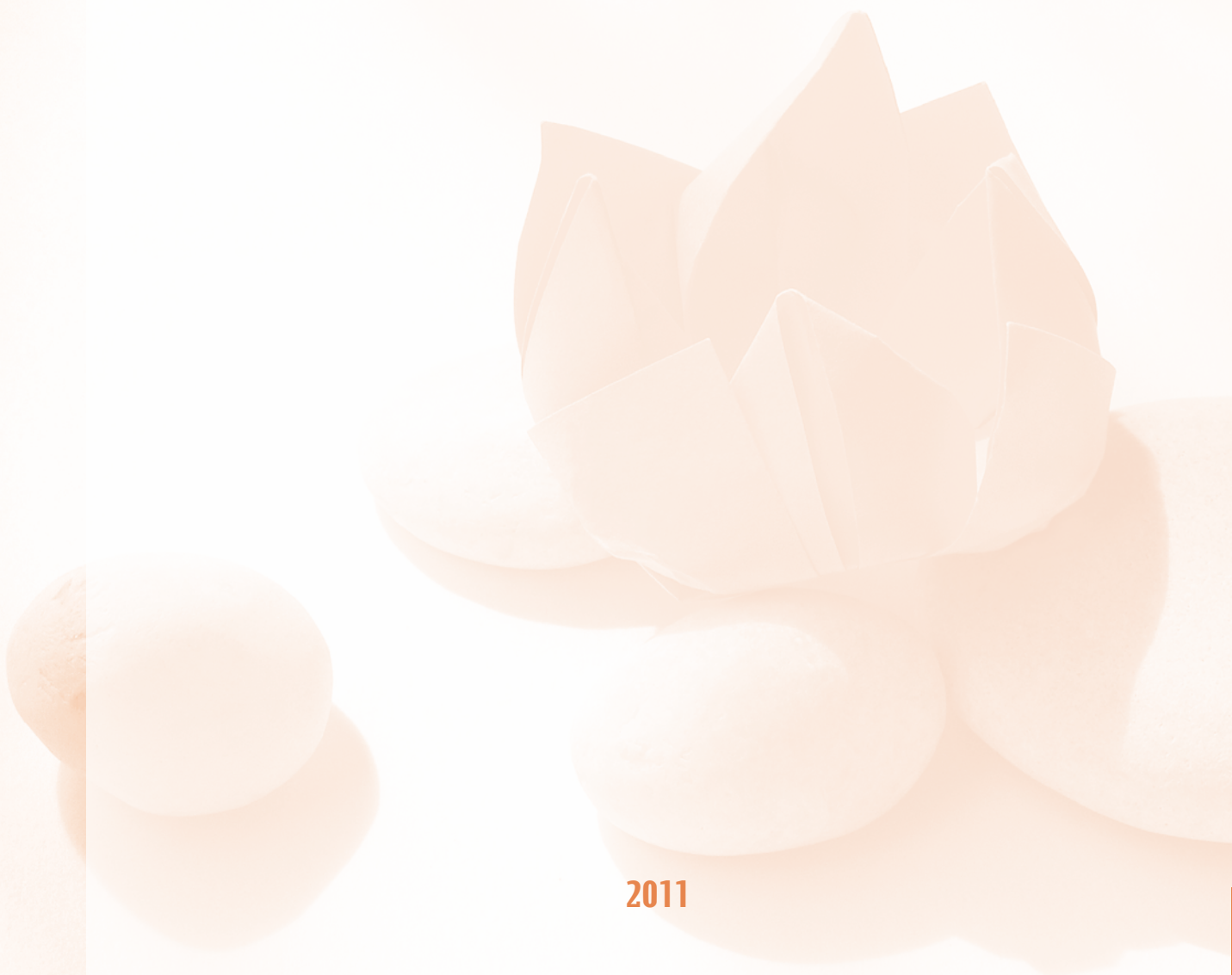


IEDZĪVOTĀJU REPRODUKTĪVĀ VESELĪBA

Pārskats par situāciju Latvijā (2003–2011)



IEDZĪVOTĀJU REPRODUKTĪVĀ VESELĪBA



2011

P

ārskats sagatavots pētījuma projekta „Latvijas iedzīvotāju reproduktīvā veselība” ietvaros. Projekta koordinators ir biedrība „Papardes zieds”. Sadarbības partneri Pasaules Veselības organizācija, LR Veselības ministrija, Latvijas Ginekologu un dzemdību speciālistu asociācija.

Projekts īstenots ar Pasaules Veselības organizācijas, Latvijas Ginekologu un dzemdību speciālistu asociācijas, Eiropas Kontracepcijas asociācijas (*European Society of Contraception*) finansējumu un biedrības „Papardes zieds” piesaistīto līdzekļu palīdzību.

Projekts īstenots sadarbībā ar ESF līdzfinansētu projektu „Kapacitātes stiprināšana starpnozaru pētījumos biodrošībā”

(Nr.2009/0224/1DP/1.1.1.2.0/09/APIA/VIAA/055)

Autore un redaktore

Aivita Putniņa

Starptautiskā zinātniskā konsultante, recenzente

Prof. Gunta Lazdāne

Recenzente

Anda Karnīte

Pārskata autore un projekta īstenotāji pateicas par sadarbību projekta konsultatīvajai darba grupai, Tīrgus un sabiedriskās domas pētījumu centram SKDS, LU, VISC, LIC.

Izdevuma autortiesības nav aizsargātas, to gan pilnīgi, gan daļēji drīkst izmantot bez iepriekšējas biedrības „Papardes zieds” un tās sadarbības partneru atļaujas, taču obligāti jānorāda izmantotais avots.

Pārskats latviešu valodā, anketa un datu masīvs sekundārai analīzei atrodami internetā:

www.paparedszieds.lv

Kvantitatīvā pētījuma konsultants

Māris Brants

Kvantitatīvā pētījuma izpildītājs pētījumu centrs SKDS

Korektore

Inguna Milgrāve

PRIEKŠVĀRDS

Reproduktīvās veselības rādītāji raksturo visas sabiedrības veselības stāvokli, jo mātes un tēva veselība būtiski ietekmē bērna attīstību gan līdz dzimšanai, gan it īpaši pirmajā dzīves gadā.

Izprotot demogrāfiskās situācijas aktualitāti, valdība izvirzījusi demogrāfijas jautājumus, tostarp reprodiktīvo veselību, par vienu no savām prioritātēm. Šajā kontekstā īpaša uzmanība jāvērs tieši jauniešu izglītošanai jau skolās, jo informācijas nepietiekamība ir tiešs iemesls neplānoto grūtniecību, kā arī mākslīgo abortu skaita pieaugumam vecumā līdz 19 gadiem, kas var būt cēlonis neauglībai turpmākajā dzīvē. Tāpat jāuzlabo vecāku zināšanas par atkarību izraisošo vielu lietošanas negatīvo ietekmi uz grūtnieces un gaidāmā bērna veselību, kā arī dzimumceļu infekcijām, kas var radīt draudus grūtniecības iznēsāšanai un veicināt iedzimtus bērna attīstības traucējumus. Jāvērtē arī pieaugošie mātes mirstības rādītāji, tai skaitā ar grūtniecību nesaistītu cēloņu dēļ, un to sieviešu skaita palielināšanās, kuras nav stājušās uzskaitē un saņēmušas kvalitatīvu aprūpi visas grūtniecības laikā.

Jāuzsver, ka Veselības ministrijas veidotās seksuālās un reprodiktīvās politikas ietvaros ieviestas vairākas valsts apmaksātas skrīninga programmas (dzem-

des kakla un krūts vēzim), uzsākta valsts apmaksāta 12 gadus vecu meiteņu vakcinācija pret dzemdes kakla vēzi izraisošo cilvēka papilomas vīrusu, kā arī izstrādātas un apstiprinātas „Sabiedrības veselības pamatnostādnes 2011.–2017. gadam”, kurās noteikti mērķi un rīcības virzieni Latvijas iedzīvotāju veselības stāvokļa uzlabošanai nākamajos septiņos gados, tai skaitā seksuālās un reprodiktīvās veselības jomā.

Lai efektīvāk veidotu un īstenotu seksuālās un reprodiktīvās veselības politiku, veselības, izglītības, labklājības un dzimumu līdztiesības aspekti jāiekļauj vienotā starpsektoru politikā, sadarbojoties ar citām ministrijām, pašvaldībām un nevalstisko sektoru, kā arī ar Pasaules Veselības organizāciju un Eiropas Savienības institūcijām – pētniecības projektu īstenošanā un labās prakses piemēru pārņemšanā.

Seksuālās un reprodiktīvās veselības jautājumi beidzot jārisina stratēģiski un kompleksi, lai ieviestu principu „veselība visās politikās”, jo šie jautājumi vistiešākā veidā saistīti ar demogrāfijas situācijas uzlabošanu un valsts veselīgu attīstību.

Ingrīda Circene,
Latvijas Republikas veselības ministre

PRIEKŠVĀRDS

Seksuālai un reproduktīvai veselībai ir liela nozīme katra indivīda un visas sabiedrības dzīvē. Cilvēkam tā ir saistīta ar dzīves kvalitāti, mīlestību un attiecību veidošanu, ģimeni un bērniem. Savukārt sabiedrības veselība nodrošina nācijas attīstību.

Ne velti valstis starptautiskos dokumentos ir apstiprinājušas, ka bez reproduktīvās veselības nav nākotnes. Jau 1994. gadā Starptautiskā konference par iedzīvotājiem un attīstību Kairā vienojās par uzdevumiem un mērķiem līdz pat 2015. gadam. 21. gadsimts sākās ar Tūkstošgades attīstības mērķu definējumu, kas ir tieši ietekmējuši daudzu valstu politiskos dokumentus un darbības jomas.

Pasaules Veselības organizācijas (PVO) Eiropas reģionālā stratēģija seksuālās un reproduktīvās veselības jomā (2001) palīdzēja dalībvalstīm adaptēt starptautiskos dokumentus katras valsts specifiskajai situācijai. Vairāk nekā 20 valstis Eiropā ir izstrādājušas savas nacionālās attīstības programmas, kas precīzē Reģionālās stratēģijas īstenošanas iespējas valstī. 2004. gadā Pasaules Veselības asambleja apstiprināja pirmo globālo reproduktīvās veselības stratēģiju, kas ietver piecas prioritātes – mātes un perinatālā veselība, ģimenes plānošana, nedroša aborta, seksuāli transmisīvo infekciju un HIV profilakse. Šis stratēģiskais dokuments ietver arī veidus, kā sasniegt noteiktos uzdevumus, t.sk. izvērtēt dažādu sociālo apstākļu ietekmi uz seksuālo un reproduktīvo veselību.

Arī Latvijas Republikas delegācijas ir piedalījušās pasaules un reģionālajos forumos un konferencēs un apstiprinājušas, ka piekrīt tajos formulētajiem mērķiem. Kāds ir progress šo politisko dokumentu realizācijā Latvijā? Kāda ir iedzīvotāju seksuālā un reproduktīvā veselība viņu pašu vērtējumā? Vai to ietekmējušas 21. gadsimta sākuma valsts finansiālā stāvokļa izmaiņas un iedzīvotāju migrācija? Uz šiem un daudziem cit-

iem jautājumiem var palīdzēt atbildēt 2011. gada iedzīvotāju seksuālās un reproduktīvās veselības aptaujas rezultāti, kurus papildina 1998. un 2003. gadu pētījumi un oficiālās statistikas dati.

Šādas aptaujas regulāri veic daudzas attīstītās Eiropas valstis, bet valstis, kas to finansiāli nevar atļauties, donori palīdz veikt Demogrāfijas un mājsaimniecību aptaujas. Pat tik būtisku informāciju kā kontracepcijas aptvere, kas ir Tūkstošgades attīstības mērķa 5B indikators, var iegūt tikai ar aptauju palīdzību.

Bez informācijas nav iespējama valsts politikas veidošana konkrētā jomā un veselības aprūpes kvalitātes uzlabošana. Latvijas Republika, to apzinoties, un apvienojot Veselības ministrijas (VM), Latvijas Ģimenes plānošanas un seksuālās veselības federācijas spēkus un PVO Eiropas reģionālā biroja atbalstu, 2011. gadā atkārtoja reproduktīvās veselības pētījumu, kas ietver dažādu statistikas avotu datus un informāciju, kvantitatīvās un kvalitatīvās analīzes rezultātus un ekspertu vērtējumu.

Gribētos apsveikt LR VM ar trāpīgi izvēlētu laiku – laiku, kad jāsāk īstenot Sabiedrības veselības aprūpes pamatnostādnes 2011.–2017. gadam, bet pašreizējā valsts finansiālajā situācijā ir jāizvērtē un jāpārdomā katrs solis un lēmums. Šis pārskats par iedzīvotāju seksuālo un reproduktīvo veselību noteikti palīdzēs šos soļus spert pārdomāti un pareizā virzienā.

Dr. Gunta Lazdāne,

Medicīnas zinātņu doktore
PVO Eiropas reģionālā padomniece seksuālās un reproduktīvās veselības jomā

Dr. Aiga Rūrāne

PVO Latvijas pārstāvniecības vadītāja

RĀDĪTĀJI

Latvijas demogrāfisko situāciju un iedzīvotāju reproduktīvo veselību raksturojošie rādītāji

	1996	2002	2010
iedzīvotāju skaits (milj.)	2,5	2,3	
iedzīvotāju dzimumsadaliņums (%)			
Vīrieši	46,0	46,0	46,1
Sievietes	54,0	54,0	53,9
iedzīvotāju dzimstība (uz 1000 iedzīvotājiem)	7,9	8,6	8,6
iedzīvotāju mirstība (uz 1000 iedzīvotājiem)	14,0	13,9	13,4
Dabiskais pieaugums	-5,9	-5,3	-4,8
Summārais dzimstības koeficients (vidējais bērnu skaits sievietes mūžā)	1,16	1,23	1,18
Jaundzimušo vidējais paredzamais mūža ilgums (gados)			
Abiem dzimumiem	69,3	71,1	73,8
Vīriešiem	63,9	65,4	68,8
Sievietēm	75,6	76,8	78,4
Zīdaiņu mirstība (uz 1000 dzīvi dzimušajiem)	15,6	9,9	8,2
Māšu mirstība (uz 100 000 dzīvi dzimušajiem)	40,3	5,0	26,1
Mākslīgo abortu skaits (uz 1000 dzimušajiem)	1225	734	389
Kopējie izdevumi veselībai (% no iekšzemes kopprodukta)	3,9	3,5	3,6

SATURS

IEVADS	8
1. NODAĻA. Seksuālā un reproduktīvā veselība partnerattiecībās	
1.1. Partnerattiecības, bērni un ģimenes plānošana	12
1.2. Vēlamais bērnu skaits ģimenē	17
1.3. Vīriešu un sieviešu loma partnerattiecībās	18
1.4. Seksuālās attiecības	18
1.4.1. Apmierinātība ar seksuālo dzīvi	18
1.4.2. Seksuālo attiecību biežums	19
1.4.3. Vecums, kad stājas pirmajās dzimumattiecībās	19
1.4.4. Dzimumpartneru raksturojums	19
1.4.5. Homoseksuālas attiecības	21
1.5. Vardarbība	21
Kopsavilkums	23
2. NODAĻA. Veselības aprūpe	
2.1. Veselības stāvokļa pašvērtējums	24
2.1.1. Vispārējā veselība	24
2.1.2. Seksuālā un reproduktīvā veselība	25
2.2. Saslimstība ar STI, riski un atpazīšana	25
2.2.1. STI izplatības tendences	25
2.2.1.1. Hlamidioze	26
2.2.1.2. Sifliss	27
2.2.1.3. Gonoreja	27
2.2.2. STI risku atpazīšana	28
2.2.3. Rīcība saslimšanas gadījumā	28
2.2.4. Partneru informēšana par STI	29
2.3. Saslimstība ar HIV/AIDS	29
2.3.1. Saslimstība grūtnieču vidū	30
2.3.2. Zināšanas par HIV/AIDS	30
2.4. Neauglība un neauglības problēmu risināšana	31
2.5. Dzimumpotenci stimulējošu medikamentu lietošana	32
2.6. Ļaundabīgie audzēji	32
2.6.1. Krūts dziedzera vēzis	32
2.6.2. Dzemdes kakla vēzis	32
2.7. Ārstu apmeklējums un slimību profilakse	34
2.7.1. Sieviešu profilaktiskā ginekoloģiskā apskate	34
2.7.2. Dzemdes kakla un krūts vēža skrīnings	35
2.7.3. Vakcinācija pret HPV vīrusu	36
2.7.4. Vīriešu veselības veicināšana	36
2.8. Veselības aprūpes pieejamība	36
2.9. Kontracepcija	38
2.9.1. Kontracepcijas lietošana jauniešu vidū	38
2.9.1.1. Prezervatīvi	38
2.9.1.2. Hormonālā kontracepcija	40
2.9.1.3. Avārijas kontracepcija	40
2.9.1.4. Kontracepcija gadījuma attiecībās	40

2.9.2. Informētība par kontracepcijas līdzekļiem un metodēm	40
2.9.3. Kontraceptīvo līdzekļu pieejamība	42
2.10. Neplānota grūtniecība un aborts	43
2.10.1. Neplānotas grūtniecības iemesli	45
2.10.2. Grūtniecības pārtraukšanas motivācija	45
2.10.3. Lēmuma pieņemšana	45
2.10.4. Pusaudžu neplānota grūtniecība	46
2.10.5. Jauniešu viedokļi par grūtniecības pārtraukšanu	46
2.11. Grūtniecība un dzemdības	47
2.11.1. Grūtnieču aprūpe	47
2.11.2. Apmācība grūtniecības laikā	48
2.11.3. Apmierinātība ar grūtnieču aprūpes pakalpojumu	48
2.11.4. Partnera atbalsts	48
2.12. Dzemdības	49
2.12.1. Ģimenes dzemdības	49
2.12.2. Mājdzemdības	50
2.12.3. Iejaukšanās dzemdību norisē ar ķeizargrieziena operāciju	51
2.12.4. Krūts barošana	51
2.12.5. Pēcdzemdību periods	51
2.13. Sarežģījumi grūtniecības un dzemdību laikā	51
2.13.1. Mātes mirstība	52
2.13.2. Perinatālā mirstība	53
Kopsavilkums	54

3. NODAĻA. Jauniešu reproduktīvā veselība un izglītība

3.1. Izglītība skolās	56
3.2. Izglītība ģimenē	59
3.3. Izglītība veselības aprūpes iestādēs	60
3.4. Mediji un izglītība	60
3.5. Izpratne par seksuālo un reproduktīvo veselību	60
3.6. Reproduktīvās veselības risku izvērtēšana	61
Kopsavilkums	61

4. NODAĻA. Reproduktīvās un seksuālās veselības politika

4.1. Demogrāfiskā politika	62
4.2. Sabiedrības veselības politika	63
4.3. Dzimumu līdztiesības politika	67
4.4. Ģimenes politika	67
4.5. Iedzīvotāju skatījums uz ģimenes politiku	67
Kopsavilkums	70

NOBEIGUMS

Secinājumi un ieteikumi	72
--------------------------------------	----

IZMANTOTĀ LITERATŪRA UN AVOTI	76
--	----

IEVADS

Šis ir jau trešais Latvijā tapušais pārskats par iedzīvotāju seksuālās un reproduktīvās veselības situāciju un politiku. Iepriekšējie situācijas atskaites punkti bijuši 1997. un 2003. gadā. Pārskatu mērķis ir ne tikai izvērtēt situāciju un konstatēt jomas, kurās visvairāk vajadzīga rīcība, bet arī sniegt ieteikumus situācijas uzlabošanai. Atšķirībā no iepriekšējiem pārskatiem, šajā ieteikumi ir sniegti jau esošo politikas iniciatīvu kontekstā, piedāvājot gan instrumentus, gan indikatorus rīcības efektivitātes mērīšanai.

1. informācijas logs

Seksuālās un reproduktīvās veselības definīcija

Seksuālā veselība ir fiziskas, emocionālas, garīgas un sociālas labklājības stāvoklis attiecībā uz seksualitāti. Tā nav tikai stāvoklis, kad nav slimības, disfunkcijas vai nespējas. Seksuālā veselība nozīmē pozitīvu un respektējošu pieeju seksualitātei un seksuālajām attiecībām, kā arī no piespiešanas, diskriminācijas un vardarbības brīvu, iepriecinošu un drošu seksualitātes pieredzes iespēju. Lai nodrošinātu un saglabātu seksuālo veselību, jārespektē, jāaizsargā un jāievēro ikvienas personas seksuālās tiesības (PVO (WHO), 2006: 5)

Reproduktīvā veselība ir pilnīga fiziska, garīga un sociāla labklājība attiecībā uz reproduktīvo sistēmu, tās funkcijām un procesiem. Reproductīvā veselība nozīmē, ka cilvēki vada atbildīgu, apmierinājumu sniedošu un drošu seksuālo dzīvi, ka cilvēki spēj radīt pēcnācējus un ir brīvi izvēlēties, vai, kad un cik bieži tos radīt. Šis jēdziens ietver sieviešu un vīriešu tiesības būt informētiem un lietot pašu izvēlētos drošus, efektīvus, pieejamus un pieņemamus dzimstības kontroles līdzekļus, kā arī saņemt atbilstošus veselības aprūpes pakalpojumus, kas nodrošina iespēju drošai grūtniecībai un dzemdībām, un nodrošina pāriem labāko iespēju vesela bērna dzimšanai. (PVO, 1994, citēts PVO Eiropas reģionālais birojs, (WHO Regional Office for Europe) 2001: 7).

Starptautiskais konteksts

Pasaulē pārskata periodā īpaši liela uzmanība ir bijusi pievērsta veselības izglītībai. Apvienoto Nāciju Izglītības, zinātnes un kultūras organizācija (UNESCO) 2008. gadā izsludināja jaunu darba programmu izglītošanai seksualitātes jomā izglītības iestādēs, kas tika izstrādāta, pamatojoties uz UNESCO (2007) stratēģiju par HIV/AIDS situāciju. Programmas ietvaros tika izveidota jauna pieeja seksualitātes izglītībai skolās

(UNESCO, 2009), veikta gadījumu analīze (UNESCO, 2010), izmaksu un izmaksu efektivitātes analīze (UNESCO, 2011).

Pasaules Veselības organizācijas (PVO) Eiropas reģionālā iedzīvotāju seksuālā veselība tiek analizēta galvenokārt no sabiedrības veselības un dzīves kvalitātes aspekta, balstoties uz jau iepriekš minēto „pozitīvo attieksmi” pret katra indivīda seksualitāti un seksuālām attiecībām. Galvenā mērķa grupa seksuālās veselības uzlabošanai ir bērni un jaunieši (WHO, BzGA, 2010: 5,7). PVO Eiropas reģionālā biroja un PVO sadarbības partnera – Federālā veselības izglītības centra (BzGA) Ķelnē, Vācijā izstrādātie seksualitātes izglītības standarti ir pirmais solis ceļā uz vienotiem seksualitātes izglītības principiem Eiropas Savienībā (ES) un visā PVO Eiropas reģionā, uzsverot visaptverošas un rīcībā vienotas izglītības nozīmi, „iedrošinot [jauniešus] izdzīvot savu seksualitāti un attiecības piepildītā un atbildīgā veidā” (turpat: 5).

Latvijas konteksts

Pēdējā pārskata periodā seksuālā un reproduktīvā veselība kļūst aktuāla demogrāfiskās politikas kontekstā. Tāpēc tajā ievērojama vieta veltīta iedzīvotāju reproduktīvajām izvēlēm un to maiņai. Pārskats konstatē ģimenes struktūras maiņu – gan statistikas dati, gan aptaujas rezultāti rāda, ka iedzīvotāji retāk izvēlas laulību par ģimenes pamatu, atliek bērna radīšanu un patstāvīgu partnerattiecību veidošanu uz vēlāku dzīves periodu. Garāks kļūst dzīves periods kopš seksuālo attiecību uzsākšanas līdz ģimenes dibināšanai un bērnu radīšanai, tāpēc arvien nozīmīgāka kļūst izsargāšanās no neplānotas, nevēlamas grūtniecības un seksuāli transmisīvām infekcijām, īpaši, ja bieži tiek mainīti partneri. Satraucošs ir hlamīdiju izraisīto seksuāli transmisīvo infekciju diagnosticēto gadījumu īpatsvars jauno sieviešu vidū. Pārskats konstatē arī Latvijas iedzīvotāju migrācijas ietekmi uz seksuālo un reproduktīvo veselību. Tiem Latvijas iedzīvotājiem, kuriem partneri ilgāk nekā trīs mēnešus bijuši ārvalstīs, ir augstāks gadījuma attiecību risks.

