja uporabe OHK, kot ga denimo opažajo Pinter in drugi (2006), ki so primerjali odstotek sedemnajstletnic v Sloveniji, ki so uživale OHK leta 1996 (14 %) in 2004 (32 %), vendar se delež (27 %) uporabnic OHK v moji anketi med 466 naključno izbranimi srednješolkami ne razlikuje drastično od izmerjenega deleža leta 2004. Ob tem lahko le sklepam, da se je uporaba oralne hormonske kontracepcije za nekaj



odstotkov zmanjšala zaradi pojava in vedno večje priljubljenosti novih hormonskih zaščitnih sredstev, kot sta denimo vaginalni obroček in hormonski obliž. Ali gre zgolj za začasno navdušenje, ali pa se bo v prihodnosti vse več mladih deklet odločalo za alternativo, ki ne zahteva vsakodnevnega uživanja hormonov, pa bodo pokazale prihodnje raziskave.

Uporabnice OHK v Sloveniji se za uživanje kontracepcijske tabletko večinoma odločijo zaradi preprečevanja neželene nosečnosti, kljub temu je pogosta uporaba OHK tudi zaradi problemov s kožo. Zaščita pred neželjeno nosečnostjo ostaja primarni razlog za uporabo OHK tudi v Avstriji in na Nizozemskem, kjer pa so med adolescentkami sicer izmerili nižji delež uporabnic OHK (19,1 % in 11%), kot kažejo izsledki moje in ostalih raziskav, izvedenih v Sloveniji. Mnogo višji pa je delež uporabnic OHK med najstnicami v ZDA, kjer so v raziskavi, izvedeni med letoma 2006 in 2010, ugotovili, da OHK uživa kar 53 % najstnic. Tam kljub temu še vedno poročajo o kar milijonih neželenih nosečnostih med najstnicami na leto. Le-to lahko služi kot dodaten dokaz, da je trend uživanja OHK in mladostniška spolnost na sploh močno povezana z družbeno atmosfero, ki v ZDA na videz in zakonsko sicer deluje bolj omejeno, vendar pa mediji in splet kažejo drugačno sliko. Dandanes lahko na televiziji denimo spremljamo življenje nosečih najstnic, srednješolke, ki se odločijo za plastično operacijo in osnovnošolska dekleta, ki tekmujejo na lepotnih tekmovanjih, oblečena v izredno izzivalna oblačila. Vloga tovrstnih medijev je sicer zabavati, vendar sočasno vzgajajo družbo, ki ji predajo sporočilo, da so takšna dejanja mladih normalna oziroma nekaj običajnega, velikokrat pa ob tem pozabijo na posledice, s katerimi se akterji spopadejo kasneje. Glede nato, da mladi danes odraščajo s spletom, kjer se pogosto tudi prvič srečajo s podobami s seksualno vsebino pa tudi informacijami o različnih metodah kontracepcije, predvidevam, da se bo delež spolno aktivnih najstnic v prihodnjih desetletjih sorazmerno z napredkom tehnologije še povečeval, prav tako pa bo naraščal tudi delež uporabnic OHK, saj so današnje srednješolke vseeno bolj informirane o kontracepciji kot še pred nekaj desetletji, ko je tudi ta, tako kot spolnost sama, predstavljala tabu, sicer pa še vedno ni popolnoma sprejeta s strani katoliške cerkve.