Pārskats uzrāda pakāpenisku iedzīvotāju veselības stāvokļa pašvērtējuma uzlabošanos. Iepriekšējos pārskatos konstatētās atšķirības sieviešu un vīriešu veselības aprūpes paradumos nav būtiski mainījušās. Vienlaikus augstāks veselības pašvērtējums ir materiāli labāk nodrošinātiem respondentiem. Samazinājies to respondentu īpatsvars, kuriem veselība ir apdrošināta.

Neskatoties uz 2004. gadā apstiprināto Rīcības

plānu Mātes un bērna veselības aprūpes stratēģijas ieviešanai 2004.–2007. gadam, nav panākts būtisks mātes un jaundzimušo veselības rādītāju uzlabojums. Latvijā ir augsta mātes mirstība. Lai arī kopš iepriekšējā pārskata perioda novēro lēnu perinatālās mirstības rādītāja samazināšanās tendenci, tās rādītāji Latvijā ir augstāki nekā vidēji ES. Nav veikti paredzētie pasākumi neauglības un medicīniskās apaugļošanas jautājumu risināšanas jomā, kas pēc Sabiedrības veselības pamatnostādņu 2011.–2017. gadam apstiprināšanas (2011. gada septembrī) atkal nonākuši veselības politikas dienaskārtībā. Kopš 2009. gada Latvijā uzsāks organizētais krūts vēža un dzemdes kakla vēža skrīnings, cenšoties atklāt slimību iespējami agrākā stadijā vai novērst to pilnībā dzemdes kakla vēža gadījumā un mazināt augsto mirstību. 2010. gada 1. septembrī uzsāka 12 gadus vecu meiteņu vakcinācija pret dzemdes kakla vēzi izraisošajiem cilvēka papilomas vīrusa celmiem.

Situācija izglītības jomā kopš iepriekšējā pārskata perioda nav uzlabojusies. Veselības mācība, kuras saturā ieteikts iekļaut seksuālās un reproduktīvās veselības jautājumus, vidusskolās ir izvēles priekšmets, un daļa vidusskolu un visi arodizglītību apgūstošie jaunieši neapņēmuši būtiskas Veselības mācības standartā paredzētas zināšanas par seksualitāti, attiecību veidošanu un izsargāšanos. Piektā daļa 15–19 gadu vecu meiteņu un ceturtdaļa 15–19 gadu vecu puīšu aptaujā savas zināšanas vērtē kā nepietiekamas vai pilnīgi nepietiekamas. Nav veikti pētījumi par skolā sniegtās seksualitātes izglītības efektivitāti un atbilstību vecumam.

Pārskata darba grupa

Pārskatu veidoja darba grupa, kas piedalījās gan pētījuma instrumentārija izstrādē, gan datu interpretācijas un ieteikumu izstrādes procesā. Darba grupas sastāvā bija ārste, sabiedrības veselības speciāliste Inese Birzule, sociologs Māris Brants, Latvijas Lauku ģimenes ārstu asociācijas prezidente Līga Kozlovska, Veselības ministrijas pārstāve – Sabiedrības veselības departamenta direktore Inga Šmate, Veselības veicināšanas nodaļas vadītāja Ilze Straume, Veselības veicināšanas nodaļas vecākā referente Sanita Kukliča, Nacionālā veselības dienesta datu analīzes nodaļas vecākā sabiedrības veselības analītiķe Iveta Pudule, Latvijas Ginekologu un dzemdību speciālistu asociācijas prezidente Dace Rezeberga, PVO Latvijas

pārstāvniecības vadītāja Aiga Rūrāne, PVO Eiropas reģionālā padomniece seksuālās un reproduktīvās veselības jomā Gunta Lazdāne, LU docente Aivita Putniņa, biedrības „Papardes zieds” pārstāve Iveta Ķelle un Anda Vaišļa. Darba grupu konsultēja Valsts izglītības un saturs centra vecākā referente Sandra Falka, kā arī Latvijas Infektoloģijas centra speciālisti.

Pārskata pētnieciskās metodes

Aptauja

Pētījuma mērķa grupa ir abu dzimumu Latvijas iedzīvotāji reproduktīvajā vecumā (15–49 gadi). Pētījums tika veikts ar stratificēto nejaušo izlasi respondentu dzīvesvietās, nodrošinot stratifikāciju pēc administratīvi teritoriālās un etniskās pazīmes. Lauka darbs veikts no 27.02.2011. līdz 17.04.2011. Izlasei tika piemērotas kvotas, nodrošinot vismaz 250 respondentus katrā dzimuma un vecuma grupā: 15–19 gadi, 20–24 gadi, 25–29 gadi, 30–39 gadi un 40–49 gadi.

Šāda kvotu sistēma nodrošināja iespēju katru no minētajām grupām analizēt atsevišķi. Apkopojot respondentu viedokļus no dažādām grupām, datu failam tika piemēroti svāri, sverot pēc reģiona, tautības un vecuma. Svarus pēc dzimuma nepiemēroja, jo nekur netika skatīti rezultāti par visu respondentu kopumu, bet vienīgi dzimumu griezumā.

Ņemot vērā pētījuma sensitīvo tēmu, anketēšanas pamata metode bija anketas paš aizpilde intervētāja klātbūtnē. Tikai atsevišķos gadījumos anketu aizpilde notika pēc klasiskās intervēšanas shēmas, kad intervētājs uzdod jautājumus respondentam un atzīmē sniegtās atbildes. Pēc anketu aizpildīšanas tās tika ievietotas aploksnēs, no kurām izņemtas tikai pirms ievades. Anketu paš aizpilde nenodrošina tik augstu aizpildes kvalitāti kā intervēšana, tādējādi analīzes gaitā nācās saskarties gan ar pretrunām anketu saturā, gan ar neaizpildītiem anketu blokiem, gan citām nepilnībām. Pašas problemātiskākās anketas datu masīvā netika iekļautas.

Anketu veidoja šādi jautājumu bloki: jautājumi par dzīvesveidu; jautājumi par veselības pārbaudēm un ārsta apmeklējumiem; jautājumi par kontracepciju; jautājumi par dažādām slimībām (tai skaitā par HIV/AIDS, seksuāli transmisīvām infekcijām); jautājumi par seksuālo pieredzi; grūtniecību; par pēdējo grūtniecību, kas beidzās ar dzemdībām; citi jautājumi, t.sk. par sociāli demogrāfiskiem aspektiem.

Pirms datu analīzes tika veikts detalizēts to kon-

IEVADS

troles process, iekļaujot arī loģisko pārbaudi. Loģiskās pārbaudes gaitā nereti radās situācijas, kad atsevišķi bija nepieciešams iepazīties ar konkrēto anketu papīra versijām, lai katrā situācijā pieņemtu optimālo lēmumu par to vai citu labojumu veikšanu loģisko pretrunu novēršanai. Atsevišķos gadījumos, kad pretrunas bija neatrisināmas, anketas no datu masīva tika dzēstas.

Kopumā analizē tikai izmantotas 2617 derīgas aptaujas anketas (tai skaitā 1313 sieviešu un 1304 vīriešu anketas). Pie sasniegtās izlases statistiskā kļūda kopējiem atbilžu sadalījumiem uz jebkuru jautājumu, uz kuru jāatbild visiem respondentiem, dzimumu griezumā ar 95% varbūtību nepārsniedz 2,7% – tas ir, pētījumu identiskos apstākļos atkārtojot 100 reizes, 95 no šīm reizēm atbilde, kuras īpatsvars vienam no dzimumiem būtu 50%, svārstītos robežās no 47,3 līdz 52,7%.

Dati tika apstrādāti ar statistisko datu apstrādes programmu SPSS un elektronisko tabulu MS Excel. Anketa un datu masīvs sekundārai analīzei pieejams www.papardeszieds.lv

Fokusa grupu diskusijas un intervijas

Līdzīgi kā iepriekšējā pārskatā, jauniešu grupas padziļinātāi izpētei izmantota fokusa grupu diskusiju metode. Pārskatā kā jaunieši definēti sievietes un vīrieši 15–25 gadu vecumā, aptverot Jaunatnes likumā un PVO rekomendēto reproduktīvā vecuma (15–49 gadi) definējumu. Diskusiju vadlīnijas kopš iepriekšējā pārskata perioda tika mainītas, paplašinot aptverto tēmu loku un ietverot jautājumus par seksuālās un reproduktīvās veselības izglītību un informācijas avotiem; attiecību veidošanas pieredzi un iegūto zināšanu pielietojumu; kontracepcijas lietošanu un zināšanām par kontracepciju; ģimeni un bērnu plānošanu; kā arī zināšanām un attieksmi par jauno biotehnoloģiju – cilmes šūnu, mākslīgās apaugļošanas tehnoloģiju – izmantošanu (skatīt fokusa grupu diskusiju vadlīnijas ziņojuma pielikumā www.papardeszieds.lv). Fokusa grupas diskusijas tika organizētas sadarbībā ar projektu „Kapacitātes stiprināšana starpnozaru pētījumos biodrošībā” (Nr.2009/0224/1DP/1.1.1.2.0/09/APIA/VIAA/055), visi aptvertie jautājumi pārskatā netiek analizēti.

Fokusa grupu diskusijas tika veiktas 2011. gada janvārī-februārī. Kopumā notika 5 fokusa grupu diskusijas Rīgā un reģionos, kopsummā aptverot 48 jauniešus. Diskusiju mērķa grupa bija vidusskolu un profesionāli tehnisko skolu audzēkņi 16–20 gadu vecumā. No

visiem diskusijas dalībniekiem, kuri nebija sasnieguši 18 gadu vecumu, tika saņemtas vecāku parakstītas informētas piekrišanas veidlapas dalībai fokusa grupu diskusijā. Grupu izveidē tika ņemts vērā dzimuma faktors. Viena grupa ietvēra tikai jauniešus un viena tikai jauniešus. Pārējās trīs fokusa grupas bija jauktas.

Papildus fokusa grupu diskusijām, Latvijas Universitātes kultūras un sociālās antropoloģijas 1. un 2. kursa studenti kursa Ķermeņa un medicīnas antropoloģija ietvaros veica intervijas, kurām tika adaptētas fokusa grupu diskusiju vadlīnijas (skatīt interviju vadlīnijas ziņojuma pielikumā www.papardeszieds.lv). Kopumā analīzei atlasītas pētījuma nosacījumiem atbilstošas intervijas ar 4 vīriešiem un 11 sievietēm 16–25 gadu vecumā. Interviju priekšrocība ir atklātākas atbildes par publiskai apspriešanai jūtīgo seksuālās un reproduktīvās uzvedības tēmu.

Diskusiju un interviju materiāli tika apstrādāti, izmantojot kvalitatīvo datu apstrādes programmu Atlas.ti. Datu kodēšana ļauj izdarīt secinājumus par viedokļa izplatību pēc tā minēšanas biežuma un citātu skaita. Viedokļu ilustrēšanai un kontrastēšanai pētījumā izmantoti citāti.

Politikas dokumentu analīze

Lai izvērtētu kopš 2003. gada veidoto valsts politiku, veikta vairāku politikas dokumentu padziļināta analīze: Mātes un bērna veselības aprūpes stratēģija 2004.–2007. gadam un tās rīcības plāns, Sabiedrības veselības aprūpes pamatnostādnes 2011.–2017. gadam, Ģimenes valsts politikas pamatnostādnes 2011.–2017. gadam, Programma dzimumu līdztiesības īstenošanai 2007.–2010. gadam, Informatīvais ziņojums par Programmas dzimumu līdztiesības īstenošanai 2007.–2010. gadam izpildi.

Dokumentu analīze ļauj labāk pozicionēt Ziņojuma atradnes un rekomendācijas politikas procesā, tādējādi sekmējot Ziņojuma efektivitāti.

Citu pētījumu dati

Pētījumā izmantoti LR Centrālās statistikas pārvaldes, Latvijas Infektoloģijas centra, Veselības ekonomikas centra, Veselības norēķinu centra (abi no 2011. gada 1. novembra Nacionālais veselības dienests) un PVO *Health for All* datubāzes dati. Salīdzinājumam izmantoti pieejamie pētījumu dati.

Īpaši jāzēģel vēl nepublicētie ESF projekta „Kapacitātes

stiprināšana starpnozaru pētījumos biodrošībā” (skat. iepriekš) starprezultāti par neauglības ārstēšanas situāciju Latvijā. Projekta ietvaros veikta tiesiskā un ētiskā regulējuma salīdzinoša analīze, mediju analīze, kā arī ekspertu intervijas. Pie šīs projekta komponentes strādājušas Signe Mežinska un Ilze Mileiko, kas sagatavojušas Ziņojuma attiecīgo sadaļu.

Pārskata struktūra

Pārskatu veido četras nodaļas. Pirmajā skatīta seksuālā un reproduktīvā veselība ģimenes un partnerattiecību kontekstā, analizējot kopdzīves, reproduktīvās izvēles, seksuālās dzīves tendences, kā arī vardarbību attiecībās. Otrā nodaļa veltīta veselības uzturēšanas paradumiem – veselības pašvērtējumam, veselības aprūpes paradumiem un slimību profilaksei, izsargāšanos no nevēlamas grūtniecības un seksuāli transmisīvām infekcijām. Nodaļā aplūkota arī grūtniecības perioda un dzemdību aprūpe un tās subjektīvais vērtējums. Trešajā nodaļā analizētas seksuālās un reproduktīvās izglītības tendences jauniešu mērķgrupā. Nodaļā skatīta arī izglītības politika šajā jomā. Ceturtā nodaļa veltīta seksuālās un reproduktīvās veselības politikai un tās efektivitātei Latvijā.

1. nodaļa

Seksuālā un reproduktīvā veselība partnerattiecībās

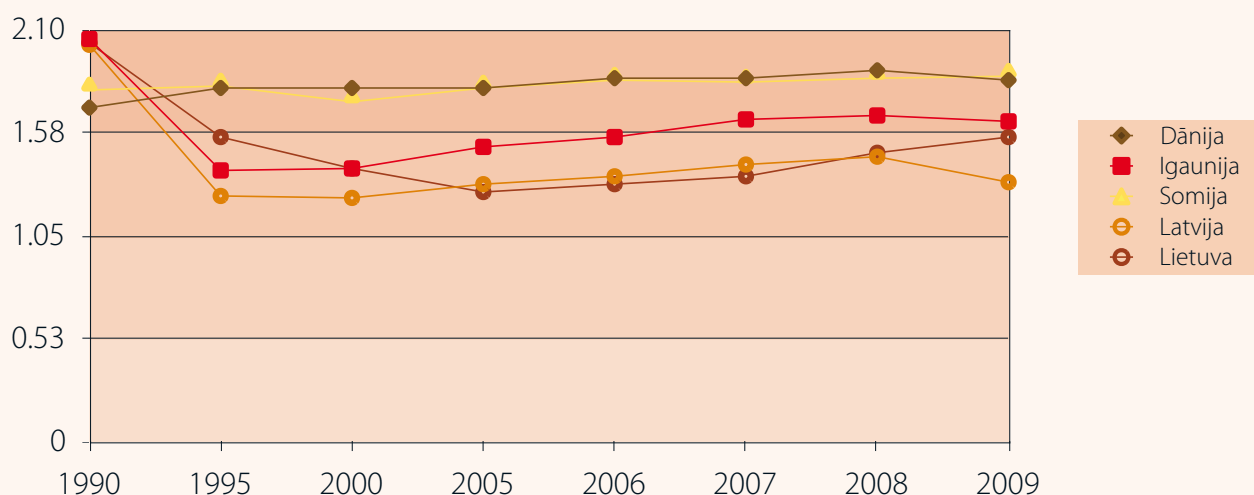
Seksualitāte un reproduktīvās spējas tiek īstenotas attiecībās un vienlaikus ietekmē šīs attiecības. Tās rada gan vidi seksuālās un reproduktīvās veselības īstenošanai, gan nosaka sabiedrības atražošanās tendences, gan ir pirmais posms lēmumu pieņemšanā par savu un partnera veselību un ģimenes plānošanu. Nodaļa veltīta īsam demogrāfiskās situācijas un ģimenes attiecību aprakstam kopš iepriekšējā pārskata perioda. Gan statistikas, gan aptaujas dati liecina par ģimenes institūcijas maiņu Latvijā – atliktu bērna radīšanas laiku, vienas mūža laulības nozīmes mazināšanos un vairāku partnerattiecību mūža laikā uzskatīšanu par normu. Šīs pārmaiņas ietekmē ģimeņu ekonomisko stabilitāti un individuālos lēmumus par bērnu radīšanu. Turpinot Pasaules Veselības organizācijas (PVO) iniciatīvu skatīt vardarbības un veselības savstarpējo saikni, attiecību kvalitāte analizēta vardarbības aspektā. Neskatoties uz to, ka vardarbība ģimenē kopš iepriekšējā pārskata perioda ir nonākusi politikas dienaskārtībā, aptaujas un statistikas dati vēl neuzrāda situācijas uzlabošanos.

1.1. Partnerattiecības, bērni un ģimenes plānošana

Raugoties uz dzimstības tendencēm visā Baltijas reģionā (sk. 1.1. attēlu), ekonomiskās krīzes skartais periods iezīmē vismagāko kritumu tieši Latvijas dzimstības rādītājos. Saskaņā ar Centrālās statistikas pārvaldes datiem, analizējot summāro dzimstības koeficientu (vidējais bērnu skaits, kas varētu piedzimt sievietei viņas dzīves laikā, saglabājoties attiecīgā gada dzimstības līmenim, uz 1000 sievietēm 15–49 gadu vecumā), redzama līdzīga tendence kā dzimstībai: no 1997. gada līdz 2008. gadam tas pieaug, 2009. gadā nedaudz samazinās, 2010. gadā sasniedzot 2002. gada līmeni.

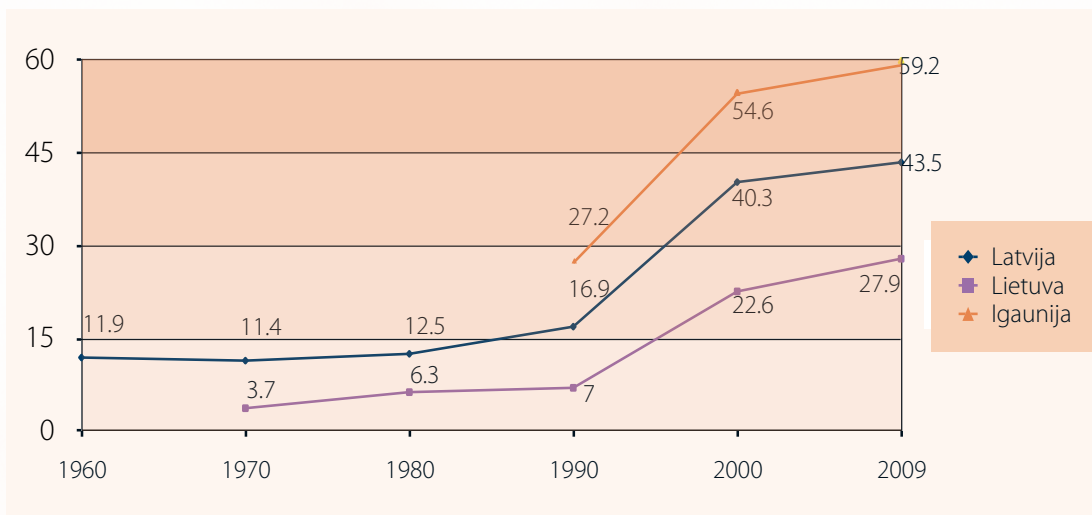
Summārais dzimstības koeficients 1990. gadā nostāda visas trīs Baltijas valstis vienādās starta pozīcijās. Atšķirīgas tendences visu trīs valstu rādītājos vērojamas otrajā neatkarības desmitgadē – uzsāktas atšķirīgas ģimenes un demogrāfijas politikas. Igaunijā patlaban ir augstākā dzimstība. Vienlaikus augstāka dzimstība Igaunijā nav saistīta ar stabilākām laulībām,

1.1. attēls. Summārais dzimstības koeficients (vidējais bērnu skaits, kas varētu piedzimt sievietei viņas dzīves laikā, saglabājoties attiecīgā gada dzimstības līmenim, uz 1000 sievietēm 15–49 gadu vecumā), 1990–2009



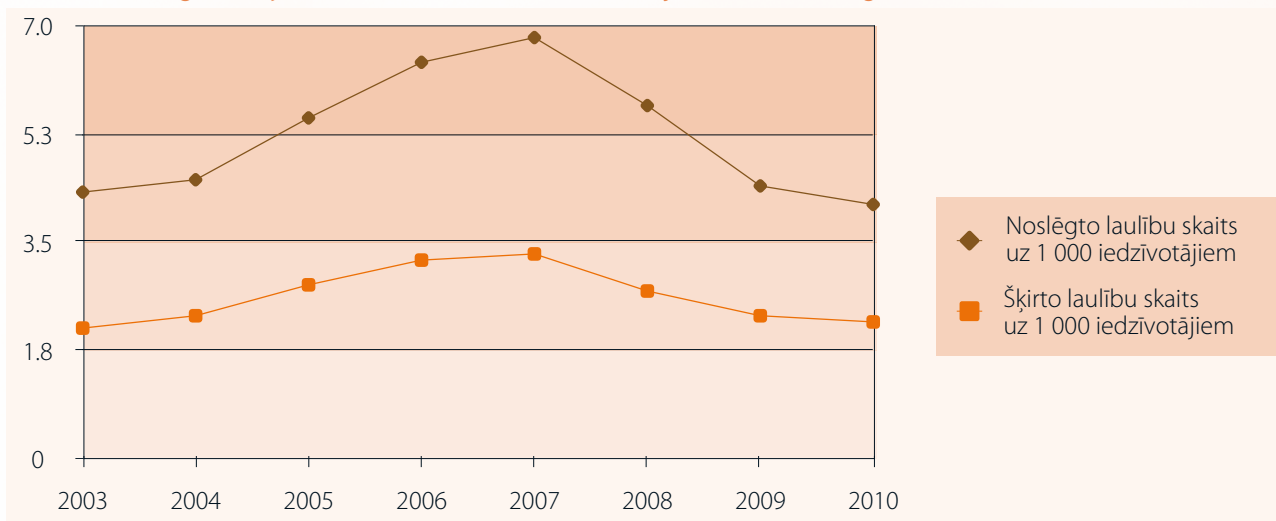
Avots: LR Centrālā statistikas pārvalde, datubāze, Eurostat dati.

1.2. attēls. Ārpus laulības dzimušo bērnu īpatsvars Latvijā, Igaunijā un Lietuvā, %



Avots: European Commission, 2011: 67.

1.3. attēls. Noslēgto un šķirto laulību skaits uz 1000 iedzīvotājiem 2003.–2010. gadā



Avots: LR Centrālā statistikas pārvalde, datubāze.

jo tur novērojams augstākais ārpus laulības dzimušo bērnu īpatsvars Baltijas valstīs (sk. 1.2. attēlu).

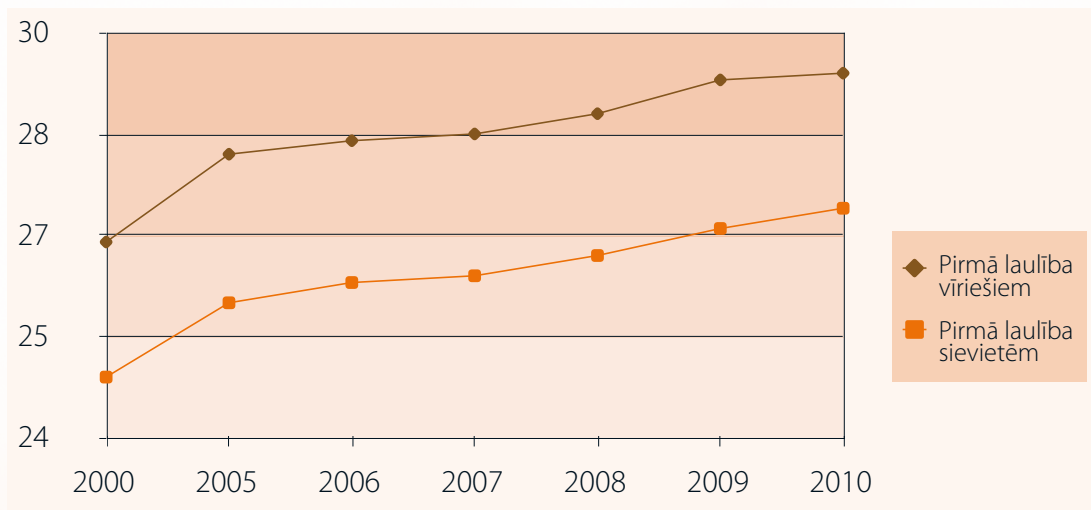
Summārā dzimstības koeficienta samazināšanos, iespējams, veicinājusi nelabvēlīgā sociālekonomiskā situācija valstī, kas atstājusi ietekmi netikai uz iedzīvotāju kopējo dzīves līmeni, bet arī uz demogrāfiskajiem un veselības rādītājiem. Saskaņā ar Centrālās statistikas pārvaldes datiem, pēc ilgstoša un stabila (kopš 1996. gada) iekšzemes kopprodukta (IKP) pieauguma, 2008. gadā Latvijā tika novērots IKP kritums; tas turpinājās arī 2009. gadā. Salīdzinot Eurostat datus par Latviju un citām ES dalībvalstīm, krasi pieaudzis ir arī bezdarba līmenis: 2009. gadā tas bija otrs augstākais Eiropas Savienībā – 17,1% (Spānijā 18,0%). Saskaņā ar Latvijas Republikas Centrālās statistikas pārvaldes (CSP) 2010. gadā veikto aptauju 75% mājsaimniecību atzina, ka pēdējo 12 mēnešu laikā to ekonomiskā situācija

ir pasliktinājusies (laukos – 71%, pilsētās – 76%). Igaunija un Lietuva ir spējušas izvairīties no 2008. gadā iesākušās ekonomikas lejupslīdes ietekmes uz dzimstības rādītājiem, kas liecina par valsts atbalsta lielo nozīmi iedzīvotāju reproduktīvajās izvēlēs.

Fokusējoties uz Latvijas situāciju un raugoties uz statistikas datu sniegtajām tendencēm, ģimenes organizācijas jomā vērojams noslēgto laulību īpatsvara kāpums periodā no 2004. līdz 2008. gadam (sk. 1.3. attēlu). Vienlaicīgi jāatzīmē, ka laulību šķiršanas attiecība pret noslēgto laulību skaitu šajā periodā nedaudz kritās, radot iespaidu, ka laulību stabilitāte paaugstinās. Viszemākais punkts – 478 šķirtās laulības uz 1000 noslēgtajām – tika sasniegts 2007. gadā.

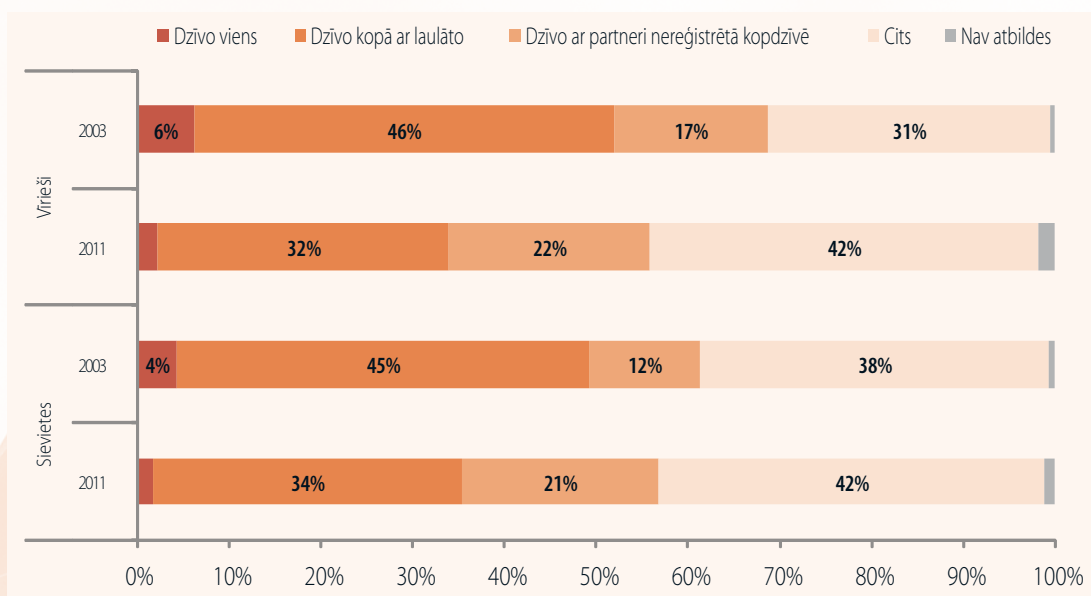
Latvijā dzimstības kāpums un laulātības rādītāju pieauguma periods sakrīt ar konsekventas ģimenes politikas uzsākšanu – valsts ģimenes pabalsta, bērna

1.4. attēls. Laulībā pirmo reizi stājušos vidējais vecums Latvijā 2000., 2005.–2010. gadā



Avots: LR Centrālā statistikas pārvalde, datubāze, CSP, 2011

1.5. attēls. Ģimenes struktūra. Visu respondentu atbildes, %, 2003. gadā (sievietes, n = 1251, vīrieši, n = 1201), 2011. gadā (sievietes, n = 1313, vīrieši, n = 1304)



kopšanas un vēlāk vecāku pabalsta palielināšanu. Vienlaikus šis periods saistīts ar demogrāfiskiem faktoriem: reproduktīvā vecuma grupā ienāk daudzskaitlīgā 20. gadsimta astoņdesmito gadu dzimstības sprādzienā dzimušo jauniešu paaudze. Visticamāk abi šie faktori kopā ir ietekmējuši gan dzimstības, gan laulātības rādītājus. Ekonomiskā lejupslīde kopš 2008. gada rāda, ka ģimenes politika nav bijusi pietiekami elastīga, lai saglabātu demogrāfiskās situācijas uzlabošanas pozitīvās tendences.

Vienlaikus Latvijā vērojamas pārmaiņas, kas saistītas ar ģimenes un mājsaimniecības struktūras maiņu. Latvijā ir augsts neprecēto cilvēku īpatsvars: 40 % vīriešu un 31% sieviešu vecumā no 25 līdz 49 gadiem nesastāv oficiāli reģistrētā laulībā (CSP, 2011). 2010. gadā 44,1% bērnu dzimuši ārpus laulības, laulībā attiecīgi – 55,9%. Šis rādītājs pēdējo 7–8 gadu laikā būtiski nemainās,

svārstoties pa gadiem dažu procentpunktu ietvaros. CSP dati rāda, ka straujš laulībā dzimušo īpatsvara kritums bija laikā no 1995. gada līdz 2003. gadam, kad tas samazinājās no 70,1% uz 55,8%. Saskaņā ar aptaujas datiem, salīdzinot ar 2003. gada aptauju, respondentu vidū ievērojami samazinājusies to respondentu proporcija, kas atzīmējuši, ka dzīvo laulībā, bet pieaudzis neregistrētā kopdzīvē un cita veida mājsaimniecībās dzīvojošu respondentu īpatsvars.

Raksturojot partnerattiecības, jāpiemin, ka pieaug pirmo reizi laulībā stājušos vidējais vecums (sk. 1.4. attēlu). Pēc CSP datiem, kopš 1990. gada visu laulībā stājušos vidējais vecums pieaudzis par aptuveni 5 gadiem. 2010. gadā tas bija 34,1 gadi vīriešiem un 31,4 gadi sievietēm.

Latvijā ir ES trešais zemākais vidējais sievietes vecums, kad piedzimst bērns, un zemākais summārās

dzimstības koeficients, kas norāda, ka salīdzinoši ilgākā reproduktīvā vecuma periodā sievietes neizvēlas dzemdēt vairāk bērnus (*European Commission*, 2011: 28). Būtiska šajā jautājumā ir gan vecākās reproduktīvās vecuma grupas sieviešu izvēle, izšķiroties par vēl vienu bērnu, kad iepriekšējie jau izaudzināti, gan jauniešu uzvedība, plānojot savu ģimeni.

Pētījuma ietvaros veikto jauniešu fokusa grupu diskusiju un interviju dalībnieki, apspriežot ģimenes lomu, formulēja divējādus viedokļus. Tie abu dzimumu pētījuma dalībnieki, kas nākotnē vēlējās ģimeni un bērnus, uzskata, ka stabilas attiecības, darbu un bērnus varētu plānot vidēji pēc 26 gadu vecuma. Lielākā daļa jauniešu ģimeni neplānoja un uzskatīja, ka to varēs darīt, ja tāda vēlme radīsies.

«Tad, kas es būšu sapratis, ka viss būtu forši, tad es apprecētos, tad es domātu tālāk arī par ģimeni, protams, man būtu darbs, vieta, kur dzīvot, jo man gribas, lai bērniem un sievai būtu patikama dzīve. Nevis apprecēties, sadzemdēties un domāt, kā izdzīvot.»

(Intervija, 21 gadu vecs vīrietis)

«Par savu nākotni nezinu, vienkārši ir tāds posms, ka tagad par to nedomāju, protams, ka gribētos jau kā visām meitenēm kāzas, baltu kleitu un tā tālāk, bet tad jau redzēs. Ģimeni un bērnus arī gribētu, bet vēl domāju, ka esmu par jaunu, lai tagad kaut ko plānotu. Man liekas, par ģimeni domāšu no 25 [gadiem] uz augšu. Bērnus var audzināt jau arī bez otras puses, lai gan, protams, ka jaukāk un idilliskāk ir, kad ir abi vecāki, bet mūsdienās tiešām tas ir jau normāli dzīvot šķirtā ģimenē.»

(Intervija, 21 gadu veca sieviete)

Jaunieši liberāli izturas pret neregistrētām partnerattiecībām, uzskatot reģistrāciju par nevajadzīgu procedūru un papildu apgrūtinājumu, piemēram, laulību šķirot. Uzskats, ka attiecību pamatam jābūt mīlestībai, nevis savstarpējai atbildībai ilgtermiņā, tika identificēts arī iepriekšējā perioda pārskata veiktajās jauniešu grupu diskusijās. Uzsvars uz mīlestību un attiecību spontāno raksturu maina izpratni par laulību kā partnerattiecību pamatu un ļauj uztvert vairākas patstāvīgas partnerattiecības dzīves laikā kā normu.

Tikai daži abu dzimumu jaunieši uzsvēra tradicionālas kopdzīves nozīmi, un arī šajos gadījumos atlika to uz iespējami vēlāku dzīves posmu.

«Man nozīmīgi, lai kopdzīve būtu reģistrēta vai vismaz kaut kā atzīmēta, jo man iekšēji šķiet, ka tā vajag.»

Ka jāprecas ir cilvēkiem, gribas ticēt laulībām, ģimenei, solījumam. Tā kā tādai institūcijai – ģimenei, ko sniedz laulības.»

(Intervija, 22 gadus veca sieviete)

No vienas puses, diskusijās jaunieši atzina vēlmi pēc attiecībām, atbalsta un stabilitātes, bet no otras – nevēlējās uzņemties ilgstošas saistības, redzot bērnu radīšanu kā apgrūtinājumu. Jauniešu priekšstatus par pieaugušo dzīvi nosaka pašu pieredze. Lielākā daļa jauniešu atsaucās uz šķiršanās pieredzi savā vai draugu ģimenēs, normalizējot šķirtu ģimeni.

«Es nedomāju, ka ir jāpiepilda tagad kaut kādi konkrēti plāni, lai pēc tam tur dzīvotu. Man liekas, ka tagad uzreiz ir jādara, jādzīvo, jāsatiekas, ar ko grib, un tā. Man arī tagad ir puisis. Es nezinu, viss ir ļoti jauki. Bet mani vecāki ir šķīrušies, tāpēc man ir varbūt nepārtraukti kaut kāda neuzticība kaut kādām laulībām. Nekādas ticības nav, bet tas nenozīmē, ka es to varbūt kaut kad nākotnē negribētu. Bet jebkurā gadījumā domāju vismaz kaut kādu laiku dzīvot kopā un kārtīgi iepazīt visas šķautnes. Plusus, mīnus. Un pēc tam var domāt, vai tiešām. Var tās laulības tā, ka tagad būs jādzīvo kopā, tā kārtīgi, nevis tā muļļājoties.»

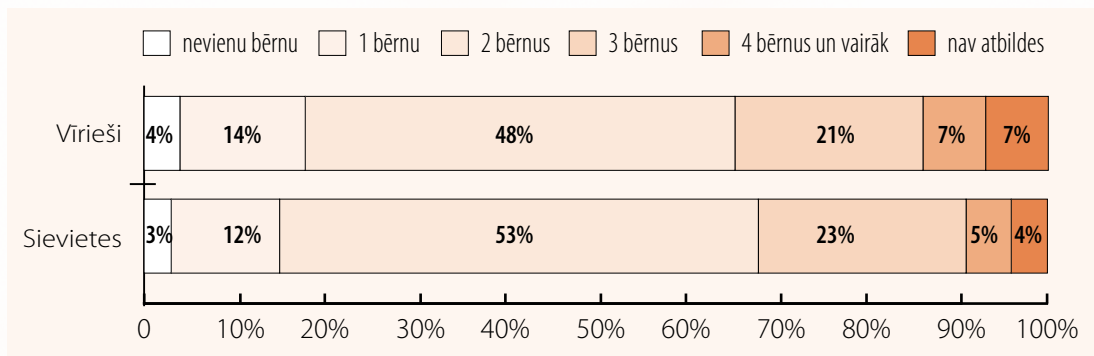
(Jauniešu fokusa grupas diskusija, Zemgale)

Vienlaikus ar šo šķirtu ģimeņu locekļu pieredzi saistītie jautājumi netiek pietiekami apspriesti ģimenē, skolā un publiskajā sfērā. Līdz ar to rodas plaša starp ideālo un jauniešu pieredzēto ģimeni. Lai arī vairākums kvalitatīvi pētījuma dalībnieku noliedz laulības vai vienas laulības mūžā nozīmi savā dzīvē, jaunieši uzsver attiecību tēmu trūkumu diskusijās par seksualitāti un reproduktīvo veselību izglītības iestādēs un medijos. Kā viena no jaunietēm intervijā saka, viņa nekad dzīvē nav pieredzējusi ideālo ģimeni, nezina, ko tas nozīmē, un tāpēc nevar pati tādu veidot.

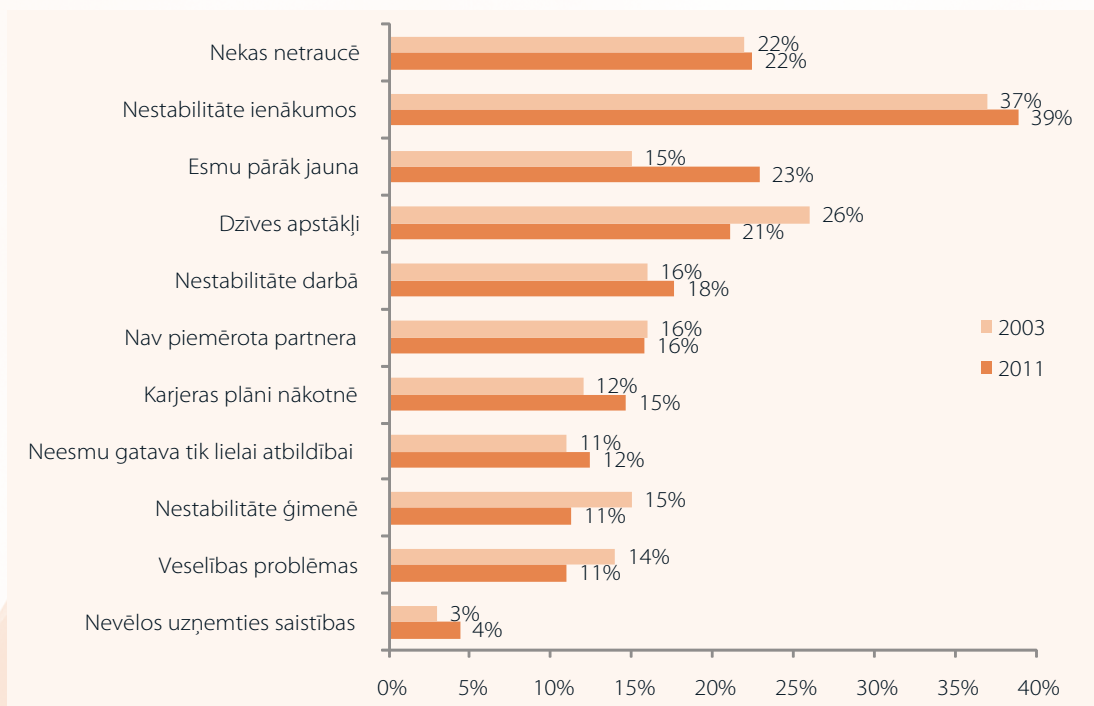
Otrs retāk minēts iemesls, ko uzsver jaunieši, ir straujais dzīves ritms un dzīves stabilitātes trūkums nākotnē. Dzīves dinamisms maina arī attiecības, kuras jaunieši vērs uz tagadni, cenšoties ātri atgūt attiecībās ieguldīto.

Jauniešu priekšstati par attiecībām ir būtiski, veidojot reproduktīvo uzvedību, sākot no partnerattiecību veidošanas izvēles laika un motivācijas, uzvedību nevēlamas grūtniecības un/vai seksuāli transmisīvo infekciju (STI) gadījumā un beidzot ar apzinātu ģimenes plānošanu. Līdz ar to reproduktīvās veselības un demogrāfijas jautājumus nevar skatīt atrauti no priekšstatiem par attiecībām. Dziļāk šī tēma analizēta 3. nodaļā.

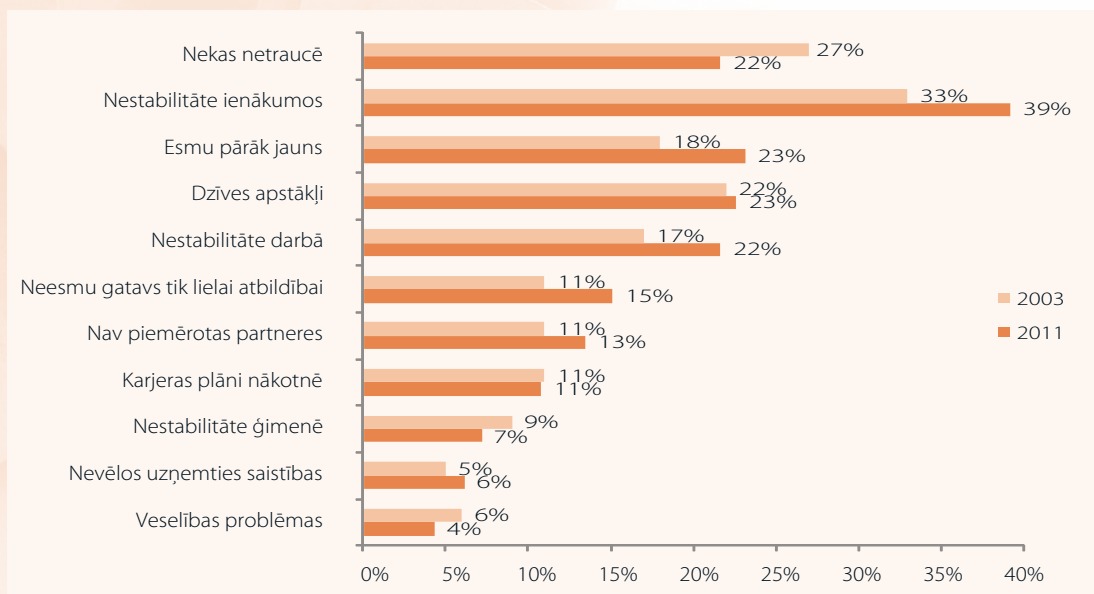
1.6. attēls. Cik bērnus kopā jūs gribētu savā ģimenē? Visu respondentu atbildes, % (sievietes, n = 1313, vīrieši, n = 1304)



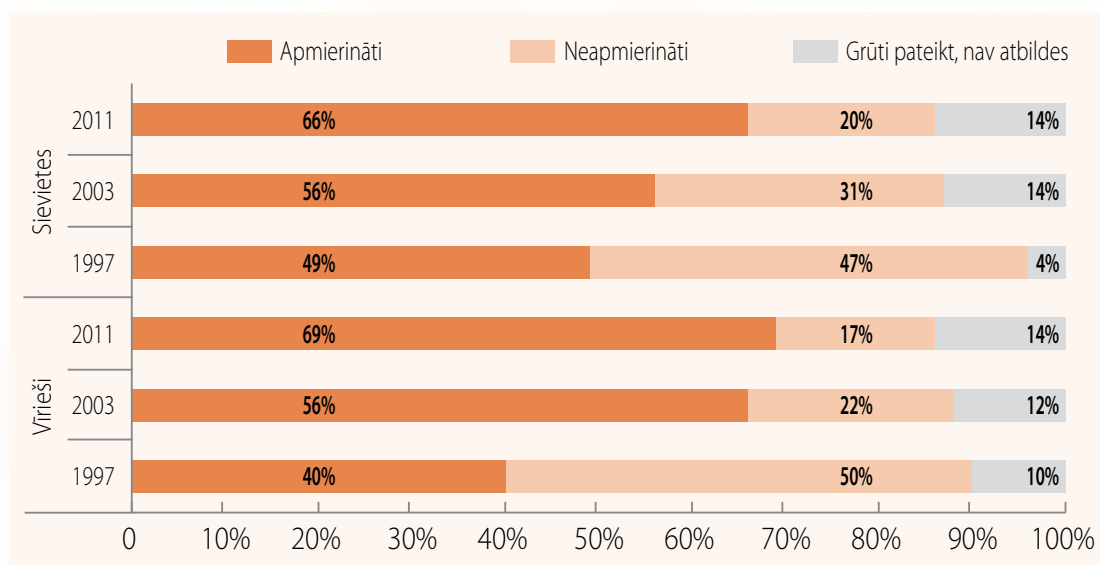
1.7. attēls. Kādi apstākļi traucē (varētu traucēt, traucēja) sasniegt optimālu bērnu skaitu ģimenē? Sieviešu atbildes, % (2003, n = 1251, 2011, n = 1313)



1.8. attēls. Kādi apstākļi traucē (varētu traucēt, traucēja) sasniegt optimālu bērnu skaitu ģimenē? Vīriešu atbildes, % (2003, n = 1201, 2011, n = 1304)



1.9. attēls. Kopumā, cik lielā mērā jūs esat apmierināti ar savu pašreizējo seksuālo dzīvi? Visu respondentu atbildes, %, 1997. gadā (sievietes, n = 2990, vīrieši, n = 1578), 2003. gadā (sievietes, n = 1251, vīrieši, n = 1201), 2011. gadā (sievietes, n = 1313, vīrieši, n = 1304)



1.2. Vēlamais bērnu skaits ģimenē

Raugoties uz 2010. gada Centrālās statistikas pārvaldes datiem, 48% no šajā gadā dzimušajiem bija pirmie bērni ģimenē (2009. gadā tādu ir 50%). Otro bērnu īpatsvars jaundzimušo vidū 2010. gadā bija 35% salīdzinājumā ar 34% gadu iepriekš. Priekšstati par vēlamu bērnu skaitu ģimenē kopš 2003. gada aptaujas nav būtiski mainījušies. Visbiežāk respondenti vēlas 2 bērnus – šādi aptaujā atbild 53,5% sieviešu un 48,3% vīriešu. Nākamā populārākā izvēle ir 3 bērni (23% sieviešu un 21,3% vīriešu). Vienu bērnu vēlētos 13,5% vīriešu un 11,6% sieviešu. Tikai 5% sieviešu un 6,5% vīriešu vēlētos četrus un vairāk bērnus. Respondentu finansiālajai situācijai vēlamā bērna skaita izvēlē nav būtiskas nozīmes. Aptauja rāda, ka vēlamu bērnu skaitu ietekmē arī attiecību stabilitāte. Respondentes, kas dzīvo kopā ar laulāto, vidēji vēlas lielāku bērnu skaitu nekā tās, kuras dzīvo neregistrētās partnerattiecībās.