Z naraščanjem priljubljenosti kontracepcijske tabletko sorazmerno upada uporaba kondoma - tako v ZDA kot v Sloveniji, na kar kažejo tudi izsledki moje raziskave, se je uporaba kondoma ob spolnem odnosu znatno zmanjšala. »V Sloveniji je delež tistih, ki so poročali o tem, da so že imeli spolno preneseno okužbo sicer podoben kot v nekaterih drugih srednjeevropskih državah, a precej nižji kot v skandinavskih. Pri razumevanju teh podatkov pa je treba upoštevati, da na ta delež poleg tveganosti spolnega vedenja vpliva tudi osveščenost prebivalstva o zdravstvenih tveganjih ter učinkovitost zdravstvenega sistema pri

odkrivanju teh okužb« (Bernik 2011, 180). Rezultati prve raziskave, ki je proučevala spolno vedenje Slovencev, so sicer pokazali, da je najmlajša generacija bolje ocenila svojo informiranost o spolnosti pred prvim spolnim odnosom kot starejši dve, da so pri prvem spolnem odnosu tudi pogosteje uporabili kondom in da so ženske te generacije manj pogosto poročale o izpostavljenosti psihični prisili kot njihove vrstnice iz starejših generacij, vendar je videti, da se z naraščanjem priljubljenosti kontracepcijske tabletki ta trend ne bo nadaljeval. Če se bo v naslednjih letih še povečalo število mladih, ki imajo spolne odnose brez kondoma, lahko prav tako pričakujemo povečanje števila okuženih s spolno prenosljivimi boleznimi, med njimi denimo klamidijo, ki je najbolj razširjena spolna bolezen v Sloveniji, pogosto pa ob okužbi s to bakterijo tudi ni mogoče opaziti izrazitih simptomov, ki bi nam dali vedeti, da je treba obiskati zdravnika.

Uporabnice OHK največ informacij o ustrezni zaščiti pred neželjeno nosečnostjo običajno dobijo od ginekologa, podobno kot v drugih zahodnih družbah. Na Švedskem (Ekstrand 2003) so srednješolke celo izpostavile šolo kot nezadosten vir informacij o spolnosti in možnih metodah za preprečevanje neželene nosečnosti. Tudi rezultati moje raziskave kažejo, da šola ne igra pomembne vloge pri izbiri ustrezne kontracepcijske metode – največ respondentk je navedlo, da se je o ustrezni kontracepcijski metodi pogovorilo z ginekologom, med vire informacij pa uvrščajo še osebnega zdravnika, partnerja, starše, splet, dermatologinjo in druge sorodnike. Niti ena izmed 125 anketirank, zajetih v raziskavo, ki sem jo izvedla, šole ni navedla kot vir informacij o ustrezni izbiri kontracepcijske metode. Opazovanje trendov na področju uživanja OHK med mladostnicami nedvomno kaže na to, da kot primarni vir informacij služijo ginekologi, ki pa delujejo v skladu s svojimi prepričanji in interesi, le-ti pa so v primeru promoviranja OHK iz javnozdravstvenega vidika po eni strani dobri, ker preprečujejo neželene nosečnosti pa drugi pa slabi, ker ne preprečujejo okužbo s spolno prenosljivimi boleznimi. Promocija spolnega in reproduktivnega zdravja v Sloveniji tako še vedno predstavlja pomemben javnozdravstveni izziv, pri katerem bi si lahko naše zdravstvene ustanove vzele za zgled skandinavske države, v katerih je uporaba kondoma pri spolnem odnosu pogostejša.

Tako srednješolke v Avstriji kot tudi anketiranke v moji raziskavi najbolj pogosto navajajo stranske učinke ob uporabi OHK, kot so povišanje telesne teže, glavobol, utrujenost in depresivno razpoloženje, čeprav ni znanstveno dokazano, da bi tabletki lahko dejansko vplivale na povišanje telesne teže. Je pa znanstveno potrjeno, da imajo kontracepcijske tabletki vpliv na menjavanje razpoloženja in lahko pripomorejo tudi k nastanku depresije. Zanimivo je, da niti ena izmed srednješolk, zajetih v avstrijsko raziskavo o spolnem vedenju

srednješolcev, ni navedla upad libida kot stranskega učinka OHK, med tem pa je v moji raziskavi upad želje po spolnosti kot slabost OHK navedlo kar 12,6 % anketirank. Ob teh rezultatih bi bilo zanimivo proučiti, ali je upad libida pri slovenskih srednješolkah zares povzročilo uživanje OHK, ali pa se razlog skriva v drugačni interpretaciji spolnosti, ki je lahko spet posledica drugačne družbene atmosfere.