Laulība kā partnerattiecību veids tiek biežāk saistīta ar bērniem, un tikai 0,5% laulāto sieviešu un 1% laulāto vīriešu norāda, ka bērnus nevēlas. Neregistrēto pāru vidū šādu respondentu īpatsvars ir augstāks – attiecīgi 3,5% un 3,2%. Jauniešu sniegtās atbildes neuzrāda tendenci vēlamu bērnu skaitam ģimenē paaugstināties – trīs un vairāk bērnu nākotnē vēlētos tikai 23–25% jauno sieviešu un 18,7–25,5% jauno vīriešu 15–19 gadu un 20–24 gadu vecumā. Trīsdesmitgadnieku un četrdesmitgadnieku vecuma grupās trīs un vairāk bērnu vēlas attiecīgi 34% un 28,8% sieviešu un 29,1% un 37,2% vīriešu kārtas respondentu (sk. 1.6. attēlu).

Kopumā kopš 2003. gada aptaujas šķēršļi, kas kavē sasniegt vēlamu bērnu skaitu ģimenē, nav būtiski mainījušies. Nozīmīgākās pārmaiņas ir apkārtējās vides nedrošības sajūtas paaugstināšanās

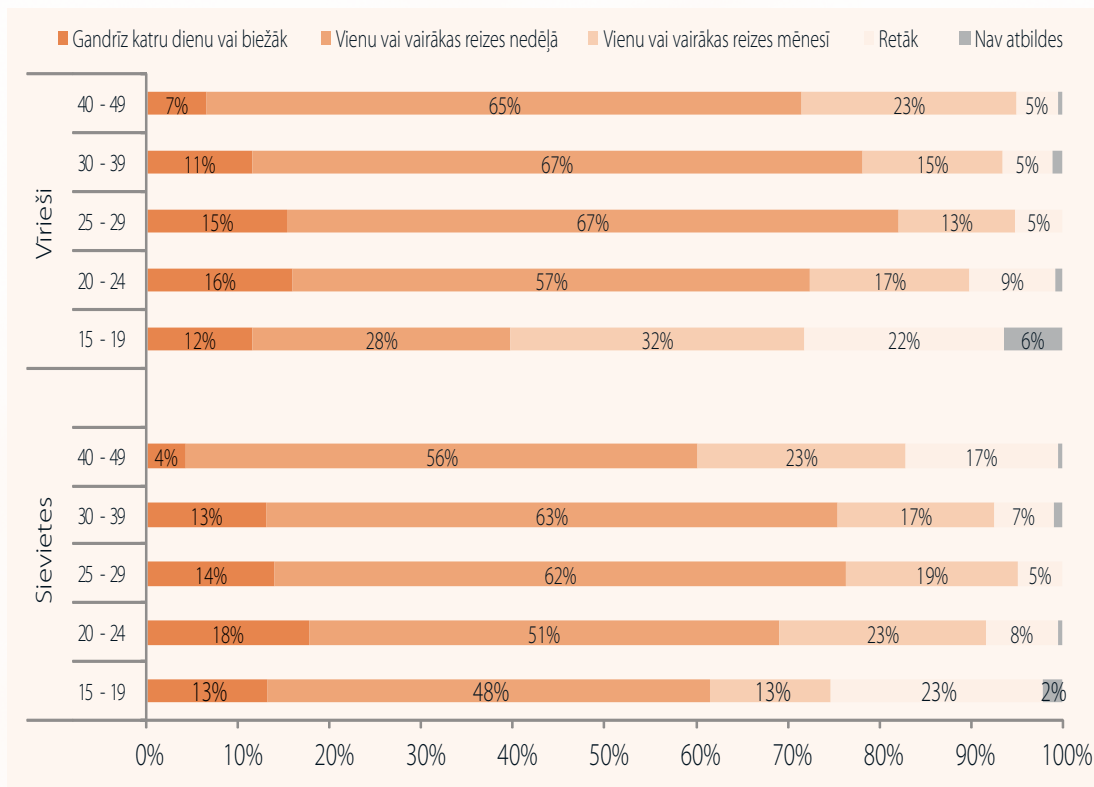
– stabilitātes trūkums darbā un ienākumos. 2003. un 2011. gadā tos minējuši attiecīgi 18% un 39% sieviešu un 22% un 39% vīriešu kārtas respondentu, bet par mazāk nozīmīgu faktoru, īpaši sievietēm, kļūst pašreizējie dzīves apstākļi. Atbilžu akcenta maiņa norāda, ka kopš iepriekšējā pārskata perioda motivācijā mazāku lomu spēlē dzīves kvalitāte tagadnes perspektīvā, bet lielāku nozīmi iegūst ģimenes stabilitāte ilgtermiņā.

Ievērojamas pārmaiņas vērojamas bērna radīšanai piemērotākā vecuma vērtējumā sabiedrībā, salīdzinot ar 2003. gadu, 2011. gadā par 8% vairāk respondentu atzīmē, ka ir pārāk jauni/jaunas bērnu radīšanai – kopumā tādu ir 23% respondentu. Uz dzemdēšanas atlikšanas tendenci norāda arī statistikas dati un jauniešu intervijās un diskusijās teiktais, par vēlamu bērnu radīšanas vecumu (sk. 1.7., 1.8. attēlu).

Lielākā daļa pētījuma diskusijas dalībnieku – 15–20 gadu vecu jauniešu – grūtniecību tagadnes kontekstā uztvēra kā kļūdu vai faktu, par kuru vienaudžu vai sabiedrības priekšā ir jāattaisnojas. Skolas ir kļuvušas atvērtākas pusaudžu grūtniecībai, un jaunieši skolasbiedru vidū bija sastapuši grūtnieces. Vienlaikus jaunieši par šiem gadījumiem runāja ar zināmu distancēšanos. Vienā no grupu diskusijām tika stāstīts par gadījumu, kad bez draugu atbalsta grūtniece tikusi pakļauta vienaudžu apsmieklam un uzskatīta par neveiksminieci. Abu dzimumu diskusiju dalībnieki runā par bailēm, kas saistītas ar nevēlamas grūtniecības iestāšanos.

«Tieši meitenēm, ja kaut kas notiek, aktuālāka ir trauksme, ja nu es esmu stāvoklī un slimības seko pēc tam. Ja es esmu stāvoklī, tad viss dzīvei pāri, aizmirsti mācības, un vecāki izdzīs no mājas. Varbūt maldos, bet dažas meitenes labāk pieņems faktu, ka viņai ir

1.10. attēls. Cik bieži pēdējo 12 mēnešu laikā (vidēji) jūs nodarbojaties ar seksu? Respondentu, kuriem pēdējo 12 mēnešu laikā bijis viens dzimumpartneris, atbildes, %, sievietes, n = 867, vīrieši, n = 753



slimība, nevis to, ka ir stāvoklī. Jo grūtniecība ir kaut kas tiešām šausmīgs, dzīvei viss.»

(Jauniešu fokusa grupu diskusija, Rīga)

Jauniešu attieksmē pret grūtniecību liela loma ir sabiedrības spiedienam. Līdz ar to atbildība seksuālajās attiecībās kļūst par divdabīgu jēdzienu. Jaunieši, kas piedalījās diskusijās, min, ka, no vienas puses, atbildība tiek saistīta ar izsargāšanos: kā jauniešu diskusijā Kurzemē saka kāds jauniešs:

«Labāk ir tomēr būt atbildīgam, nekā audzināt sīko,»

bet, no otras puses, bērnu audzināšana tiek skatīta kā grūts, no ārpuses uzlikts pienākums:

«Mani pašu nevilina doma par bērniem, jo es uz to skatos kā ļoti lielu atbildību... kuru es negribu.»

(Intervija, 21 gadu veca sieviete).

Spriedze, ko rada bailes no grūtniecības, ietekmē jauniešu attiecības un vienlaikus rada priekšstatus par bērna radīšanu kā ar negatīvu pieredzi saistītu notikumu.

1.3. Vīriešu un sieviešu loma partnerattiecībās

Attiecībā uz tradicionālajām sievietes un vīrieša lomām 68% abu dzimumu respondentu nepiekrīt, ka rūpēties par bērniem ir tikai sieviešu pienākums. Interesanti, ka 15–19 gadu vecie abu dzimuma respondenti aptaujā, neskatoties uz iepriekš iztīrīto liberālo attieksmi pret laulību, ir konservatīvāki nekā citas vecuma grupas un atbalsta tradicionālo sievietes lomu

salīdzinoši biežāk (33,5% jauno sieviešu un 30,5% jauno vīriešu attiecīgajā vecuma grupā pret vidēji 29,3% visu sieviešu un 25,2% visu vīriešu). Reliģiskā piederība un piesaiste reliģiskai organizācijai šo uzskatu būtiski neietekmē. 95,4% sieviešu un 89,1% vīriešu atbildīgus par grūtniecības plānošanu uzskata abus partnerus.

Tam, ka sievietei, stājoties laulībā, vajadzētu būt nevainīgai, piekrīt 16,5% sieviešu un 24,6% vīriešu. Būtiskāka loma uzskatu formulēšanā nav konfesionālajai piederībai, bet gan aktīvai dalībai kādā reliģiskā organizācijā. Respondenti, kas reliģisko organizāciju apmeklē biežāk nekā reizi mēnesī, 48% gadījumu drīzāk piekrīt uzskatam, ka sievietēm pirms laulībām jābūt nevainīgām. Augstāks šādu uzskatu atbalstītāju loks ir tikai 15–19 gadu vecu sieviešu (23%) un vecākās – 40–49 vecuma grupas vidū (23,6% sievietēm un 29,6% vīriešiem).

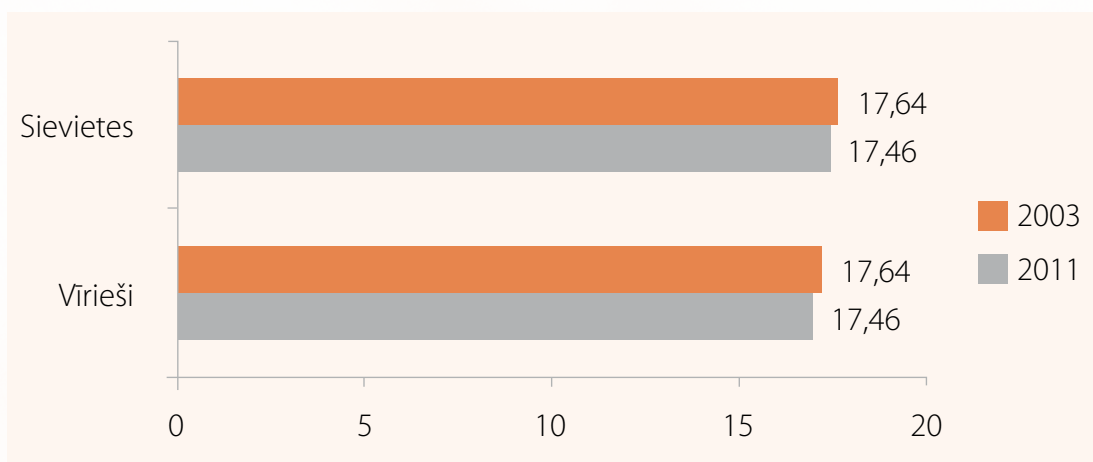
1.4. Seksuālās attiecības

1.4.1. Apmierinātība ar seksuālo dzīvi

Salīdzinot ar iepriekšējām aptaujām, gan sieviešu, gan vīriešu kārtas respondentu apmierinātība ar seksuālo dzīvi ir pieaugusi, apmierinātu respondentu skaitam sasniedzot 66% sievietēm un 69% vīriešiem. Izlīdzinājusies arī sieviešu un vīriešu atbilžu procentuālā atšķirība.

Līdzīgi kā iepriekšējā aptaujā, apmierinātība ar seksuālo dzīvi dažādās vecuma grupās atšķiras. Apmierinātība ar seksuālo dzīvi kopumā ir zemāka ve-

1.11. attēls. Cik jums bija gadu, kad jūs pirmoreiz stājāties dzimumattiecībās? 20–24 gadus vecu respondentu, kuri stājušies dzimumattiecībās, atbildes, aritmētiskie vidējie, 2003. gadā (sievietes, n = 182, vīrieši, n = 187), 2011. gadā (sievietes, n = 242, vīrieši, n = 228)



cuma grupā 40–49 gadi, kur 19,7% sieviešu un 15,7% vīriešu ir neapmierināti un drīzāk neapmierināti ar savu seksuālo dzīvi. Partnerattiecību veidam – laulībai vai neregistrētām partnerattiecībām – nav būtiskas ietekmes uz apmierinātības vērtējumu.

1.4.2. Seksuālo attiecību biežums

Līdzīgi kā iepriekšējās aptaujās, vairākums Latvijas iedzīvotāju reproduktīvajā vecumā seksuālās attiecības uztur reizi nedēļā un biežāk – tādu ir 61,7% sieviešu un 66,9% vīriešu kārtas respondentu. Kopumā retāk ar seksu nodarbojas jaunieši 15–19 gadu vecuma grupā, ko var skaidrot ar vecuma posmu, kad vēl netiek dibinātas stabilas partnerattiecības. Tomēr aptaujā jaunās sievietes norāda uz intensīvāku seksuālo dzīvi nekā jaunie vīrieši, kas ir pretrunā ar intervijās un fokusa grupu diskusijās pausto priekšstatu par tipisku jauniešu seksuālo uzvedību.

Tautībai, reliģiskajai piederībai un ienākumiem nav būtiskas ietekmes uz seksuālās dzīves intensitāti. Sievietes mazpilsētās un laukos nedaudz biežāk atzīst intensīvāku seksuālo dzīvi nekā Rīgā un lielākajās Latvijas pilsētās. Vīriešu atbildēs šī tendence neatpoguļojas.

1.4.3. Vecums, kad stājas pirmajās dzimumattiecībās

Salīdzinot datus ar iepriekšējām aptaujām, jauniešu grupa 20–24 gadu vecumā 2011. gada aptaujā norāda uz vidēji nedaudz agrāku dzimumattiecību sākšanās vecumu, tomēr šī atšķirība nav vērtējama kā statistiski nozīmīga (sk. 1.11. attēlu).

Interviju un fokusa grupu diskusiju materiāls liecina, ka jauniešiem ir izveidojies priekšstats par agru dzimumattiecību uzsākšanu, dažkārt minot pat 13–14 gadu vecumu. Vēlamais vecums jauniešu pašu izpratnē ir ap 16–17 gadiem, tomēr daļa pētījuma dalībnieku

sevi, savus klasesbiedrus, māsas, brāļus un draugus arī šajā vecumā vērtē kā bērnišķīgus un dzimumattiecību sākšanu praktiski saista ar 19–20 gadu vecuma sasniegšanu. Vairākās intervijās atrodama neatbilstība starp vēlamo seksuālo attiecību uzsākšanas laiku un gatavību pašiem šīs attiecības uzsākt. Kā kāda jauna sieviete norāda intervijā, ka iesaistīšanās seksuālās attiecībās ļauj noņemt spriedzi un sākt „dzīvot”:

«Es īstenībā biju nedaudz tāda priecīga, laimīga, viss garām, beidzot es varu sākt dzīvot, nu, to seksuālo dzīvi, nu ar vēsu prātu, mierīgi. Jā, nevis pirms tam – kā būs, kā būs? Nu, par to stāvokli, ka var palikt, tas man pirmais bija, es pat, man liekas, nopirku grūtniecības testu. Protams, ka nebiju stāvoklī. Tas ir loģiski. Bet nu kaut kādas bailes ir par to, ļoti iebiedētas meitenes.»

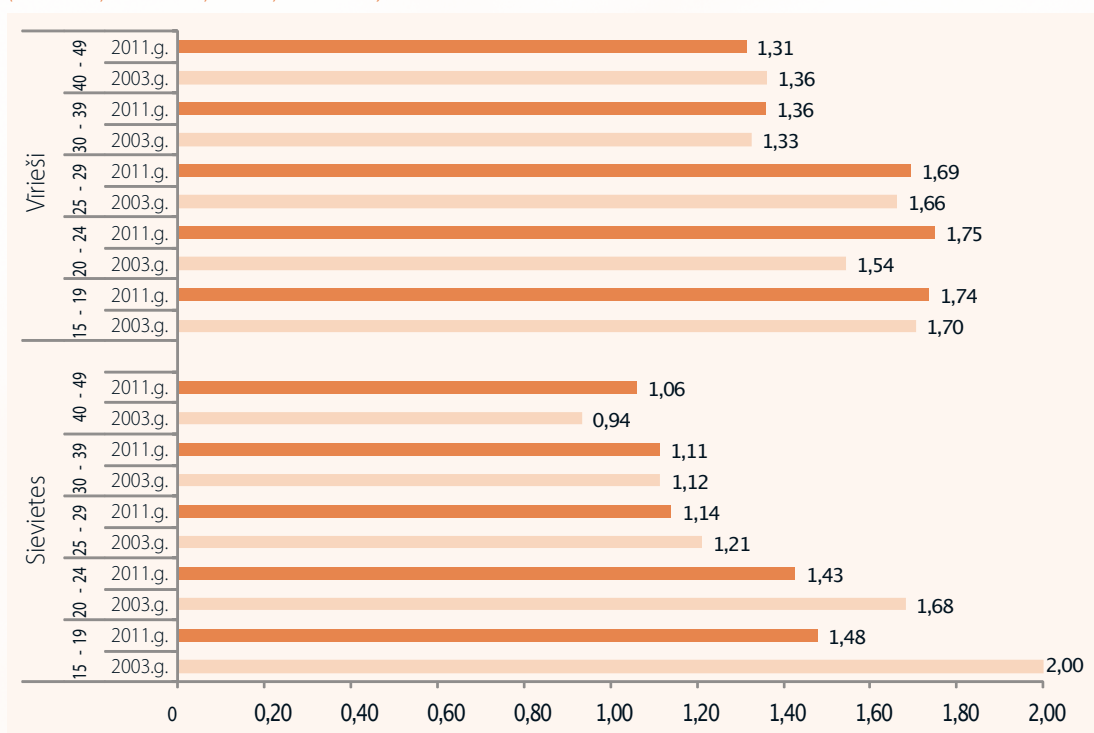
(Intervija, 22 gadus veca sieviete)

Analizējot aptaujas datus par motivāciju jauniešiem stāties dzimumattiecībās, 15–19 gadu vecuma grupā abpusēja vēlēšanās dominē 68% meiteņu un 57% puīšu, 53% meiteņu un 44% puīšu jutušies tam gatavi. 31% meiteņu uzskatīja, ka satikušas īsto cilvēku, kamēr šādi domāja tikai 23% puīšu. Svarīgs faktors bijusi interese uzzināt, ko tas nozīmē. Šo faktoru minēja 35% puīšu un 29% meiteņu. Salīdzinot ar 2003. gada pētījuma atbildēm, nedaudz samazinājies to respondentu īpatsvars, kuri attiecības uzsākuši alkohola reibumā, – tādu ir 10% meiteņu un 15% puīšu. Vienlaikus, salīdzinot ar tā paša gada pētījumu, jauniešu grupa 15–19 gadu vecumā uz alkohola reibumā sāktām attiecībām norāda biežāk, liecinot, ka situācija visticamāk nav uzlabojusies.

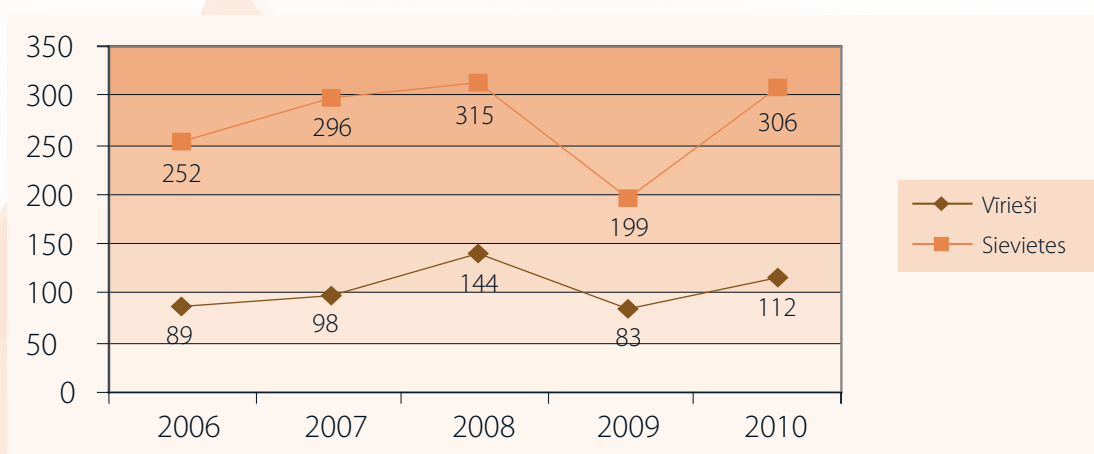
1.4.4. Dzimumpartneru raksturojums

No aptaujātajiem seksuāli aktīvajiem respondentiem 9,9% sieviešu un 17% vīriešu atzīst, ka pēdējo 12 mēnešu laikā viņiem bijis vairāk nekā viens dzimumpartneris. Gadījuma dzimumattiecību nav bijis

1.12. attēls. Cik dzimumpartneru jums bijis pēdējo 12 mēnešu laikā? Respondentu, kuriem bijušas dzimumattiecības, atbildes, aritmētiskie vidējie. 2003. gadā (sievietes, n = 998, vīrieši, n = 960), 2011. gadā (sievietes, n = 1128, vīrieši, n = 1105)



1.13. attēls. No vardarbības ģimenē cietušo skaits pa dzimumiem un gadiem, Traumu reģistrs, 2006.–2010. gads, visas cietušās personas, absolūtos skaitļos.



Avots: Veselības ekonomikas centra (VEC) dati. Ar noteiktām slimībām slimojošu pacientu reģistrs par pacientiem, kuriem bijušas traumas un ievainojumi.

34% vīriešu un 58% sieviešu. Kopumā aptauja rāda, ka vidējam dzimumpartneru skaitam pēdējā gada laikā ir tendence samazināties, salīdzinot ar iepriekšējo pārskata periodu (sk. 1.12. attēlu).

Aptauja rāda, ka emigrācija uz ārzemēm ietekmē gadījuma dzimumattiecību biežumu un līdz ar to arī STI un neplānotu grūtniecību risku. Tām sievietēm, kam ir bijis pastāvīgs partneris, kurš pēdējo 12 mēnešu laikā vismaz 3 mēnešus dzīvojis ārvalstīs, ir augstāks gadījuma attiecību risks – 18,3% vienlaicīgi ir bijuši vairāki dzimumpartneri. To sieviešu vidū, kuru partneri nav ilgstoši bijuši ārvalstīs, vairāku vienlaicīgu dzi-

mumpartneru īpatsvars ir bijis 7,7% sieviešu. Līdzīga situācija vērojama vīriešu kārtas respondentu vidū. 27,3% vīriešu, kuriem patstāvīgās partneres pēdējo 12 mēnešu laikā dzīvojušas ārzemēs vismaz trīs mēnešus, vienlaicīgi ir bijušas vairākas dzimumpartneres. Savukārt tiem vīriešiem, kuriem partneres nav ilgstoši atradušas ārzemēs, vairāku vienlaicīgu dzimumpartneru īpatsvars ir 11,5.

Jauniešu aptaujas dati rāda, ka 15–19 gadu vecuma grupā dzīves laikā jaunajām sievietēm vidēji bijuši 2,95 partneri, bet vīriešiem – 4,56. Nākamajā vecuma grupā (20–24 gadi) dzimumpartneru skaits dzīves laikā ir

attiecīgi 3,72 un 6,33. Raugoties uz dzimumpartneru vidējo skaitu pēdējo 12 mēnešu laikā, 15–24 gadu veciem jauniešiem partneru skaits vidēji ir bijis augstāks nekā citām vecuma grupām – 1,48–1,43 sievietēm un 1,74–1,75 vīriešiem.