Kljub pogostemu navajanju neželenih stranskih učinkov in slabosti kontracepcijske tablete med srednješolkami na podlagi rezultatov ugotavljam, da so slovenske srednješolke (kot tudi druge srednješolke v zahodnih družbah) na splošno zelo zadovoljne (več kot 90-odstotno) z uživanjem kontracepcijske tablete in jo nameravajo uživati tudi v prihodnje. Zdi se, da so srednješolke prepričane, da je najbolj pomembno, da preprečijo neželjeno nosečnost, saj jih je verjetno (upravičeno) strah, da bi le-ta uničila njihove karijerne možnosti in spremenila njihovo vlogo v družbi, zato so manjše stranske učinke tablete, ki jih občutijo, pripravljene sprejeti v zameno za skoraj 100-odstotno zaščito. Na žalost pa ob tem pogosto pozabljajo, da kontracepcijska tableta ne služi tudi kot zaščita pred spolno prenosljivimi boleznimi ter da imajo kontracepcijske tablete tudi druge, resnejše stranske učinke, ki so znanstveno potrjeni in dokazani.

## 4 ZAKLJUČEK

V svoji magistrski nalogi sem se ukvarjala s proučevanjem pogostosti uživanja in poznavanjem neželenih stranskih učinkov kontracepcijskih tablet med mladostnicami v Sloveniji. Raziskave namreč kažejo, da oralno hormonsko kontracepcijo »glede na število žensk v rodni dobi uživa 17 odstotkov žensk, starih od 15 do 49 let. Večina teh, 96 odstotkov, jih uporablja kombinirano hormonsko kontracepcijo, od tega kar 95 odstotkov kontracepcijske tablete« (Pinter in drugi 2012, 277). Število uporabnic pa zaradi vse manj pravil, ki bi usmerjale ali omejevale spolno vedenje, in hitrejšega dozorevanja mladih narašča tudi med mladostnicami.

Nedvomno naraščanje uživanja kontracepcijskih tablet med mladostnicami prinaša številne prednosti. Pinter (in drugi 2003) denimo navajajo, da je »delež nosečnosti med mladostnicami, starimi med 15 in 19 let v Sloveniji v zadnjih dveh desetletjih upadal«. Zaradi povečane uporabe kontracepcijskih tablet med najstnicami je upadlo tudi število splavov med njimi. Pohvale vredno je tudi dejstvo, da so sodobne mladostnice dobro informirane o njihovih možnostih glede zaščite med spolnimi odnosi in da so kontracepcijske tablete v Sloveniji brezplačne, torej dostopne vsem, za katere ginekologi in ginekologinje presodijo, da jih lahko uživajo, ne da bi le-to privedlo do poslabšanja njihovega zdravstvenega stanja.

Vendar gre kljub vsem prednostim, ki jih kontracepcijske tablete prinašajo mladostnicam, še vedno za hormone, za zdravila, ki jih nekatere ženske uživajo tudi deset let ali več. Ali so hormonske tablete krive, da ima vedno več žensk težave zaradi neplodnosti? Tega do danes niso potrdile nobene raziskave, vsaj ne take, ki bi jih razkrili širši javnosti. Imajo pa kontracepcijske tablete, kljub temu da morda niso krive za vedno več neplodnih žensk, številne neželene stranske učinke, med katere se kot najbolj pogosti običajno uvrščajo slabost, depresivno razpoloženje, glavobol idr. Z uživanjem kontracepcijskih tablet se prav tako povečuje možnost za nastajanje krvnih strdkov in poviša tveganje za nastanek možganske kapi in srčnega infarkta. Obstaja pa še mnogo drugih neželenih stranskih učinkov in tveganj, ki se povečujejo z uporabo kontracepcijskih tablet in ki so jim dekleta izpostavljena že pred doseženim dvajsetim letom starosti.

Preden preidem na rezultate raziskave, bi v zaključku rada osvetlila tudi paradoks svobode, ki naj bi jo ženskam prinašale kontracepcijske tablete. Nedvomno imajo ženske zaradi uživanja oralne hormonske kontracepcije na različnih življenjskih področjih dandanes veliko več možnosti, hkrati pa se z uživanjem OHK odgovornost za preprečevanje neželene nosečnosti 100-odstotno prelaga na ženski spol in v sodobnih zahodnih družbah se le-to dojema kot nekaj

popolnoma običajnega in normalnega. Ali si zares svoboden, če moraš vsak dan vzeti tabletko, katere samo en izostanek lahko povzroči nosečnost, zaradi katere jo pravzaprav uživaš?

Z anketo, ki sem jo izvedla na različnih slovenskih srednjih šolah in mariborskih ulicah, sem želela ugotoviti pogostost uporabe kontracepcijskih tablet in poznavanje neželenih stranskih učinkov jemanja le-teh. Na podlagi dobljenih rezultatov sem ugotovila, da uporaba kontracepcijskih tablet narašča s starostjo mladostnic, prav tako pa je povezana s tem, ali ima anketiranka partnerja ali ne. Večina najstnic, ki uporablja kontracepcijske tablete, se ob spolnem odnosu ne zaščiti dodatno, kljub temu da kontracepcijska tableta ne ščiti pred spolno prenosljivimi boleznimi. Slednje ugotavljajo tudi But in drugi (2011), ki so leta 2009 izvedli raziskavo o spolnem vedenju srednješolcev v severovzhodni Sloveniji. Dobljeni rezultati praktične raziskave, ki sem jo izvedla, so delno potrdili tudi hipotezo, da je znanje mladostnic, ki uživajo oralno kontracepcijo, o neželenih stranskih učinkih OHK pomanjkljivo oziroma da večinoma poznajo le pogoste stranske učinke, ki se pojavijo na 10 od 100 uporabnicah. Da so mladostnice slabo poučene o neželenih stranskih učinkih kontracepcijskih tablet, je gotovo posledica tudi tega, da pred predpisom prvega recepta za OHK niso bile ustrezno informirane o možnih neželenih učinkih OHK. Le-to je v raziskavi, ki sem jo izvedla, navedlo namreč kar 22 % anketirank, torej vsaka peta.

Ob koncu bi želela še dodati, da če bi se domneva, da ginekologi (ki v sodobnih zahodnih družbah radi promovirajo pozitivne učinke kontracepcijskih tablet) bodočih uporabnic ne seznanijo z neželenimi stranskimi učinki in povečanimi tveganji ob uživanju kontracepcijskih tablet, preden jim za le-te napišejo recept, izkazala za resnično, bi se bilo smotrno vprašati, zakaj. Gre za nezavedno ravnanje, prepričanje, da imajo kontracepcijske tablete toliko prednosti, da lahko zanemarimo slabosti ali zgolj za nevednost? Nedvomno pa menim, da zdravstveni delavci danes prevečkrat delujejo v skladu z velikimi farmacevtskimi podjetji, katerih želja je zgolj povečati število uporabnikov zdravil oziroma doživljenjskih pacientov, ki farmacevtskim podjetjem prinašajo velike dobičke in ne pripomoči k zdravju celotne družbe.

## 5 LITERATURA

Abazović, Miroslava. 2009. Uporaba zdravil na recept pri mladostnikih. *Farmaceutski vestnik* 60 (4): 230–236.

Alter, Charlotte. 2014. Going Off the Pill Could Affect Who You're Attracted to, Study Finds. *Time*. Dostopno prek: <http://time.com/3596014/attraction-sex-birth-control/> (10. julij 2015).