1.4.5. Homoseksuālas attiecības

3,5% vīriešu un 7,1% aptaujāto sieviešu norādījušas, ka viņām dzīves laikā ir bijušas attiecības ar sava dzimuma partneri. Visbiežāk norādīts, ka šādas attiecības bijušas vienu reizi vai atsevišķos gadījumos. Dati būtiski neatšķiras no 2003. gada pētījuma datiem un rāda, ka debates par homoseksuālām attiecībām, kas sabiedrībā notikušas kopš iepriekšējā apsekojuma, informācijas pieaugums un atbalsta pieejamība citādi seksuāli identitātei¹, nav ietekmējušas respondentu atbildes.

1.5. Vardarbība

Kopš iepriekšējā pārskata perioda vardarbības jautājums Latvijā ir sistemātiski skatīts veselības aspektā. Sadarbībā ar Pasaules Veselības organizāciju ir tapis apsekojums par vardarbību un veselību Latvijā (Putniņa, 2007) un izstrādātas vadlīnijas vardarbības atpazīšanai (Pasaules Veselības organizācijas Eiropas Reģionālais birojs, LR Veselības ministrija, Latvijas Ginekologu un dzemdību speciālistu asociācija, 2009). Laika posmā no 2006. gada līdz 2008. gadam stacionārās un ambulatorās ārstniecības iestādes Ar noteiktām slimībām slimojošu pacientu reģistram par pacientiem, kuriem bijušas traumas un ievainojumi, (turpmāk – Traumu reģistrs) sniedza informāciju par vardarbības gadījumiem². Kopš 2008. gada uzskaites noteikumi ir mainīti³, un reģistrā nonāk informācija par hospitalizētiem pacientiem tikai no stacionārajām ārstniecības iestādēm. Ņemot vērā, ka vardarbības un īpaši vardarbības ģimenē statistikas iegūšana valsts

mērogā joprojām ir problemātiska un nav vienotas definīcijas un reģistra vardarbībai ģimenē, pilnīgākais Traumu reģistrs, kas darbojās līdz 2008. gadam, spēja uzskaitīt dažādus vardarbības veidus, upurus un varmāku saikni, sniedzot ticamu un salīdzināmu informāciju par vardarbības apjomu valstī.

Traumu reģistra dati uzrāda strauju identificēto vardarbības upuru skaita pieaugumu (sk. 1.13. attēlu). Jāņem vērā, ka kopš 2008. gada dati nav vākti no ambulatorajām ārstniecības iestādēm. Lielākais cietušo īpatsvars ir reproduktīvajā vecuma posmā no 25 līdz 49 gadu vecumam, un varmākas tipiski bijuši laulātie vai partneri.

Analizējot aptaujas datus, no fiziskas vardarbības pēdējo piecu gadu laikā cietušo respondentu īpatsvars kopš 2003. gada aptaujas gandrīz nav mainījies un saglabājies 29,6% sievietēm un 32,6% vīriešiem. 52% sieviešu un 35,2% vīriešu cietuši no emocionālas vardarbības. Vīriešu vidū īpatsvars kopš 2003. gada ir nedaudz samazinājies. No seksuālas vardarbības cietuši 9,9% sieviešu un 2,5% vīriešu.

Aptauja rāda, ka 22,6% sieviešu un 24,5% vīriešu pēc vardarbības gadījuma ir meklējuši palīdzību, kas būtiski neatšķiras no iepriekšējā apsekojuma datiem. 49,7% sieviešu un 52,1% vīriešu atbild, ka zinājuši, kur meklēt palīdzību, bet to nav darījuši. Tikai 11,8% sieviešu un 14,6% vīriešu nav zinājuši, kur meklēt palīdzību. Palīdzības meklētāju īpatsvars ir zemāks divdesmitgadnieku (20–29 gadi) grupā. Savukārt 15–19 gadu vecu jaunu sieviešu vidū ir mazāk to respondentu, kuri nav zinājuši, kur vērsties pēc palīdzības. Tas neattiecas uz jaunajiem vīriešiem šajā vecumā, kur visās vecuma grupās neinformēto vīriešu īpatsvars ir līdzīgs. Jaunie vīrieši 15–19 gadu vecumā šādu palīdzību ir meklējuši biežāk nekā citas vecuma grupas (36,1% pret vidēji 25,1% visu vīriešu vidū).

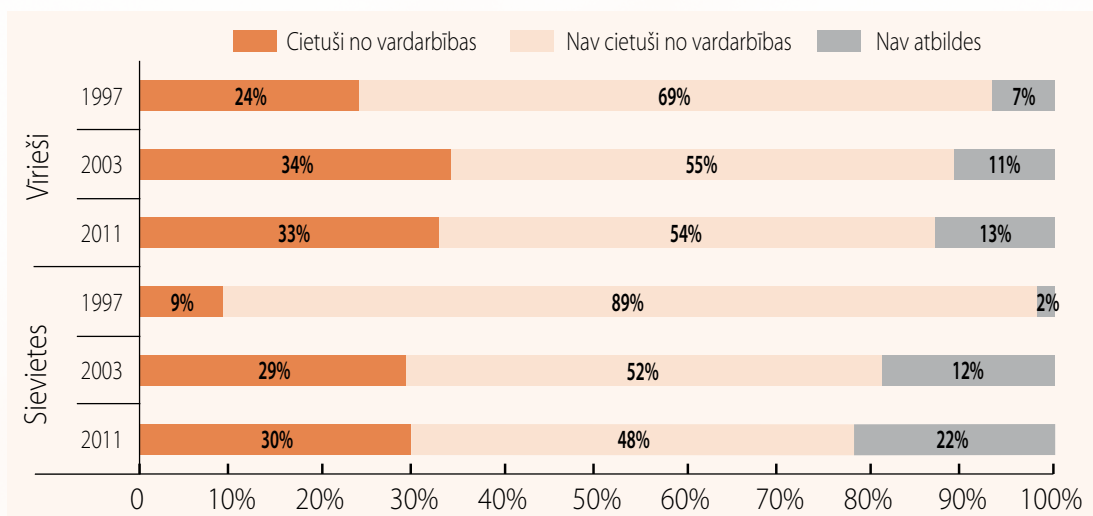
Palīdzības sniedzēji sievietēm visbiežāk ir ģimenes locekļi un radi (51%), kā arī draugi (46%). Tiesībsargājošās iestādēs vērsušies 26% sieviešu kārtas respondentu. Vēl 21% konsultējies ar psihologu vai psihoterapeitu. Vīrieši visbiežāk vērsušies tiesībsargājošās iestādēs (47%), pie draugiem (42%). Pie ģimenes locekļiem palīdzību lūguši vien 29%, ārsta palīdzību lūgusi ceturtdaļa cietušo vīriešu. Atšķirība vīriešu un sieviešu atbildēs ir atkarīga no vardarbības veida – vīriešiem tā galvenokārt ir fiziskā vardarbība, kuras sekas prasa medicīnu un tiesībsargājošo iestāžu iejaukšanos.

¹ Kopš 2006. gada izveidota LGBT (lezbiešu, geju, biseksuālu un transseksuālu personu) nevalstiska organizācija „Mozaika”, kas organizējusi gan plašākus „Draudzības dienu” pasākumus 2006., 2007. un 2008. gadā, informējot par LGBT personām, diskrimināciju un tiesībām, gan īstenojot atbalsta pasākumus biedriem, izglītojot par veselības un citiem jautājumiem. Organizācijā darbojas arī jauniešu grupa, kuras projekts „Skapis” izglīto jauniešus, ģimenes, skolotājus un sociālos darbiniekus par lesbiešu, geju, biseksuālu cilvēku un transpersonu jautājumiem www.skapis.eu, (skatīts 2011. gada 14. novembrī)

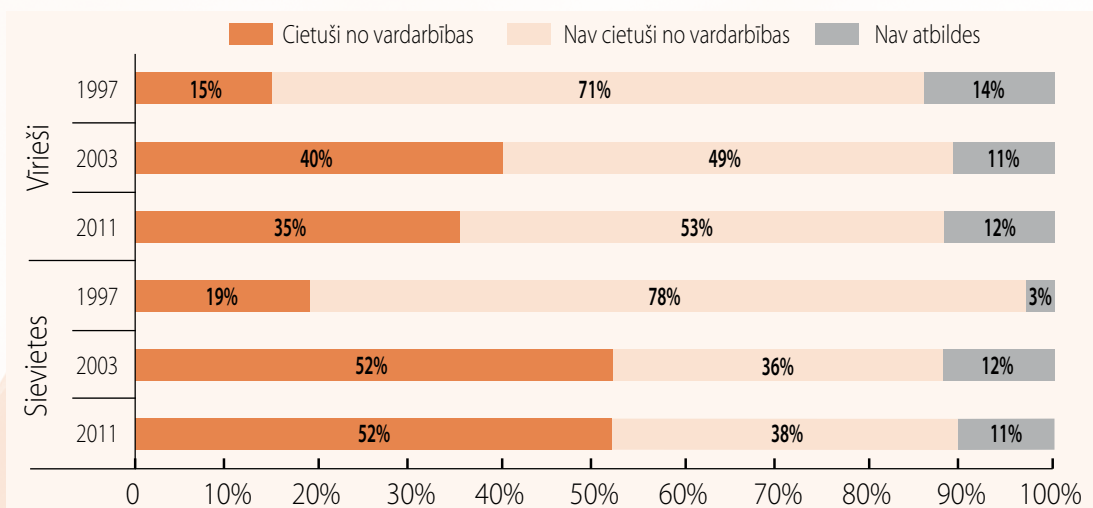
² 2006. gada 4. aprīļa Ministru kabineta noteikumi Nr. 263 „Ar noteiktām slimībām slimojošu pacientu reģistra izveides, papildināšanas un uzturēšanas kārtība”.

³ 2008. gada 15. septembra Ministru kabineta noteikumi Nr. 746 „Ar noteiktām slimībām slimojošu pacientu reģistra izveides, papildināšanas un uzturēšanas kārtība”.

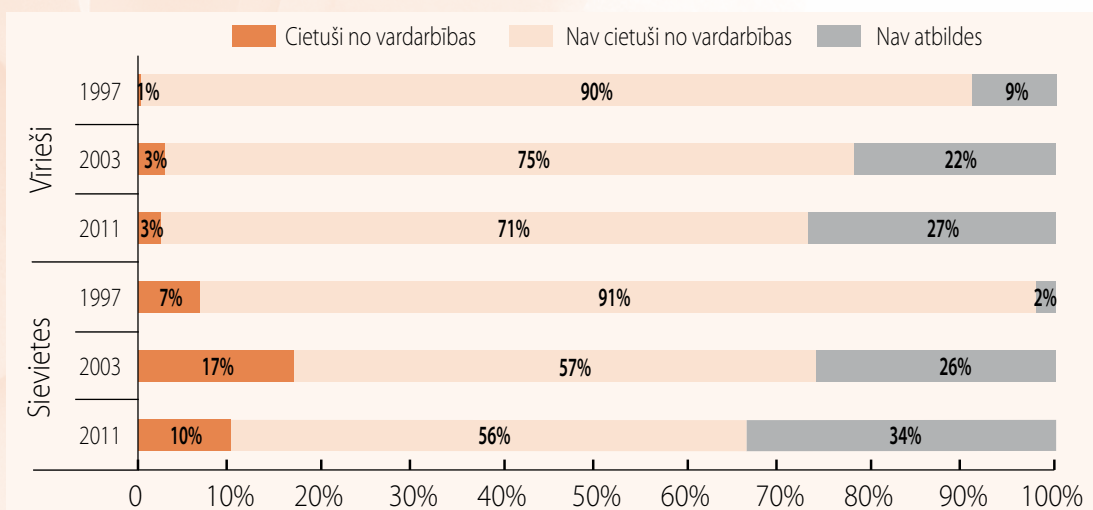
1.14. attēls. Vai esat cietuši no fiziskas vardarbības? Visu respondentu atbildes, %, 1997. gadā (sievietes, n = 2990, vīrieši, n = 1578), 2003. gadā (sievietes, n = 1251, vīrieši, n = 1201), 2011. gadā (sievietes, n = 1313, vīrieši, n = 1304)



1.15. attēls. Vai esat cietuši no emocionālas vardarbības? Visu respondentu atbildes, %, 1997. gadā (sievietes, n = 2990, vīrieši, n = 1578), 2003. gadā (sievietes, n = 1251, vīrieši, n = 1201), 2011. gadā (sievietes, n = 1313, vīrieši, n = 1304)



1.16. attēls. Vai esat cietuši no seksuālas vardarbības? Visu respondentu atbildes, %, 1997. gadā (sievietes, n = 2990, vīrieši, n = 1578), 2003. gadā (sievietes, n = 1251, vīrieši, n = 1201), 2011. gadā (sievietes, n = 1313, vīrieši, n = 1304)



Kopsavilkums

Dzimstības un laulātības situāciju pārskata periodā no 2003. gada līdz 2011. gadam raksturo gan kāpums, gan kritums, kas atbilst izmaiņām valsts ekonomiskajā situācijā. Analizējot iemeslus indivīda izvēles līmenī, kā galvenie faktori lēmumos par dzimstību minami:

1.1. Ekonomiskā situācija. Pieaugusi nedrošības sajūta par ienākumiem un darba saglabāšanu nākotnē. Nedaudz samazinājusies dzīves apstākļu faktora nozīme sievietēm. Valsts sociālā politika nav bijusi elastīga attiecībā uz ekonomikas pārmaiņām. Latvijā trūkst valsts atbalsta pasākumu, kas būtu vērsti uz ģimenēm, kurās ir bērni pēc pirmā dzīves gada un/ vai ļautu risināt ekonomiskas problēmas ģimenē. Nodarbinātībasvalstsagentūrasaktīvās nodarbinātības pasākumos ģimenes, kurās viens vai abi vecāki ir bezdarbnieki, kā mērķa grupas nav iekļautas.

1.2. Ģimenes modeļa maiņa. Pētījuma dati rāda, ka Latvijā turpinās ģimenes modeļa un ar to saistīto vērtību maiņa. Aptaujā, salīdzinot ar iepriekšējo pētījumu, vairāk respondentu atzīmējuši, ka dzīvo neregistrētās partnerattiecībās.

1.2.1. Ar partneru maiņu saistīta ekonomiskā un sociālā nestabilitāte. Neregistrētās partnerattiecībās dzīvojošie respondenti biežāk nevēlas bērnus. Vienlaicīgi jāatzīmē, ka Igaunijas pieredze rāda, ka šis faktors ir šķērslis tajā gadījumā, ja valstī nav paredzēti efektīvi atbalsta pasākumi vecākiem dažāda veida ģimenes modeļos.

1.2.2. Bērna dzemdēšanas atlikšana uz vēlāku vecuma posmu. Atliktā bērnu radīšana un zems vēlamo bērnu skaits negatīvi ietekmēs dzimstības rādītājus tuvākajās desmitgadēs, līdz plaša rādītājos, ko rada nobīde, izlīdzināsies. Kā rāda ES demogrāfijas ziņojums (*European Commission, 2011: 27–28*), Skandināvijas valstis ar bērna dzemdēšanas atlikšanu saistītās demogrāfiskās pārmaiņas ir pārvarējušas, un dzemdēšanas vecuma atlikšana nav pazeminājusi sieviešu fertilitāti mūža laikā.

1.2.3. Pieaug seksuāli transmisīvu infekciju (STI) un nevēlamu grūtniecību riska periods cilvēka reproduktīvajā dzīvē. Jaunieši plāno ģimeni un bērnus vēlākā laika posmā, bet uzsāk seksuālās attiecības agrākā vecumā, tāpēc paildzinās pirmslaulību jeb attiecību izmēģinājuma periods, kad respondenti netiecas veidot pastāvīgas partnerattiecības, biežāk maina partnerus. Kļūst aktuālāka kontracepcijas pieejamība un izsargāšanās no STI plašākam iedzīvotāju lokam.

1.2.4. Jaunieši ir dzīvojuši vidē, kur viņu vai draugu vecāki ir veidojuši jaunas attiecības jeb t.s. „rekombinētās” ģimenes. Diskusijās un intervijās jaunieši norāda uz noturīgu attiecību prasmju veidošanas trūkumu, diskusijas trūkumu par šiem jautājumiem skolā un publiskajā telpā.

1.2.5. Partnerattiecības ietekmē migrācija. Aptauja rāda, ka dzimumpartnera prombūtne rada gadījuma attiecību risku. Pētījums par vardarbību un veselību (Putniņa, 2007) norādīja, ka no vecāku darba iespēju meklēšanas ārzemēs cieš bērni. Īpaši problemātisks ir pieaugušo atbalsta trūkums pusaudža vecumā, kad tiek veidotas partnerattiecības un seksuālā dzīve.

1.2.6. Vardarbības rādītājos nav vērojams pieaugums, taču tās apjomi kopumā nav mazinājušies, norādot uz īstenoto pasākumu zemo efektivitāti. Veselības ekonomikas centra (VEC) dati no Traumu reģistrā iekļautajiem datiem liecina, ka vardarbības ģimenē sekas stacionārajās veselības aprūpes iestādēs tiek reģistrētas biežāk, kas norāda uz labāku vardarbības atpazīšanu.

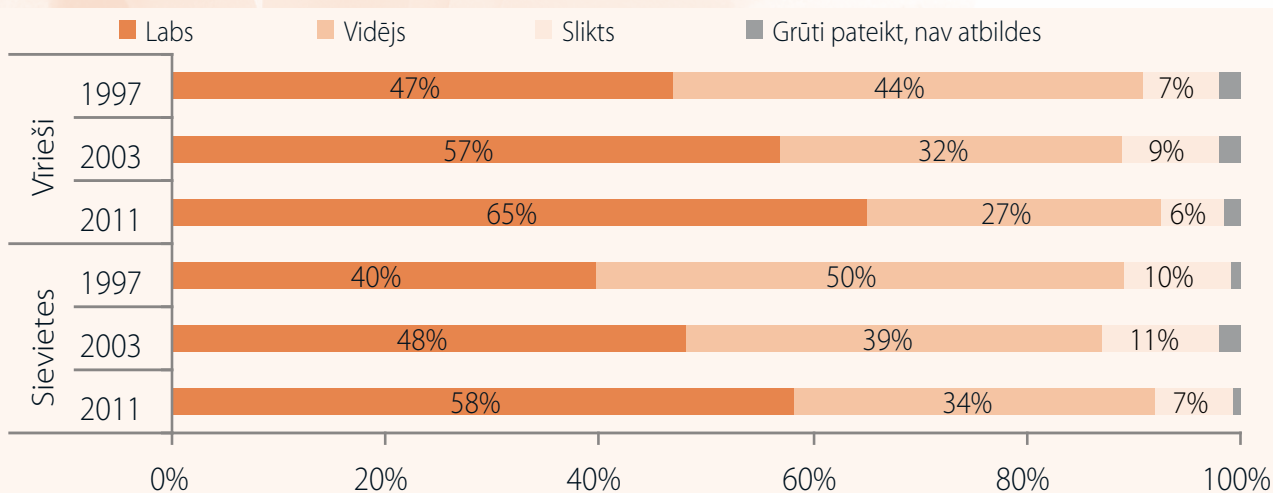
2. nodaļa

Veselības aprūpe

Veselības stāvokli nosaka dažādi faktori – iedzimtība, paradumi, sociālie apstākļi, kā arī veselības aprūpes sistēmas kvalitāte un pieejamība. Kopš iepriekšējā pārskata perioda uzlabojumi vērojami vairākās reprodūktīvās veselības jomās – turpina samazināties abortu skaits, palielinās vīriešu loma reprodūktīvās veselības sektorā. Arvien vairāk tēvu iesaistās ar bērna dzimšanu saistītajās norisēs. Ir ieviests organizētais dzemdes kakla un krūts dziedera vēža skrīnings, kas nākotnē varētu samazināt Latvijā joprojām augsto mirstību no šiem ļaundabīgajiem audzējiem. Pašreizējās tendences gan vēl neuzrāda situācijas uzlabošanu un skrīninga aptvere ir zemāka par plānoto. Kopš 2010. gada vakcinācijas kalendārā ieviesta 12 gadu vecu meiteņu vakcinācija pret cilvēka papilomas vīrusu, kas ir viens no dzemdes kakla vēža izraisītājiem.

Pētījumam veiktā aptauja liecina, ka kopš iepriekšējā pārskata perioda 2003. gadā veselības aprūpes speciālistu apmeklētības rādītāji nav uzlabojušies. Joprojām vīrieši ambulatorajās medicīnās iestādēs vēršas retāk nekā sievietes. Samazinājies to respondentu īpatsvars, kuriem ir apdrošināta veselība. Īpaša problēmgrupa ir trūcīgie iedzīvotāji, kuriem līdzekļu trūkums ierobežo gan veselības aprūpi, gan drošu izsargāšanās līdzekļu iegādi.

2.1. attēls. Kā jūs kopumā novērtētu savu veselības stāvokli pēdējo 12 mēnešu laikā? Visu respondentu atbildes, %, 1997. gadā (sievietes, n = 2990, vīrieši, n = 1578), 2003. gadā (sievietes, n = 1251, vīrieši, n = 1201), 2011. gadā (sievietes, n = 1313, vīrieši, n = 1304)



2.1. Veselības stāvokļa pašvērtējums

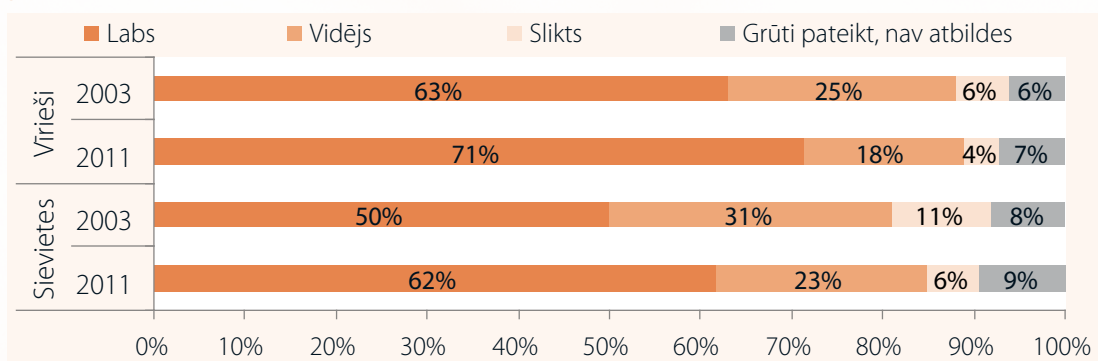
2.1.1. Vispārējā veselība

Salīdzinot 2011. gada aptaujas datus ar 1997. un 2003. gada datiem, vērojams, ka turpina uzlaboties gan vīriešu, gan sieviešu vispārējā veselības stāvokļa pašvērtējums – 58% sieviešu un 65% vīriešu savu veselību vērtē kā labu (sk. 2.1. attēlu).

Tāpat kā iepriekšējos gados, veselības pašvērtējumu ietekmē respondentu materiālais stāvoklis – jo augstāki ir ienākumi uz vienu ģimenes locekli mājsaimniecībā, jo pozitīvāk respondents vērtē veselības stāvokli. Tā, 51% sieviešu un 58,8% vīriešu kārtas respondentu ar ienākumiem līdz 100 latiem mēnesī uz mājsaimniecības locekli savu veselību vērtē kā labu un ļoti labu, kamēr ienākumu grupā 200 un vairāk latu šis īpatsvars ir attiecīgi 62,9% un 68,4%. Pašvērtējuma starpība starp zemāko un augstāko ienākumu grupu tomēr ir mazāka nekā iepriekšējā aptaujā 2003. gadā. Abu dzimumu respondenti, kuri ieguvuši vidējo profesionālo izglītību, kopumā savu veselības stāvokli vērtē zemāk nekā tie, kuriem ir augstākā vai vidējā vispārējā izglītība.