Bernik, Ivan, Roman Kuhar in Alenka Švab. 2010. Raziskovanje spolnega vedenja v Sloveniji. *Družboslovne razprave* 26 (65): 25–43.

Bernik, Ivan. 2010. Spolnost v času individualizma in racionalnosti. *Družboslovne razprave* 26 (65): 7–24.

Bernik, Ivan in Irena Klavs. 2011. *Spolno vedenje v Sloveniji*. Ljubljana: Aristej.

Brunnhuber, S. in S. Kirchengast. 2002. Use of the Oral Contraceptive Pill by Austrian Adolescents with Emphasis on the Age of Onset, Side Effects, Compliance and Lifestyle. *Coll. Antropol.* 26 (2): 467–475.

But, Igor, Sabina Blažević in Maja Dorič, ur. 2011. Spolno vedenje in uporaba kontracepcije med srednješolci v severovzhodni Sloveniji. *Zdrav Vestn* 80: 84–91.

Carpenter, Sarah in Lawrence S. Neinstein. 1986. Weight gain in adolescent and young adult oral contraceptive users. *Journal of Adolescent Health Care* 7 (5): 342–344.

de Irala, Jokin, Alfonso Osorio in Carlos Silvia, ur. 2011. Choice of birth control methods among European women and the role of partners and providers, *Contraception* 84: 558–564.

Dobovišek, Jurij. 1977. Zdravljenje Arterijske hipertenzije. *Obzornik zdravstvene nege* 11 (1): 21–28.

*Draagle. Seznam vseh zdravil.* 2012. Dostopno prek: <http://si.draagle.com/> (20. december 2012).

Ekstrand, Maria, Larsson Margareta in Louise Von Essen, ur. 2005. Swedish teenage pregnancy, abortion, sexual behavior, and contraceptive habits – a focus group study among 17-year-old female high-school students. *Acta Obstet Gynecol Scand* 84: 980–986.

Erhatic, Andrej. 2014. Zdravljenje arterijske hipertenzije pri ženskah. *POSVET o kronični bolezni srca (9 ; 2014 ; Novo mesto) Žensko srce : celovit pristop k obravnavi žensk s koronarno boleznijo : izbrana poglavja / 9. posvet o kronični bolezni srca*, Novo mesto, 12. april 2014 ; urednika Matjaž Bunc, Iztok Gradecki. - Novo mesto : Društvo za izobraževanje in raziskovanje v medicini, 2014.

Geerts WH, Bergqvist D, Pineo GF, Heit JA, Samama CM, Lassen MR, Colwell CW. Prevention of venous thrombembolism: American College of Chest Physicians Evidence-Based Clinical Practice Guidelines (8th Edition). *Chest* 2008; 133: 381S.

Gingnell, Malin, Jones Engman in Andreas Frick, ur. 2013. Oral contraceptive use changes brain activity and mood in women with previous negative affect on the pill: A double-blinded, placebo-controlled randomized trial of a levonorgestrel-containing combined oral contraceptive. *Psychoneuroendocrinology* 38 (7): 1133–1144.

Hannafor, C. Philip, Lisa Iversen in Tatiana V Macfarlane, ur. Centre of Academic Primary Care, University of Aberdeen, Foresterhill Health Centre, Aberdeen AB25 2AY. *Mortality among contraceptive pill users: cohort evidence from Royal College of General Practitioners' Oral Contraception Study.* 2010. Dostopno prek: <http://www.bmj.com/content/340/bmj.c927> (1. julij 2015).

Jones, Jo, William Mosher in Kimberly Daniels, ur. 2012. Current Contraceptive Use in the United States, 2006–2010, and Changes in Patterns of Use Since 1995. *National health statistics reports* 60.

Kalton, Graham in Vasja Vehovar. 2001. *Vzorčenje v anketah.* Ljubljana: Fakulteta za družbene vede.

Kopač, Anja. 2005. Aktivacija kot konvergentni in divergentni proces reforme države blaginje. *Teorija in praksa* 42 (4-6): 771–786.

Kuhar, Roman, Tina Kogovšek in Alenka Švab. Ljubezen na prvi klik: uporaba interneta za spoznavanje intimnih in seksualnih partnerjev. *Družboslovne razprave* 26 (65): 65–83.

Martinez, G., CE Copen in JC Abma. 2011. Teenagers in the United States: sexual activity, contraceptive use, and childbearing, 2006–2010 national survey of family growth. *Vital and Health Statistics. Series 23, Data From the National Survey of Family Growth* 31: 1–35.

Mayeda, Elizabeth R., Anupama H. Torgal in Carolyn L. Westhoff. 2014. Weight and Body Composition Changes During Oral Contraceptive Use in Obese and Normal Weight Women. *Journal of Women's Health* 23(1): 38–43.

Okpani, Anthony in Judith U. Okpani. Sexual activity and contraceptive use among female adolescents—A report from Port Harcourt, Nigeria. *African Journal of Reproductive Health* 4 (1): 40–47.

Pastor, Zlatko, Katerina Holla in Roman Chmel. 2013. The influence of combined oral contraceptives on female sexual desire: A systematic review. *The European Journal of Contraception and Reproductive Health Care* 18: 27–43.

Pinter Bojana, Fani Čeh in Ivan Verdenik, ur. 2006. Spolno vedenje slovenskih srednješolcev v letu 2004. *Zdrav Vestn* 75: 615–619.

Pinter, Bojana, Sara Korošec in Tinkara Srnovršnik, ur. 2012. Slovenske smernice za rabo kombinirane hormonske kontracepcije. *Zdrav Vestn* 81: 277–288.

Potočnik, Matjaž in Stanko Pušenjak. 2011. *Hormonska kontracepcija: prednosti, slabosti in metode*. Ljubljana: Samozaložba Stanko Pušenjak.

Rotteveel, Anne, Pim van den Brink in Duncan Huizinga. 2014/2015. The greatest hormonal experiment ever? An interdisciplinary investigation into the influence of the birth control pill



on women in Western societies. *Liberal Arts and Sciences Interdisciplinary Research Project* 1: 1-87.

Skouby, SO. 2004 Contraceptive use and behavior in the 21st century: a comprehensive study across five European countries. *Eur J Contracept Reprod Health Care* 9: 57-68.

Statistični urad Republike Slovenije (SURS). 2015. Dostopno prek: <http://www.stat.si/statweb> (1. september 2015).

Švab, Alenka. 2001. *Družina: od modernosti k postmodernosti*. Ljubljana: Znanstveno in publicistično središče.

--- 2010. Med tradicionalno in permisivno seksualno kulturo: percepcije seksualnosti in prisotnost seksualnih imperativov pri študentkah. *Družboslovne razprave* 26 (65): 65-83.

Ule, Mirjana. 2000. *Socialna ranljivost mladih*. Ljubljana: Založba Aristej.

--- 2008. *Za vedno mladi? Socialna psihologija odraščanja*. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede.

Umek Bricman, Irena in Frosina Krstanoska. 2012. Pojavnost dejavnikov za trombofilijo pri mlajših bolnikih z vensko trombembolijo. *Zdrav Vestn* 81 (2): II-197-201.

Trstenjak, Anton. 1976. *Problemi psihologije*. Ljubljana: Slovenska matica.

Van Hooff, Marcel H. A., Remy A. Hirasing in Margriet B. M. Kaptein, ur. 1998. The use of oral contraception by adolescents for contraception, menstrual cycle problems or acne. *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica* 77: 898-904.

Watkins Siegel, Elizabeth. 2012. How the Pill Became a Lifestyle Drug: The Pharmaceutical Industry and Birth Control in the United States Since 1960. *Am J Public Health*. 2012 August 102 (8): 1462-1472.