Veselības vērtējums pasliktinās arī ar katru nākamo vecuma grupu. Vecumam pieaugot, respondenti arvien biežāk veselības stāvokli vērtē kā vidēju: ja 14–19 gadu vecuma grupā vidēju veselības pašvērtējumu

2.2. attēls. Kā jūs kopumā novērtētu savu seksuālās un reproduktīvās veselības stāvokli pēdējo 12 mēnešu laikā? Visu respondentu atbildes, %, 2003. gadā (sievietes, n = 1251, vīrieši, n = 1201), 2011. gadā (sievietes, n = 1313, vīrieši, n = 1304)



sniedz 16,8% vīriešu un 23% sieviešu, tad 40–49 gadu vecuma grupā šāds vērtējums jau ir 44,2% vīriešu un 48,3% sieviešu.

Cilvēkiem ar augstu vispārējās veselības pašvērtējumu ir augstāks sava emocionālā un garīgā stāvokļa vērtējums.

Aptaujā mērītais veselības pašvērtējums atbilst citu pētījumu sniegtajiem datiem. Pēc 15–64 gadu vecu Latvijas iedzīvotāju veselību ietekmējošo paradumu pētījuma datiem (Pudule u. c., 2011), 2010. gadā savu veselību kā labu vērtējuši 28,3% un kā diezgan labu – 27,3% iedzīvotāju. Kā sliktu savu veselību vērtējuši 5,7% un kā diezgan sliktu – 2% iedzīvotāju. Sievietes savu veselību kā sliktu vērtē biežāk nekā vīrieši. Savu veselību augstāk – kā labu vai diezgan labu vērtē 66% respondentu ar augstāko izglītību. Atšķirībā no veselību ietekmējošo paradumu pētījuma datiem, šim ziņojumam veiktā aptauja liecina par laba veselības stāvokļa korelāciju ar respondenta ienākumiem, bet ne augstāku izglītības līmeni.

2.1.2. Seksuālā un reproduktīvā veselība

Līdzīgi kā 2003. gada aptaujā, vīrieši savu seksuālās un reproduktīvās veselības stāvokli pēdējā gada laikā vērtē augstāk nekā sievietes un augstāk nekā savu vispārējās veselības stāvokli. Saglabājas tendence respondentiem ar augstākiem ienākumiem augstāk vērtēt arī savu seksuālās un reproduktīvās veselības stāvokli. Respondenti ar vidējo profesionālo izglītību seksuālās un reproduktīvās veselības stāvokli vērtē zemāk nekā respondenti ar vispārējo vidējo un augstāko izglītību. Vecuma grupā 40–49 gadi tikai 39,9% sieviešu un 58,3% vīriešu savu seksuālās un reproduktīvās veselības stāvokli vērtē kā labu un ļoti labu, bet 40,3% sieviešu un 30,8% vīriešu šajā vecuma grupā savu seksuālo un reproduktīvo veselību vērtē kā vidēju.

No tiem respondentiem, kas dzīvo kopā ar laulāto, 59,4% sieviešu un 72,5% vīriešu kārtas respondentu atzīmējuši, ka savu seksuālās un reproduktīvās veselības stāvokli vērtē kā labu un ļoti labu. To respondentu vidū,

kas atzīmējuši, ka dzīvo neregistrētās partnerattiecībās, vērtējums kopumā ir augstāks – 71,6% sievietēm un 80% vīriešiem. Daļēji starpību var skaidrot ar respondentu vecumu, jo neregistrētās partnerattiecības biežāk izvēlas gados jaunāki respondenti. Vienlaikus jāatzīmē, ka noturīgas partnerattiecības tomēr paaugstina vērtējumu – viszemākais seksuālās un reproduktīvās veselības vērtējums ir to respondentu vidū, kam nav noturīgu partnerattiecību.

2.2. Saslimstība ar STI, riski un atpazīšana

Būtisks faktors labas seksuālās un reproduktīvās veselības uzturēšanai ir seksuāli transmisīvo infekciju iespējami agrīna diagnostika un ārstēšana, ko nodrošina gan regulāras rūpes par veselību, gan zināšanas par iespējam inficēties ar STI.

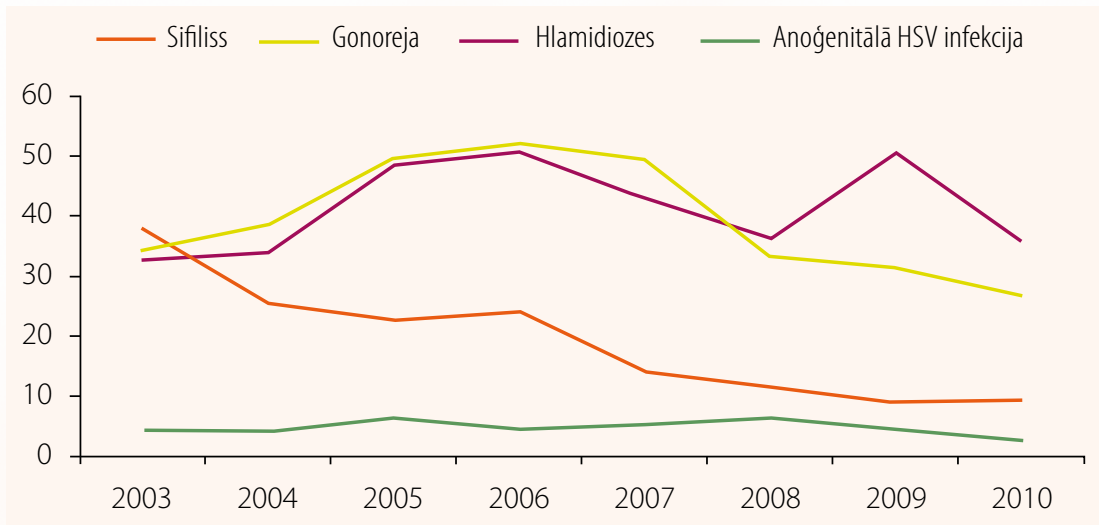
2.2.1. STI izplatības tendences

Pasaulē zināmas vairāk nekā 30 dažādas seksuāli transmisīvās infekcijas. Latvijā obligātai reģistrācijai pakļautas tikai četras STI: sifliss, gonokoku un hlamīdiju (*Chlamydia trachomatis*) infekcijas, ieskaitot *Lymphogranuloma venereum*, un anoģenitālā *Herpes simplex* vīrusu (HSV) infekcija.

Analizējot datus par saslimstību, jāņem vērā, ka STI uzskaitē Latvijā neatspoguļo reālo saslimstības līmeni divu iemeslu dēļ. Pirmkārt, STI ir raksturīgas bezsimptomu formas, un inficētās personas nevēršas pēc medicīniskās palīdzības. Otrkārt, STI slimnieki ne vienmēr apmeklē ārstu vai ārsti ne vienmēr savlaicīgi paziņo par saslimšanas gadījumiem. Šādu secinājumu par situāciju ar hlamīdiozi visās ES valstīs izsaka ES infekcijas slimību uzraudzības centrs (ECDC, 2011: 4, 31). Kopš 2008. gada Latvijā uzlabojusies infekcijas slimību, ieskaitot STI, reģistrācija, jo tika ieviesta laboratoriju ziņošana, ļaujot datiem par saslimšanu nonākt datubāzē tieši no laboratorijām. Saskaņā ar Valsts aģentūras „Latvijas Infektoloģijas centrs” (LIC) datiem laika posmā no 2003. līdz 2010. gadam Latvijā tika reģistrēti 14 292 STI gadījumi; no tiem 6163 hlamīdiozes gadījumi (43%),

2.

2.3. attēls. Saslimstība ar sifilisu, gonoreju, hlamidiozēm un anoģenitālo HSV infekciju vīriešu vidū (gadījumu skaits uz 100 000 vīriešiem)



Avots: Valsts aģentūras „Latvijas Infektoloģijas centrs” dati.

4404 gonorejas gadījumi (31%), 3136 sifilisa gadījumi (22%), 589 anoģenitālās HSV infekcijas gadījumi (4%).

LIC epidemioloģiskās uzraudzības dati liecina, ka 2003.–2010. gadā STI gadījumi vīriešiem reģistrēti 1,6 reizes biežāk nekā sievietēm: 8859 (62%) gadījumi vīriešiem un 5433 (38%) gadījumi sievietēm.

Pētījuma periodā no 2003. gadā līdz 2010. gadam vīriešiem reģistrētā saslimstība ar sifilisu samazinājusies 4 reizes, ar gonoreju 1,3 reizes, ar anoģenitālo HSV infekciju 1,5 reizes, bet 1,1 reizi pieaugusi saslimstība ar hlamidiozēm. Sievietēm saslimstība ar gonoreju samazinājusies 1,3 reizes, tomēr ievērojami (4,6 reizes) pieaugusi saslimstība ar hlamidiozēm, kas ir daudz augstāks rādītājs nekā vīriešiem. Ja 2003. gadā gan vīriešiem, gan sievietēm visaugstākā ir bijusi saslimstība ar sifilisu (38,0 gadījumi uz 100 000 vīriešiem un 29,9 gadījumi uz 100 000 sievietēm), tad 2010. gadā – ar hlamidiozēm (36,1 gadījumi uz 100 000 vīriešiem un 55,1 gadījumi uz 100 000 sievietēm). Saslimstība ar anoģenitālo HSV infekciju tika reģistrēta iepriekšējā līmenī.

Saskaņā ar LIC datiem pētījuma periodā visaugstākā saslimstība ar gonoreju vīriešiem ir reģistrēta 2006. gadā 15–24 gadu vecuma grupā (121,3 gadījumi uz 100 000 vīriešiem) (sk. 2.5. attēlu). Visaugstākā saslimstība ar sifilisu un anoģenitālo HSV infekciju vīriešiem ir 25–49 gadu vecuma grupā, bet ar gonoreju un hlamidiozēm – 15–24 gadu vecuma grupā, un pētījuma periodā šī tendence nemainās.

Saskaņā ar LIC datiem sievietēm augstākā saslimstība ar hlamidiozēm ir reģistrēta 15–24 gadu vecuma grupā (239,2 gadījumi uz 100 000 sievietēm 2010. gadā), kas ir 3,5 reizes augstāks rādītājs nekā vidēji 25–49 gadu vecuma grupā. Līdzīga tendence vērojama saslimstības rādītājos ar gonoreju, kur 15–24 gadu vecuma grupā vērojama 3,3 reizes augstāki saslimstības rādītāji (26,2

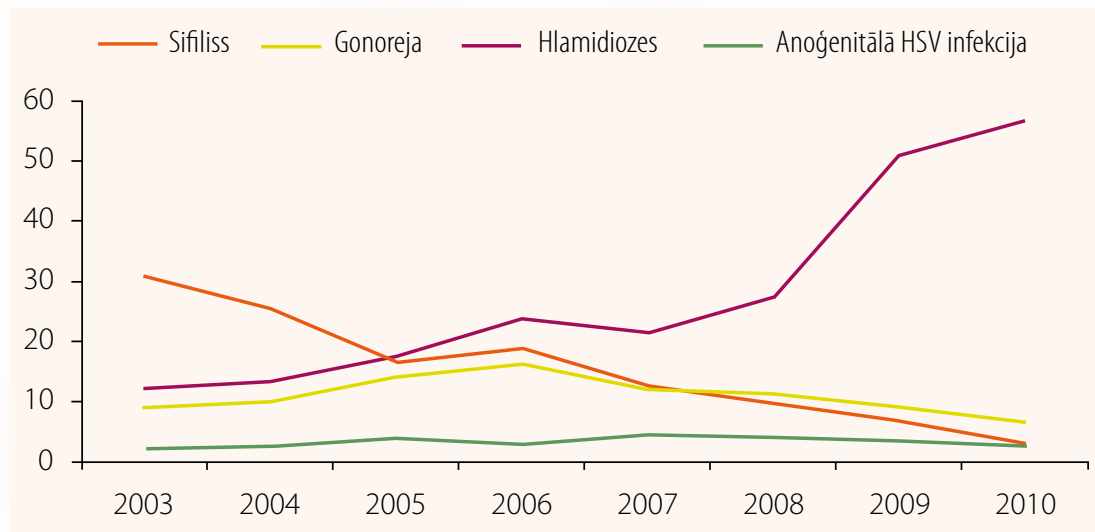
gadījumi uz 100 000 attiecīgā vecuma sievietēm) salīdzinot ar 7,9 gadījumiem uz 100 000 attiecīgā vecuma sievietēm vidēji 25–49 gadu vecuma grupā.

2.2.1.1. Hlamidioze

Epidemioloģiskās uzraudzības dati uzrāda hlamidiožu gadījumu pieaugumu uz 100 000 iedzīvotājiem. Visaugstākā saslimstība vērojama jauniešu vecuma grupā (15–24 gadi). Īpaši strauja pieauguma tendence ir jauno sieviešu saslimstības rādītājiem. Atklāto gadījumu skaits vīriešu vidū ir ievērojami zemāks. Kā minēts ES infekcijas slimību uzraudzības ziņojumā 2010. gadam (ECDC, 2010) un Eiropas slimības novēršanas un kontroles centra informācijā (ECDC, 2011), atšķirības ES valstu datos un izplatības pieaugums rāda, ka infekcijas izplatība visās ES dalībvalstīs netiek pilnīgi apzināta. Tam par iemeslu minēta gan nepietiekama uzskaitē, gan bieži bezsimptomu slimības gaita, kuras dēļ inficētie nevēršas pie ārsta. Latvijas dati uzrāda ievērojami zemāku uzskaitīto hlamidiozes gadījumu skaitu, salīdzinot ar Igauniju vai Skandināvijas valstīm (ECDC, 2010: 32). Kā rāda ziņojums (ECDC, 2010: 6., 31) hlamidiozes biežāk skartā riska grupa ir jaunieši 15–24 gadu vecuma grupā. Eiropas slimības novēršanas un kontroles centra informācija liecina, ka ar hlamidiozi inficētie iedzīvotāji nepieder pie tradicionālajām STI riska grupām, un galvenie riska faktori šai STI ir agrīns vecums un jauns (nesens) dzimumpartneris (turpat).

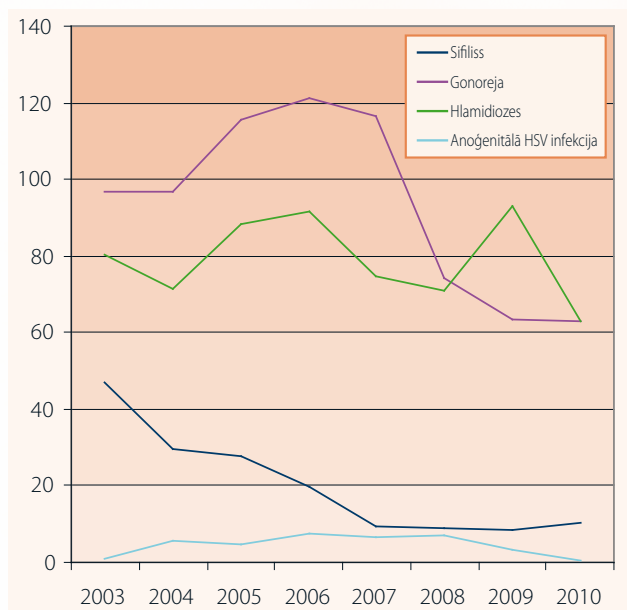
Zinātniski pierādīts, ka neārstēti hlamidiožu gadījumi var radīt smagas sekas sievietes reproduktīvai veselībai, izraisīt iegurņa iekaisuma slimības un izveidot olvadu necaurīdību, tādējādi radot ārpusdzemdes grūtniecības risku vai neauglību. Hlamidiozes norisei biežāk ir bezsimptomu gaita, tāpēc būtiska ir savlaikus veikta diagnostika un ārstēšana arī tajos gadījumos, ja sūdzību nav.

2.4. attēls. Saslimstība ar sifilisu, gonoreju, hlamidiozēm un anoģenitālo HSV infekciju sievietēšu vidū (gadījumu skaits uz 100 000 sievietēm)



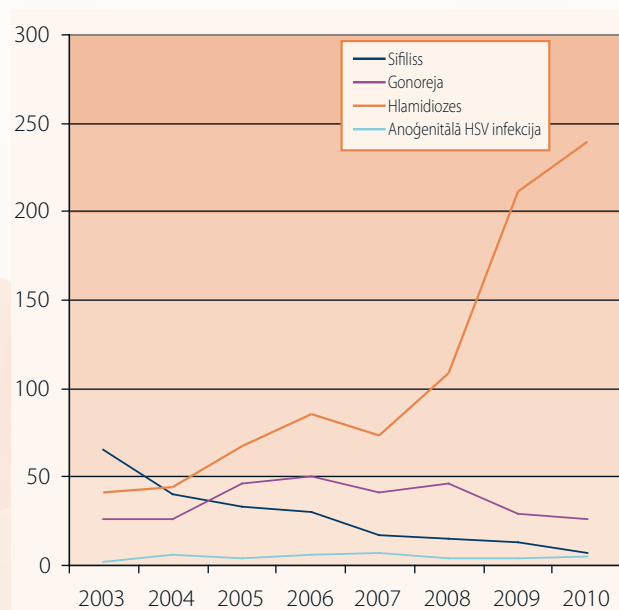
Avots: Valsts aģentūras „Latvijas Infektoloģijas centrs” dati.

2.5. attēls. Saslimstība ar sifilisu, gonoreju, hlamidiozēm, anoģenitālo HSV infekciju 15–24 gadus veciem vīriešiem (gadījumu skaits uz 100 000 attiecīgā vecuma vīriešiem)



Avots: Valsts aģentūras „Latvijas Infektoloģijas centrs” dati.

2.6. attēls. Saslimstība ar sifilisu, gonoreju, hlamidiozēm, anoģenitālo HSV infekciju 15-24 gadus vecām sievietēm (gadījumu skaits uz 100 000 attiecīgā vecuma sievietēm)



Avots: Valsts aģentūras „Latvijas Infektoloģijas centrs” dati.

Latvijā skrīninga programma hlamidiozes noteikšanai attiecas tikai uz grūtniecēm. Analizējot saslimstības tendences grūtnieču vidū, vērojams gandrīz trīskārtējs hlamidiozes gadījumu skaita pieaugums gada laikā.

2.2.1.2. Sifiliss

Saslimstībai ar sifilisu pārskata periodā novērojama samazināšanās tendence. Kaut gan kopš 1999. gada Latvijā saslimstība ar sifilisu samazinājusies 6,2 reizes, tomēr tā joprojām ir otrā augstākā ES valstu vidū pēc Rumānijas. Līdzīgs inficēšanās gadījumu skaits ir arī Lietuvā (ECDC, 2010: 48-49). Galvenā riska grupa,

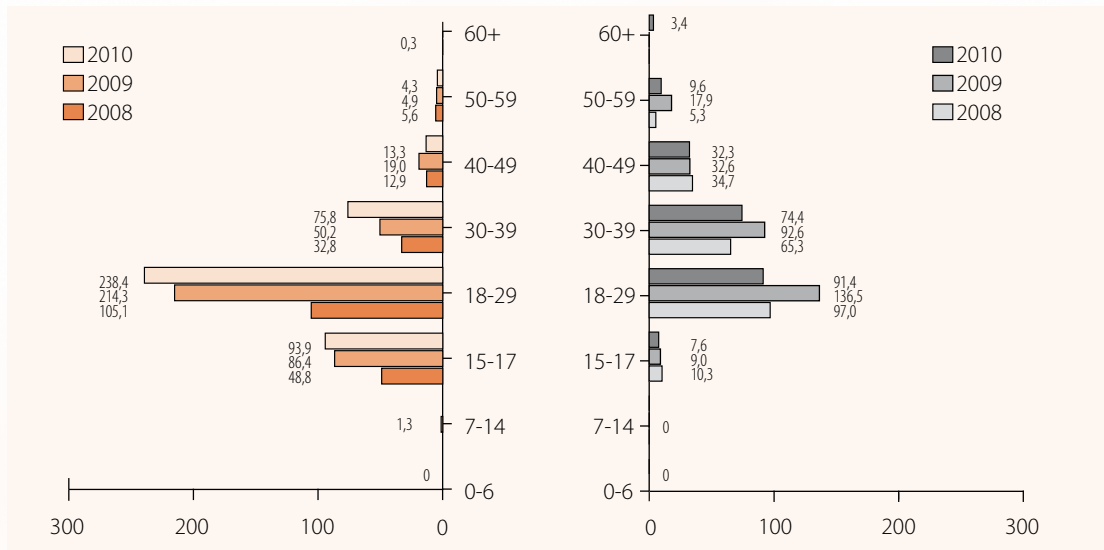
saskaņā ar Eiropas slimības novēršanas un kontroles centra ziņojumu (turpat 2010: 48), ir vīrieši 25–44 gadu vecuma grupā (23 gadījumi uz 100 000 attiecīgā vecuma vīriešu) un sievietes 15–24 gadu vecuma grupā (14 gadījumi uz 100 000 attiecīgā vecuma sievietes). Gandrīz katru gadu Latvijā tiek konstatēti arī iedzimta sifilisa gadījumi. 2009. gadā tika reģistrēti 2 iedzimta sifilisa gadījumi jeb 0,09 gadījumi uz 1000 dzīvi dzimušajiem.

2.2.1.3. Gonoreja

Saskaņā ar Eiropas slimības novēršanas un kontroles centra ziņojumu (ECDC, 2010: 36) 2008. gadā

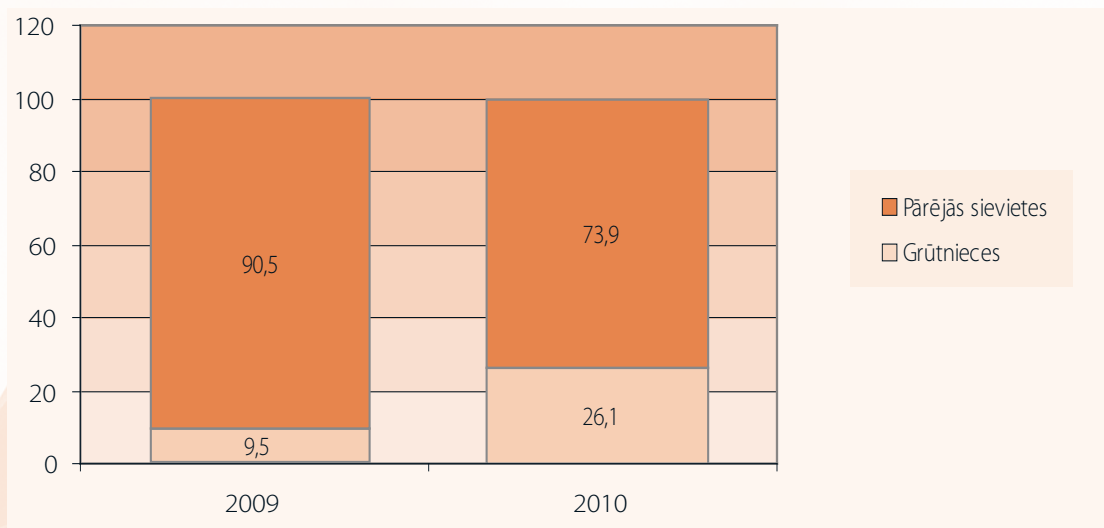
2.

2.7. attēls. Saslimstība ar hlamidiozēm – sievietes (sarkanā krāsā kreisajā pusē), vīrieši (pelēkā krāsā, labajā pusē) uz 100 000 attiecīgā vecuma un dzimuma iedzīvotājiem pa vecuma grupām



Avots: Valsts aģentūras „Latvijas Infektoloģijas centrs” dati.

2.8. attēls. Saslimstība ar hlamidiozi grūtniecēm un pārējām sievietēm, īpatsvars % no visu gadījumu skaita



Avots: Valsts aģentūras „Latvijas Infektoloģijas centrs” dati.

Latvijā saslimstība ar gonoreju ES valstu vidū bija otrajā vietā pēc Lielbritānijas (21 gadījums uz 100 000 iedzīvotājiem; Lielbritānijā 27 gadījumi uz 100 000 iedzīvotājiem). Specifisks saslimstības īpatsvars ES vērojams 15–24 gadu vecu jauniešu vidū. Latvijā šis rādītājs 15–24 gadu vecu vīriešu un sieviešu vecuma grupās bijis attiecīgi 74 un 73 gadījumi uz 100 000 attiecīgā vecuma un dzimuma iedzīvotājiem (turpat: 35).

Gonokoku infekcijas gadījumā būtisku problēmu var radīt infekcijas neārstēšana vai nekontrolēta antibakteriālo zāļu lietošana, kas var izraisīt neatgriezeniskas sekas veselībai (piemēram, neauglību) un negatīvi ietekmēt seksuālo un reproduktīvo veselību nākotnē.

2.2.2. STI risku atpazīšana

Aptaujas dati rāda, ka lielākā daļa respondentu apzinās gadījuma attiecības kā STI riskus un spētu izvēlēties atbilstošus aizsargāšanās līdzekļus. To sieviešu vidū, kuras jebkad ir slimojušas ar STI, gadījuma attiecības ir bijušas 64%. Attiecīgā vīriešu grupā tādu ir 89,2%. No respondentiem, kuri nekad nav slimojuši ar STI, gadījuma attiecības bijušas 39,4% sieviešu un 63% vīriešu.

2.2.3. Rīcība saslimšanas gadījumā

Rīcības modelis reproduktīvo orgānu sistēmas saslimšanas gadījumā nav būtiski mainījies kopš iepriekšējā apsekojuma 2003. gadā. Ja respondentiem rastos aizdomas par dzimumorgānu iekaisumu, tad 90% sieviešu apmeklētu ginekologu un 64% vīriešu

apmeklētu urologu vai citu speciālistu. Vīrieši biežāk nekā sievietes konsultētos ar ģimenes ārstu, to darītu 40% vīriešu (2003. gadā – 33%) un 25% sieviešu (2003. gadā – 19%).

Sieviešu populārākais konsultants ir ginekologs, un tieši šim ārstam ir vislielākā nozīme klientu uzvedības veidošanā reproduktīvo orgānu slimības gadījumā. Ginekologa popularitāte sieviešu kārtas respondentu vidū īpaši pieaug pēc 20 gadu vecuma, un arī pašā jaunākajā vecuma grupā tas ir populārāks padomdevējs nekā ģimenes ārsts. Vīriešu vidū urologs ir nozīmīgāks konsultants par ģimenes ārstu dzimumorgānu iekaisuma gadījumos, un popularitāti iegūst līdz ar katru nākamo vecuma grupu. Ja vecuma grupā 15–19 gadi, puse respondentu konsultētos ar urologu, tad vecuma grupā 40–49 gadi to darītu jau 71,9% respondentu.

Aptauja uzrāda jau 2003. gadā aizsākušos tendenci – jaunāka vecuma respondentes iekaisuma aizdomu gadījumā biežāk konsultētos ar ģimenes ārstu – 44,7% vecuma grupā 15–19 gadi; 29,8% – vecuma grupā 20–24 gadi. Vecākajā vecuma grupā, 40–49 gadi, tikai 14,7% sieviešu iekaisuma aizdomu gadījumā konsultētos ar ģimenes ārstu. Arī vīriešu kārtas respondentu vidū jaunāki vīrieši biežāk konsultētos ar ģimenes ārstu – 48,1% vecumā grupā 15–19 gadi, 35,1% vecuma grupā 40–49 gadi. Tas norāda, ka ģimenes ārstam ir liela nozīme tieši jauniešu tālākās rīcības modeļa veidošanā.

Ievērojams respondentu īpatsvars ar ārstu nekonsultētos. 12% sieviešu un 21% vīriešu nogaidītu, vai iekaisums pats nepāries. Savukārt paši mēģinātu ārstēties 9% un 12% sieviešu un vīriešu. Jaunāka biežāk nekā vecāka gadagājuma respondentes nogaidītu, vai iekaisums nepāries – 16,2% vecuma grupā 15–19 un 14,3% vecuma grupā 20–24 gadi. Vecuma grupās 25–29 un 30–39 gadi tādu respondentu īpatsvars ir attiecīgi 8,9% un 7,1%. Vīriešu kārtas respondentu vidū nogaidīšana tiek vienādi atzīta visās vecuma grupās. Pašā jaunākajā vecuma grupā, 15–19 gadu, tādu ir 24,4%.

Tikai 5,42% vīriešu atzīst seksuālās dzīves problēmas – priekšlaicīgas ejakulācijas un erekcijas problēmas. Kopumā, jo vecāka gadagājuma ir respondents, jo biežāk tiek atzītas seksuālās dzīves problēmas. Tomēr tikai piektā daļa šo vīriešu ir konsultējušies ar speciālistiem un biežāk to darījuši respondenti ar augstākiem ienākumiem.

2.2.4. Partneru informēšana par STI

Sekmīgas STI ārstēšanā ir būtiski, lai abi dzimumpartneri ārstētos vienlaikus. Reproductīvās un seksuālās veselības likums (2002) 6. pants paredz, ka inficētajam ir jāinformē savs dzimumpartneris par iespējamo slimību. Aptaujas dati rāda, ka partnerus par STI nav informējuši 13,1% sieviešu un 14,2% vīriešu kārtas respondentu. Lai arī neinformēšanas īpatsvars kopš 2003. gada ir nedaudz samazinājies, tas joprojām ir augsts. 2003. gadā 18% vīriešu un 11% sieviešu slimošanas laikā par to nav informējuši savu dzimumpartneri.

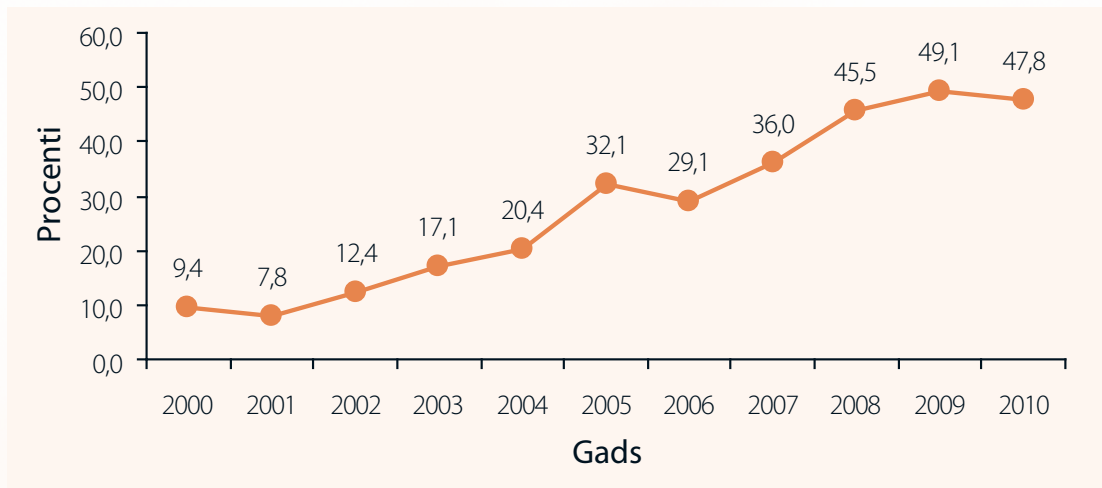
2.3. Saslimstība ar HIU/AIDS

HIV (cilvēka imūndeficīta vīrusa) infekcijas izplatība Latvijā ir stabilizējusies, ko Latvijas Infektoloģijas centra speciālisti skaidro ar infekcijas izplatības ierobežošanu injicējošo narkotisko vielu lietotāju vidū, kas tika panākts ar profilaktisko darbu (informēšanu, apmācīšanu, konsultēšanu un testēšanu), ar konkrētiem kaitējumu mazināšanas pasākumiem (šļirču maiņu, prezervatīvu un dezinfektantu izplatīšanu) minētajai riska grupai vienlaikus vairākās pilsētās (no 10 pilsētām 2003. gadā ir izaudzis un aptver 16 pilsētas 2011. gadā), samazinot lietotāju uzvedības riskus. Kā iespējamie blakusfaktori jāmin iedzīvotāju, tostarp reproduktīvajā vecumā, skaita samazināšanās, kas saistīta ar emigrāciju, HIV/AIDS izmeklējumu samazināšanās (ECDC, WHO *Regional Office for Europe*. 2010), injicējamo narkotisko vielu nomaiņu pret perorāli lietojamām substancēm (Trapencieris, Sņikere, Kaupe, 2011).

PVO apsekojums ir kritiskāks un uzsver, ka Latvija joprojām piedzīvo nopietnu HIV epidēmiju (*Laukamm-Josten et al.*, 2011:5-6). Galvenā riska grupa ir intravenozo narkotiku lietotāji un viņu dzimumpartneri, kā arī vīrieši, kuriem ir seksuālas attiecības ar vīriešiem un seksuālo pakalpojumu sniedzēji. Lai arī ir izveidotas novēršanas programmas (šļirču apmaiņa un metadona terapija), sniegto pakalpojumu apjoms ir nepietiekams, lai epidēmiju ierobežotu. Laboratorijas HIV testu skaits pēdējo divu gadu periodā ir krities un jāveido politika, lai riska grupām – intravenozo narkotiku lietotājiem un cietumniekiem – būtu pieeja diagnostikai (turpat: 6).

Jauno saslimšanas gadījumu skaitam ar AIDS vērojama pieauguma tendence, kas saistīta ar zināmu laika periodu (10 gadi) kopš maksimālā jauno inficēšanās

2.9. attēls. Heteroseksuālos dzimumsakaros ar HIV inficējušos personu īpatsvars no visiem inficētajiem, %



Avots: Valsts aģentūras "Latvijas Infektoloģijas centra" dati.

gadījumu reģistrēšanas 2001. gadā, plašo tuberkulozes kā AIDS indikatorslimības izplatību (inficētajam saslimstot ar tuberkulozi, arī pēc izārstēšanas diagnoze AIDS turpmāk saglabājas), kā arī pakalpojumu centralizāciju un ģeogrāfisko nepieejamību, pacientu nelīdzestību un izvairīšanos no regulārām veselības pārbaudēm pie infektologa.

Jauno HIV gadījumu skaita dinamikā pēdējos 6 gados būtiskas izmaiņas nav vērojamas (vidēji 317 jauni gadījumi gadā; 2010. gadā – 274). No kopējā jauno HIV infekcijas gadījumu skaita sievietēm vislielākais jauno gadījumu īpatsvars ir 20–29 gadu vecuma grupā. Tas potenciāli var palielināt to grūtnieču skaitu, kurām ir HIV infekcija, un to jaundzimušo skaitu, kuri HIV infekciju ieguvuši no mātes grūtniecības, dzemdību vai krūts barošanas laikā.

Vērojama tendence pieaugt heteroseksuālos dzimumsakaros ar HIV inficējušos personu īpatsvaram (sk. 2.9. attēlu). Kopš 2008. gada heteroseksuāli dzimumkontakti kļūst par galveno HIV transmisijas ceļu Latvijā. Īpaši straujš seksuālo kontaktu ceļā no jauna reģistrēto HIV infekcijas gadījumu skaita pieaugums vērojams sievietēm vidū (UNDOC, WHO 2011:10). Tāpēc iedzīvotāju un it īpaši jauniešu informēšana un motivēšana drošām seksuālajām attiecībām kļūst sevišķi nozīmīga un aktuāla.

2.3.1. Saslimstība grūtnieču vidū

HIV inficētām sievietēm grūtniecības laikā tiek nozīmēta profilaktiskā HIV pretvīrusu terapija (antiretrovirālā terapija), kas samazina risku bērnam iegūt infekciju no mātes. Jāatzīmē, ka grūtnieces, kam diagnosticēts gan sifliss, gan HIV, 40% gadījumu nav saņēmušas antenatālo aprūpi, līdz ar to antenatālajā periodā nav notikusi HIV vertikālās transmisijas pro-

filakse un siflisa ārstēšana¹. Pēc Jaundzimušo reģistra datiem, HIV inficēto dzemdētāju skaits 2010. gadā ir pieaudzis, sasniedzot 72 gadījumus. Iepriekšējos gados šis skaits ir bijis mainīgs: 59 gadījumi 2005. gadā, 69 – 2008., 57 – 2009. gadā. HIV inficēto jaundzimušo skaits, kas dzimuši HIV inficētām mātēm un inficējušies vertikālās transmisijas ceļā (bērna inficēšanās ar HIV no inficētas mātes grūtniecības, dzemdību vai krūts barošanas laikā), ir mainīgs: 2 gadījumi 2005. gadā, 8 – 2007., 2 – 2009., 4 – 2010. gadā.

Apvienoto Nāciju Ģenerālās asamblejas politiskajā deklarācijā 2011. gada jūnijā par HIV/AIDS īpaši uzsvērts, ka līdz 2015. gadam pilnībā jānovērš vertikālā ceļā iegūtu jaunu HIV gadījumu skaits, kas vienlīdz attiecināms uz visām Eiropas valstīm. Mērķi var sasniegt tikai, ja visas grūtnieces saņem pilnvērtīgu antenatālo aprūpi un HIV infekcija tiek diagnosticēta un uzsākta ārstēt savlaicīgi.

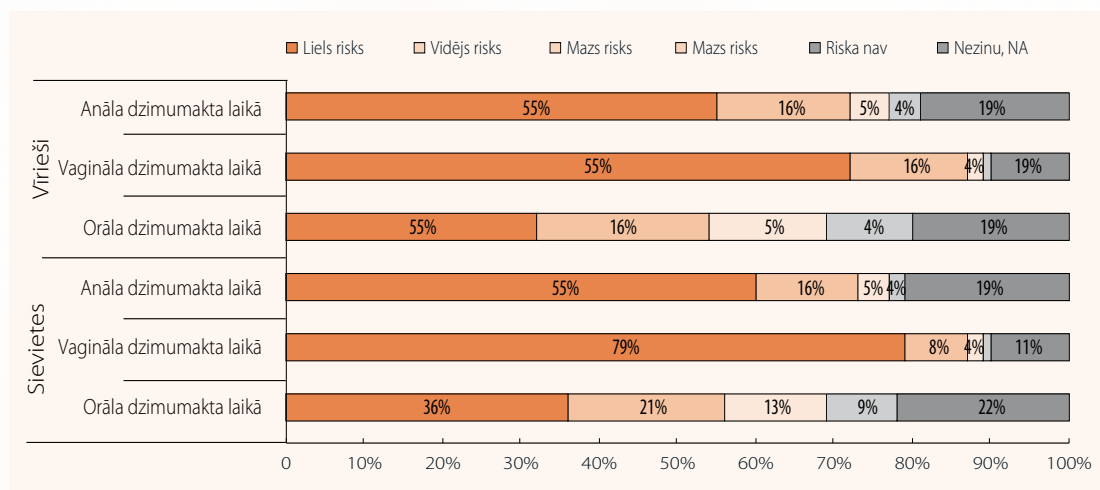
2.3.2. Zināšanas par HIV/AIDS

Risks inficēties ar HIV tiek vērtēts kā zems abu dzimumu respondentu vidū. 47% sievietēm un 46% vīriešiem kārtas respondentu uzskata, ka iespēja inficēties ir „ļoti zema”. Vēl 25,7% sievietēm un 23,7% vīriešiem uzskata, ka iespēja inficēties ir „diezgan zema”. Gandrīz ceturtdaļa respondentu šādu iespēju nespēj izvērtēt. Biežāk iespēju inficēties atturas vērtēt lauku iedzīvotāji – tādu lauku iedzīvotāju vidū ir trešdaļa, bet Rīgā – 17,4–17,7% abu dzimumu respondentu.

Zināšanas par inficēšanās riskiem ar HIV kopš iepriekšējā pētījuma nav būtiski mainījušās. Jauniešu vidū riska izpratne ir nedaudz palielinājusies, samazinājusies to respondentu skaits, kuri nav spējuši

¹ HIV infekcijas, tuberkulozes un seksuālās transmisijas infekciju izplatības ierobežošanas koordinācijas komisijas sanāksmes Protokols Nr. 13, 23.11.2010.

2.10. attēls. Cik liels, jūsuprāt, ir risks inficēties ar HIV šāda veida seksuālajos kontaktos? 15–24 gadus vecu respondentu atbildes, %, sievietes (n = 531), vīrieši (n = 521)



un jautājumu atbildēt.

Izmeklējumus HIV infekcijas diagnosticēšanai ir veikuši 36,6% aptaujāto sieviešu un 24,8% aptaujāto vīriešu. Vislielākais īpatsvars HIV testu veikušo respondentu vidū gan sievietēm, gan vīriešiem ir 30–39 gadu vecuma grupā – 54,5% sievietēm un 38,3% vīriešiem. Laukos dzīvojošiem respondentiem HIV tests veikts retāk – 27,4% sieviešu un 18,2% vīriešu, Rīgā – 45,8% sieviešu un 31,5% vīriešu. Kopš iepriekšējā apsekojuma 2003. gadā pārbaudi veikušo respondentu īpatsvars nav būtiski mainījies.

2.4. Neauglība un neauglības problēmu risināšana

Latvijā spēkā esošie normatīvie akti par medicīnisko apaugļošanu lielā mērā nodrošina pacientu, bērnu un dzimumšūnu donoru drošību un tiesību aizsardzību, tomēr šajā jomā vēl arvien ir vērojami vairāki būtiski trūkumi. Viena no problēmām, kas rada nopietnu risku, ir vienota dzimumšūnu donora reģistra trūkums. Latvijas likumdošana paredz, ka no viena dzimumšūnu donora dzimušo bērnu skaits valstī nedrīkst pārsniegt trīs bērnus². Šādas likuma normas pamatojums ir nepieciešamība samazināt neapzināta incesta risku, kas var rasties, satiekoties personām, kas dzimušas no viena dzimumšūnu donora. LU Bioloģijas fakultātes projekta „Kapacitātes stiprināšana starpnozaru pētījumos biodrošībā” ietvaros veiktās ekspertu intervijas liecina, ka Latvijā informācija par dzimumšūnu donoriem tiek apkopota tikai atsevišķu klīniku ietvaros, un klīnikas savstarpēji nedalās ar šo informāciju. Šāda sistēma praktiski neļauj kontrolēt no viena donora dzimušo kopējo bērnu skaitu situācijās, kad persona donē dzimumšūnas vairākās klīnikās. Medicīniskās apaugļošanas klīniku pārstāvji uzskata, ka kopēja donoru reģistra veidošana ir valsts atbildība, šobrīd klīniku savstarpējo informācijas apmaiņu par dono-

riem ierobežo personas datu aizsardzības prasības.

Nozīmīga problēma ir arī vienota neauglīgo ģimeņu reģistra un medicīniskās apaugļošanas reģistra trūkums valstī. Šobrīd katra medicīniskās apaugļošanas klīnika veido atsevišķu reģistru, tādēļ Latvijā nav pieejami kopīgi statistikas dati par neauglību un medicīnisko apaugļošanu. Šādi statistikas dati būtu nozīmīgi gan zinātniskiem pētījumiem, gan valsts politikas un medicīniskās apaugļošanas finansēšanas sistēmas izstrādei.

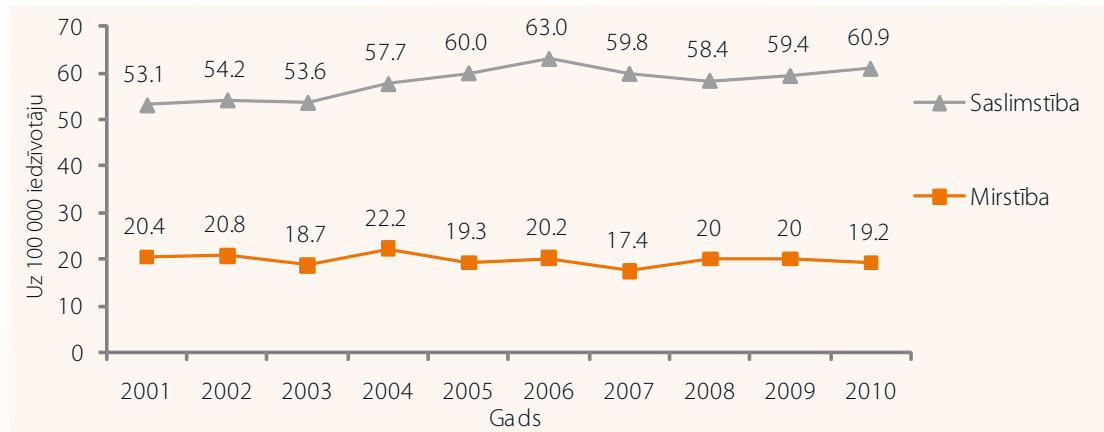
Virkne neatrisinātu problēmu ir saistīta ar surogācijas (sievietes iznēsā cita pāra bērnu) praksi Latvijā. Iepriekš minētā pētījuma rezultāti liecina, ka Latvijā katru gadu ir vismaz daži surogācijas gadījumi, tomēr trūkst šīs prakses juridiskā regulējuma un ētisko aspektu izvērtējuma. Tas rada nopietnus riskus visām surogācijā iesaistītajām pusēm. Latvijā trūkst arī juridiska un ētiska regulējuma jautājumiem, kas saistīti ar apaugļotu olšūnu izmantošanu pēc pāra kopdzīves pārtraukšanas, laulības šķiršanas vai viena partnera nāves, tāpat nenotiek diskusijas par preimplantācijas diagnostikas ētiskajiem aspektiem. Daudzās Eiropas valstīs³ šos jautājumus regulē valsts līmeņa ētikas komiteju vadlīnijas, tomēr Latvijā vadlīnijas bioētikas jautājumos pašlaik netiek veidotas, lai gan ieteikumu un konsultāciju sniegšana par biomedicīniskā progresa ētiku kā viena no funkcijām ir iekļauta Centrālās Medicīnas ētikas komitejas nolikumā⁴.

Nav arī valsts programmu neauglības pārvarēšanai, atstājot šos jautājumus pacientu ziņā. Neauglības

³ Piemēram, Austrijas Bioētikas Komisijas vadlīnijas par preimplantācijas ģenētisko diagnostiku (<http://www.bundeskanzleramt.at/DocView.axd?CobId=8427>), Beļģijas Bioētikas Komitejas viedokļi par preimplantācijas diagnostiku (http://www.health.belgium.be/filestore/17812571_EN/opinion%2049%20PGD-DEF.pdf) un par reprodukciju pēc viena partnera nāves (http://www.health.belgium.be/filestore/13084476/opinion%2028%20web_0_13084476_en.pdf)

⁴ Ministru kabineta 1998. gada 13. janvāra noteikumi nr. 9 „Centrālās medicīnas ētikas komitejas nolikums”, 4.1. punkts.

2.11. attēls. Saslimstība un mirstība sievietēm no krūts dziedzera ļaundabīgā audzēja vecuma grupā 0–64 gadi (uz 100 000 iedzīvotāju)



Avots: Nacionālā veselības dienesta dati

problēmu demogrāfijas kontekstā risina Ģimenes valsts politikas pamatnostādnes 2011.–2017. gadam⁵, paredzot uzdevumu – izvērtēt iespēju ieviest valsts atbalsta pasākumus neauglības ārstēšanai, kā arī informēt sabiedrību par reproduktīvās veselības apdraudējumiem un riskiem, kas var izraisīt neauglību. Lai vērtētu iespēju ieviest valsts atbalsta pasākumus, nepieciešams apzināt neauglības problēmas izplatību Latvijā.

Aptaujā par neauglību tika definēta situācija, kad, dzīvojot regulāru dzimumdzīvi un nelietojot nevienu kontracepcijas metodi, grūtniecība nav iestājusies divu gadu laikā. Aizdomas par neauglību aptaujā atzīnusi 6,5% sieviešu un 2,2% vīriešu. Lielākā daļa šo sieviešu par aizdomām ir konsultējušās ar ārstu un trešdaļa neauglību ir ārstējušas. Nedaudz mazāk kā puse šo vīriešu kārtas respondentu norāda, ka veikuši izmeklējumus un konsultējušies ar ārstu, bet tikai ceturtdaļa no viņiem norāda, ka viņi paši vai partnere ir ārstējušies.

2.5. Dzimumpotenci stimulējošu medikamentu lietošana

Aptaujā pirmo reizi tika iekļauts jautājums par dzimumpotenci stimulējošu medikamentu (tādu kā *Viagra*, *Cialis*, *Levitra* u.tml.) lietošanu. 7% aptaujāto vīriešu, kuriem bijušas dzimumattiecības, norāda, ka šādus medikamentus ir lietojuši, bet 3% sieviešu norāda, ka tādus lietojis viņas partneris. Lielākā daļa vīriešu atzīst, ka medikamenti lietoti izmēģināšanai, nevis regulāri. Kā jau norādīts iepriekš, tikai 5,2% visu aptaujāto vīriešu norāda uz seksuālās dzīves problēmām.