Žakelj, Maja Primc in Vesna Zadnik. 2004. Epidemologija raka dojk v svetu in v Sloveniji.  
*Radiol Oncol* 38 (Suppl 1): S1-S7.

## **PRILOGA: Anketni vprašalnik, s katerim sem izvedla praktično raziskavo**

### **ANKETA**

Pozdravljena! Sem Živa Slokan, študentka podiplomskega študija Sociologije na Fakulteti za družbene vede Univerze v Ljubljani in na temo ozaveščenosti srednješolk o kontracepcijskih tabletkah pripravljam magistrsko nalogo. Anketa je anonimna, za odgovore se ti iskreno zahvaljujem!

**1. Starost (zapiši):** \_\_\_\_\_

Šola (zapiši): \_\_\_\_\_

Letnik (obkroži): 1. 2. 3. 4.

**2. Trenutno sem (obkroži):** a) samska b) v razmerju

**3. Uporabljaš (uživaš), ali si kdaj uporabljala (uživala) kontracepcijske tabletko (obkroži)?** a) DA b) NE

V primeru, da si na prejšnje vprašanje odgovorila z DA, prosim, da nadaljuješ z odgovarjanjem na anketna vprašanja, v nasprotnem primeru se zahvaljujem za tvoj čas.

**4. Zakaj uživaš, ali si uživala kontracepcijske tabletko (obkroži – možnih je več odgovorov)?**

a) ker sem (bila) spolno aktivna in ne želim (nisem želela) zanositi b) ker imam (sem imela) probleme s kožo

c) ker imam (sem imela) boleče menstruacije č) drugo (dopiši):

\_\_\_\_\_

**5. V primeru, da si na zgornje vprašanje odgovorila z odgovorom »ker sem (bila) spolno aktivna in ne želim (nisem želela) zanositi«, me zanima, ali uporabljaš, oziroma si uporabljala poleg kontracepcijskih tablet še katero drugo zaščito (obkroži)?**

a) Ne, nikoli b) Ja, občasno (kondom)

c) Ja, vedno (kondom) č) Ja, občasno (druga zaščita – dopiši): \_\_\_\_\_

d) Ja, vedno (druga zaščita - dopiši): \_\_\_\_\_

**6. S kom si se pred začetkom uživanja kontracepcijskih tabletk posvetovala o ustrezni izbiri kontracepcije (obkroži – možnih je več odgovorov)?**

- a) s starši                      b) z vrstniki                      c) z osebno zdravnico                      č) z izbranim/no ginekologom/injo  
d) z nikomer                      e) o tem sem prebrala na spletu                      f) drugo  
(dopiši): \_\_\_\_\_

**7. Kaj so po tvojem mnenju prednosti kontracepcijskih tabletk (obkroži – možnih je več odgovorov)?**

- a) so brezplačne                      b) so najbolj zanesljiva zaščita/ne morem zanositi                      c) so enostavne za uporabo  
č) redne menstruacije                      d) koža brez aken  
e) vedno sem zaščiten/a/pred spolnim odnosom mi ni treba misliti na dodatno zaščito  
f) drugo (dopiši): \_\_\_\_\_

**8. Kaj so po tvojem mnenju slabosti kontracepcijskih tabletk (obkroži – možnih je več odgovorov)?**

- a) občasno se počutim depresivno                      b) občasno se počutim napihnjeno  
c) zmanjšan libido (želja po spolnosti)                      č) vsakodnevna uporaba (včasih pozabim vzeti kakšno)  
d) ne preprečujejo okužbe s spolno prenosljivimi boleznimi                      e) drugo (dopiši):  
\_\_\_\_\_

**9. Ali so ti pri ginekologu/inji, preden so ti napisali prvi recept za uživanje kontracepcijskih tabletk, razložili, kateri so možni neželeni stranski učinki uživanja kontracepcijskih tabletk (obkroži)?**

- a) DA                      b) NE  
c)    delno    (prosim    razloži):  
\_\_\_\_\_