2.6. Ļaundabīgie audzēji

Sieviešu mirstība no ļaundabīgajiem krūts vēža un dzemdes kakla audzējiem Latvijā, tāpat kā Igaunijā un Lietuvā, ir augstāka nekā vidēji Eiropā.

2.6.1. Krūts dziedzera vēzis

Krūts dziedzera ļaundabīgais audzējs sievietēm ir pirmajā vietā ļaundabīgo audzēju saslimstības un mirstības struktūrā. Augsto mirstību no krūts dziedzera ļaundabīgā audzēja nosaka novēlota ļaundabīgā audzēja atklāšana – 25% audzēju tiek atklāti tikai pēdējās (III–IV) stadijās.

Kopš iepriekšējā pārskata perioda 2003. gadā situācija ar saslimstību un mirstību no krūts dziedzera ļaundabīgā audzēja nav uzlabojusies (skat. 2.11. attēlu). Saskaņā ar 2008. gada pētījumu par 15–64 gadu vecu Latvijas iedzīvotāju veselību ietekmējošiem paradumiem (Pudule u. c., 2010) tikai 38,5% no aptaujātajām sievietēm kaut reizi dzīvē veikta krūts dziedzera mammogrāfijas vai ultrasonogrāfijas izmeklēšana. Izmeklēto sieviešu īpatsvars augstāks ir 45–54 gadu vecuma grupā – 58% un 55–64 gadu vecuma grupā – 55,4%, kad šādi izmeklējumi tiek rekomendēti. Šī pētījuma dati rāda, ka starp sievietēm ar augstāku izglītības līmeni ir lielāks izmeklēto īpatsvars.

2009. gadā tika uzsākta organizēta krūts vēža skrīninga programma.

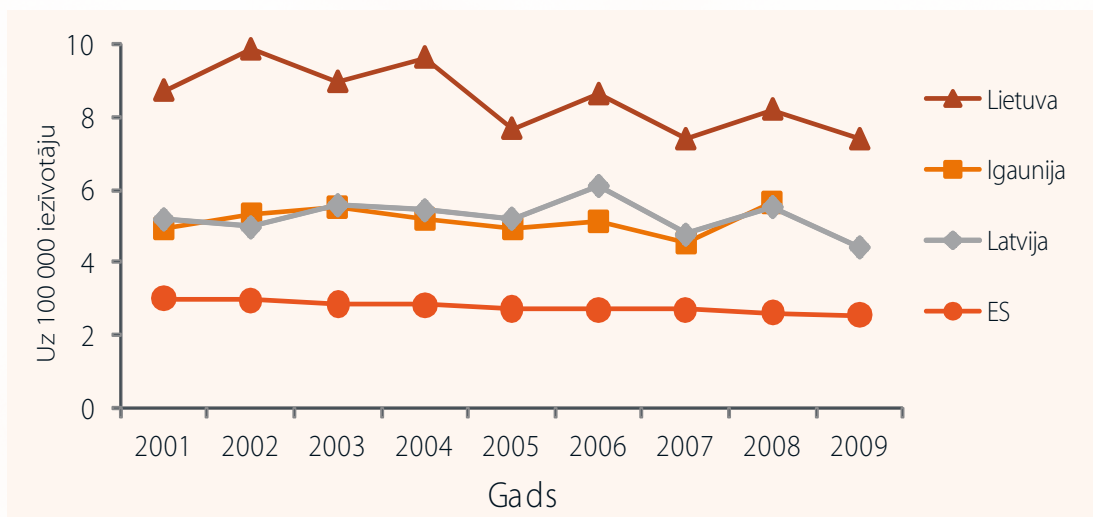
2.6.2. Dzemdes kakla vēzis

Baltijas valstīs aizvien vēl nepietiekama ir dzemdes kakla audzēja profilakse (skrīninga aptvere), laikus netiek atklātas un ārstētas pirmsvēža saslimšanas un dzemdes kakla vēzis tiek diagnosticēts novēloti (skat. 2.13. attēlu). Augsto mirstību veicina vēl ļaundabīgā audzēja atklāšana (III vai IV stadijās).

Saslimstības un mirstības biežuma ziņā arī šis ir viens no Latvijā izplatītākajiem audzējiem. Analizējot saslimstības rādītājus Latvijā ar dzemdes kakla ļaundabīgo audzēju sievietēm vecuma grupā 0–64 gadi, pēdējos divos gados vērojams pieaugums, kas, iespējams, skaidrojams ar diagnosticēto gadījumu skaita pieaugumu, kopš 2009. gada veicot uzsākto dzemdes kakla vēža skrīningu. Mirstībai no dzemdes

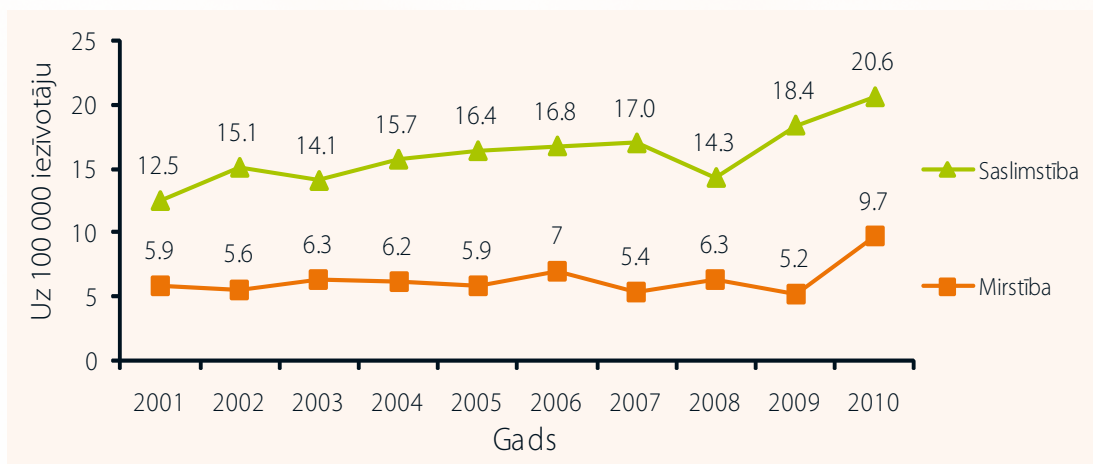
⁵ Apstiprinātas ar Ministru kabineta 2011. gada 18. februāra rīkojumu Nr.65.

2.12. attēls. Standartizētā mirstība sievietēm no dzemdes kakla ļaundabīgā audzēja Latvijā, Lietuvā, Igaunijā un Eiropas Savienībā, vecuma grupā 0-64 gadi, uz 100 000 iedzīvotāju



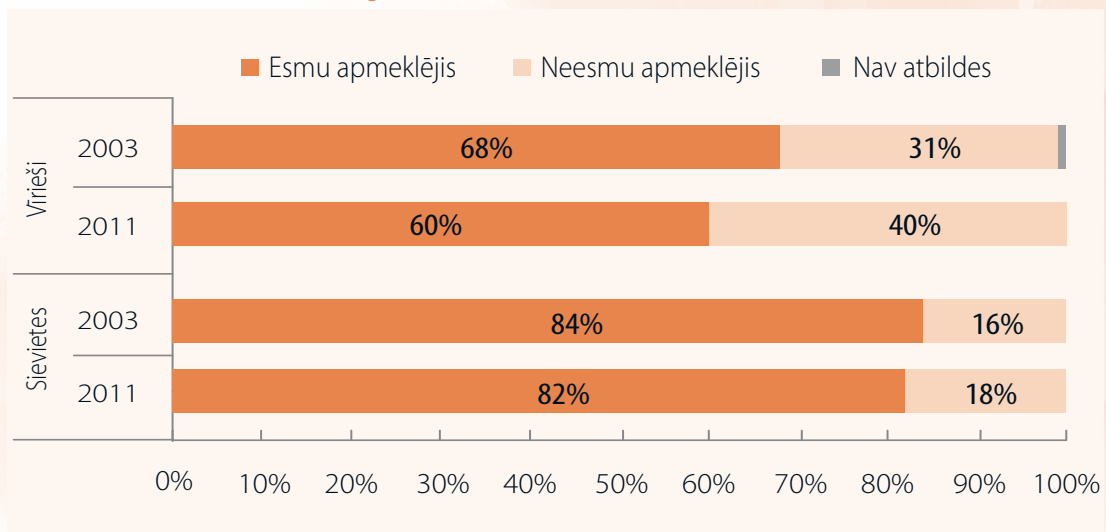
Avots: PVO, European Health for All datu bāzes dati

2.13. attēls. Saslimstība un mirstība sievietēm no dzemdes kakla ļaundabīgā audzēja vecuma grupā 0-64 gadi (uz 100 000 iedzīvotāju)



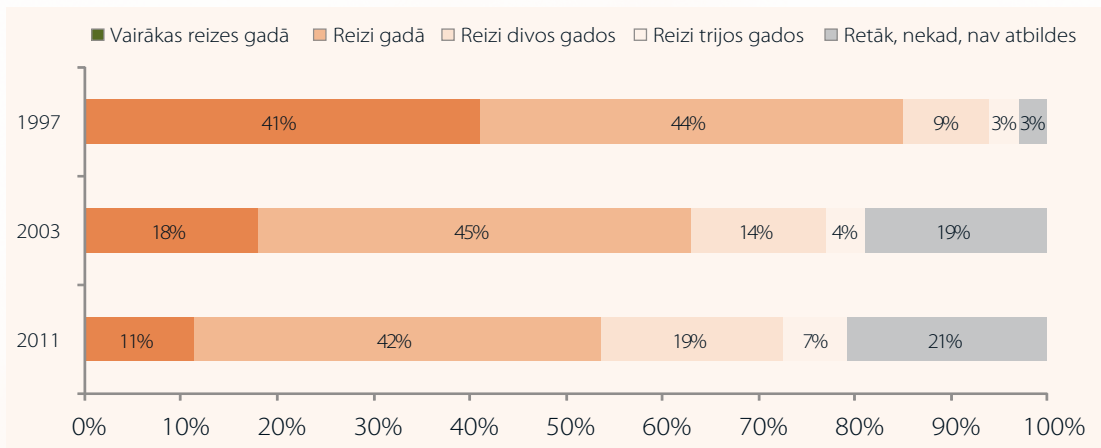
Avots: Nacionālā veselības dienesta dati

2.14. attēls. Vai jūs pēdējo 12 mēnešu laikā esat apmeklējis ambulatorās veselības aprūpes iestādes (piem., poliklīnikas, ārstu prakses, doktorāti u.c.)? Visu respondentu atbildes, %, 2003. gadā (sievietes, n = 1251, vīrieši, n = 1201), 2011. gadā (sievietes, n = 1313, vīrieši, n = 1304)



2.

2.15. attēls. Vidēji cik bieži jūs apmeklējat profilaktiskās ginekoloģiskās apskates (lai pārbaudītu veselību vai veiktu izmeklējumus)? Visu sieviešu atbildes, %, 1997. gadā n = 2990, 2003. gadā n = 1251, 2011. gadā n = 1313



kakla ļaundabīgā audzēja 2010. gadā vērojams pieaugums.

2008. gada iedzīvotāju aptaujas dati (Pudule u. c., 2010) rāda, ka, neraugoties uz valsts apmaksāto pakalpojumu, tikai 35,8% sieviešu norāda, ka viņām ne reizi dzīvē nav veikta onkocitoloģiskā izmeklēšana pie ginekologa. Savukārt 2/3 no izmeklētajām sievietēm analīzes bija veiktas pēdējo 1–2 gadu laikā.

Lai veicinātu dzemdes kakla audzēja savlaicīgu diagnostiku, valsts 2009. gadā uzsāka organizēta skrīninga programmu. Saskaņā ar Veselības norēķina centra datiem, tās ietvaros no 2009. gada janvāra līdz 2011. gada martam veiktajās profilaktiskajās apskatēs dzemdes kakla šūnu patoloģija atklāta 2,3% jeb 1715 izmeklēto sieviešu (analizējot 75524 paraugus).

2.7. Ārstu apmeklējums un slimību profilakse

Aptaujas dati rāda, ka sievietes pēdējā gada laikā ambulatorās veselības aprūpes iestādes ir apmeklējušas biežāk nekā vīrieši. Kopš 2003. gada gan vīrieši, gan sievietes kopumā retāk ir apmeklējušas veselības aprūpes iestādes, tomēr apmeklējuma kritums ir ievērojamāks vīriešiem – veselības aprūpes speciālistu palīdzību izmantojuši par 8% mazāk vīriešu (sk. 2.14. attēlu). Veselības pašvērtējums, kā aprakstīts nodaļas sākumā, kopumā gan ir uzlabojies. Ambulatoro iestāžu apmeklējumu biežumu ir ietekmējis respondentu materiālais stāvoklis, bet dzīvesvietai nav bijis izšķirošas nozīmes.

Sievietes pēdējā gada laikā visbiežāk apmeklējušas ģimenes ārstu vispārējās saslimšanas dēļ (56%). Tikai 24% aptaujāto sieviešu ir veikušas veselības profilaktisko apskati pēdējā gada laikā. Būtisks apmeklējuma iemesls bijis zāļu receptes izrakstīšana vai nosūtījuma saņemšana un izziņas saņemšana par veselības stāvokli.

Seksuālās un reproduktīvās veselības jautājumos

ģimenes ārsti nav bijuši nozīmīgi konsultanti. 11% sieviešu norādījušas, ka pie ģimenes ārsta veikušas profilaktisko ginekoloģisko apskati, bet 6% – konsultējušies ginekoloģiskas slimības dēļ. Tikai 1% sieviešu kārtas respondentu norādījušas, ka konsultējušās ar ģimenes ārstu par kontracepcijas līdzekļu izvēli, bet 3% no ģimenes ārsta saņēmušas recepti kontracepcijas līdzekļu iegādei. Vēl viens procents konsultējušās par STI jautājumiem.

Valsts apmaksāto ginekologu pakalpojumu popularitāte kopš 2003. gada nav kāpusi. Pēdējā gada laikā 48% to sieviešu, kas apmeklējušas ginekologu, izmantojušas valsts apmaksātus pakalpojumus. 2003. gadā šis rādītājs bija 55%. No šīs sieviešu grupas ginekologa pakalpojumu 44% sieviešu apmaksājušas pašas, kas atbilst iepriekšējās aptaujas uzrādītajiem 45%. Vēl 13% sieviešu nespēja atbildēt, kas ārstu apmaksājis. Izvērtējot datus, jāņem vērā, ka respondentes minētajā laika posmā varēja izmantot abu veidu pakalpojumus. Ārsta pakalpojuma veida izvēle ir saistīta ar respondentu ienākumu apjomu – pakalpojumus pašas ir apmaksājušas 54% sieviešu ar ienākumiem virs 200 latiem mēnesī. Savukārt zemāko ienākumu grupā (līdz 100 latiem) tādu ir bijis 33,6%. Valsts apmaksātu ārstu izvēlējušās attiecīgi 59% un 38,2% sieviešu zemākajā un augstākajā ienākumu grupā.

Vīrieši pie ģimenes ārsta griežas retāk nekā sievietes – vispārējās saslimšanas dēļ ar ārstu konsultējušies 43% respondentu. 27% respondentu vizīte pie ģimenes ārsta bijusi vajadzīga nosūtījuma saņemšanas dēļ; 26% bijusi vajadzīga izziņa par veselības stāvokli; 24% bija vajadzīga recepte zāļu iegādei. Vīrieši pēdējā gada laikā nav konsultējušies ar ģimenes ārstu par kontracepcijas līdzekļu iegādi.

2.7.1. Sieviešu profilaktiskā ginekoloģiskā apskate

Kopumā respondentes ar katru nākamo aptau-

2.1. tabula. Sievietes, kas profilaktiskās ginekoloģiskās apskates apmeklē retāk nekā reizi 2 gados, 2003. gadā n = 276; 2011. gadā n = 353

Iemesls	2003	2011
Man nav nekādu ginekoloģisku sūdzību	61%	65%
Nepatīk ginekoloģiskā izmeklēšana	36%	30%
Ārsta pakalpojums izmaksā pārāk dārgi	14%	15%
Man nav laika	17%	14%
Neviens nav aktīvi aicinājis uz apskati	16%	14%
Nezinu, cik bieži jāapmeklē ginekologs		6%
Ārsta apmeklējums (ceļš līdz ārstam utt) izmaksā pārāk dārgi	6%	5%

2.2. tabula. Izsūtīto uzaicinājumu vēstuļu un izmeklēto personu procents dzemdes kakla vēža un krūts dziedera vēža profilaktiskajai pārbaudei no 2009. gada janvāra līdz 2011. gada martam

Veselības norēķinu centra teritoriālā nodaļa	Dzemdes kakla vēža profilaktiskā pārbaude		Krūts dziedera vēža profilaktiskā pārbaude	
	Izsūtītie uzaicinājumi	Izmeklētās personas % no uzaicināto personu skaita	Izsūtītie uzaicinājumi	Izmeklētās personas % no uzaicināto personu skaita
Kurzemes nodaļa	71 169	17,3%	52 271	18,4%
Latgales nodaļa	61 711	17,0%	44 303	20,4%
Rīgas nodaļa	215 844	14,6%	149 561	21,8%
Vidzemes nodaļa	53 861	21,4%	40 281	24,5%
Zemgales nodaļa	70 444	15,4%	49 493	21,8%
Kopā:	473 029	16,2%	335 909	21,4%

Avots: Valsts norēķinu centra dati.

jas gadu norāda uz retāku profilaktiskās apskates veikšanu (sk. 2.15. attēlu). Aptaujas dati rāda, ka 59% sieviešu kārtas respondentu ir apmeklējušas ginekologu pēdējā gada laikā.

No sievietēm, kas pēdējo divu gadu laikā nav veikušas profilaktiskos izmeklējumus, tāpat kā iepriekšējā aptaujā visbiežāk kā iemeslu min sūdzību trūkumu (sk. 2.1. tabulu). Par 6% samazinājies to respondentu skaits, kas kā iemeslu min nepatiku pret ginekoloģisku izmeklējumu.

2.7.2. Dzemdes kakla un krūts vēža skrīnings

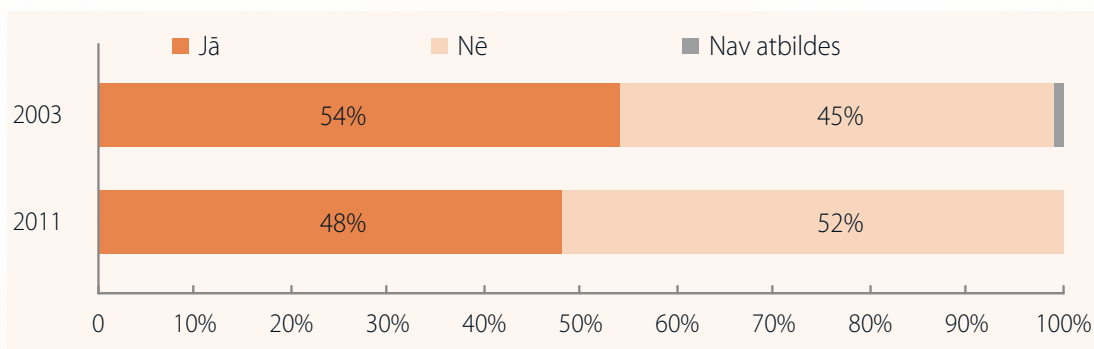
Kopš 2009. gada Latvijā ieviests organizētais dzemdes kakla vēža skrīnings. Kopš uzsākta vēža savlaicīgas atklāšanas programma profilaktisko dzemdes kakla vēža izmeklējumu veikušas 76 667 sievietes, kas ir 16,2% no uzaicināto sieviešu skaita, savukārt mammogrāfijas izmeklējumu veikušas 71 960 sievietes, kas ir 21,4% no uzaicināto sieviešu skaita.

Ņemot vērā satraucošo situāciju ar vēlu diagnos-

tiku un augstu mirstību no abiem audzējiem, tika sagaidīts, ka organizētais skrīnings ļaus uzlabot situāciju. Negaidīta bija salīdzinoši zemā sieviešu atsaucība. Aptaujā tika iekļauti jautājumi, lai atklātu zemās atsaucības cēloņus. Lai arī skrīnings uzsākts salīdzinoši nesen, 32% respondentes norādījušas, ka saņēmušas uzaicinājumu uz skrīningu, ļaujot analizēt respondensu attieksmi pret skrīningu.

Analizējot iemeslus, kāpēc skrīnings nav apmeklēts, aptaujā kā galvenie iemesli minēti, ka respondentēm nav bijis laika (32%) vai respondentes veikušas izmeklējumus neatkarīgi no valsts programmas (28%). Vēl 17% sieviešu norādījušas, ka izmeklēties ir kavējušas iespējamās ar valsts apmaksātajiem izmeklējumiem saistītas papildu maksas par konsultācijām un papildu izmeklējumiem, bet 12% respondentu uzskatīja, ka šādi izmeklējumi viņām nav nepieciešami. Aptauja uzrāda arī problēmu ar skrīninga komunikāciju – 8% respondentu norādījušas, ka no uzaicinājuma teksta nav bijis saprotams, kas no viņām tiek prasīts, bet vēl

2.16. attēls. Vai veicat savu dzimumorgānu pašizmeklēšanu (t.i., pārbaudāt, vai nav kādas izmaiņas, piem., čūlas, apsārtumi, izaugumi, sacietējumi u.tml.)? Visu vīriešu atbildes, %, 2003. gadā n = 1201, 2011. gadā n = 1304



2% norādījušas, ka nav bijis skaidrs pats uzaicinājuma teksts. Transporta izdevumi nav bijuši ievērojams faktors, lai kavētu veikt skrīningu – kā šķērslis to norāda tikai 3% respondentu.

2.7.3. Vakcinācija pret HPV vīrusu

2010. gada 1. septembrī Vakcinācijas kalendāra ietvaros tika uzsākta 12 gadus vecu meiteņu vakcinācija pret dzemdes kakla vēzi izraisošajiem cilvēka papilomas vīrusa celmiem. Vakcinācijas kurss ietver trīs CPV vakcīnas devas. Saskaņā ar valsts aģentūras „Latvijas Infektoloģijas centrs” datiem vidējā vakcinācijas aptvere ar pirmo vakcīnas devu laika posmā no 01.09.2010. līdz 30.09.2011. bija 48,8%. Zemākā atsaucība novērota Rīgā un Pierīgas reģionā, kur vakcinētas tikai 35,1% attiecīgā vecuma meiteņu. Savukārt citos Latvijas reģionos vakcinācijas līmenis ar pirmo poti bija krietni augstāks un svārstījās no 57,7 līdz 59,4%. No meitenēm, kuras saņēma pirmo devu, 2. poti vēl nebija saņēmušas 2,7%, bet 3. poti – 21,6%.

2.7.4. Vīriešu veselības veicināšana

Saskaņā ar aptaujas datiem ne tikai ārstu apmeklējums vīriešiem, bet arī dzimumorgānu pašizmeklēšanas paradumi ir kļuvuši nedaudz retāki, kopš 2003. gada samazinoties par 6%. Pašizmeklēšanos veikusi puse respondentu (sk. 2.16. attēlu).

To vīriešu vidū, kas veikuši pašizmeklēšanu, paradumi būtiski nav mainījušies. Lielākā daļa šīs grupas vīriešu (67%) atzīst, ka pašizmeklēšanu veic vismaz reizi mēnesī.

2.8. Veselības aprūpes pieejamība

Aptauja rāda, ka 23,5% sieviešu un 18,8% vīriešu kārtas respondentu atzīst, ka viņi bieži un dažkārt sastapušies ar situāciju, kad nepietiekamu līdzekļu dēļ nav varējuši atļauties apmeklēt ģimenes ārstu. Līdzekļu trūkums ārsta apmeklēšanai nav ietekmējis tikai 57,8% sieviešu un 64,2% vīriešu. Situācija kopš 2003. gada nav būtiski mainījusies. Zemākā ienākuma līmeņa grupā 32,7% sieviešu un 27,5% vīriešu bieži un

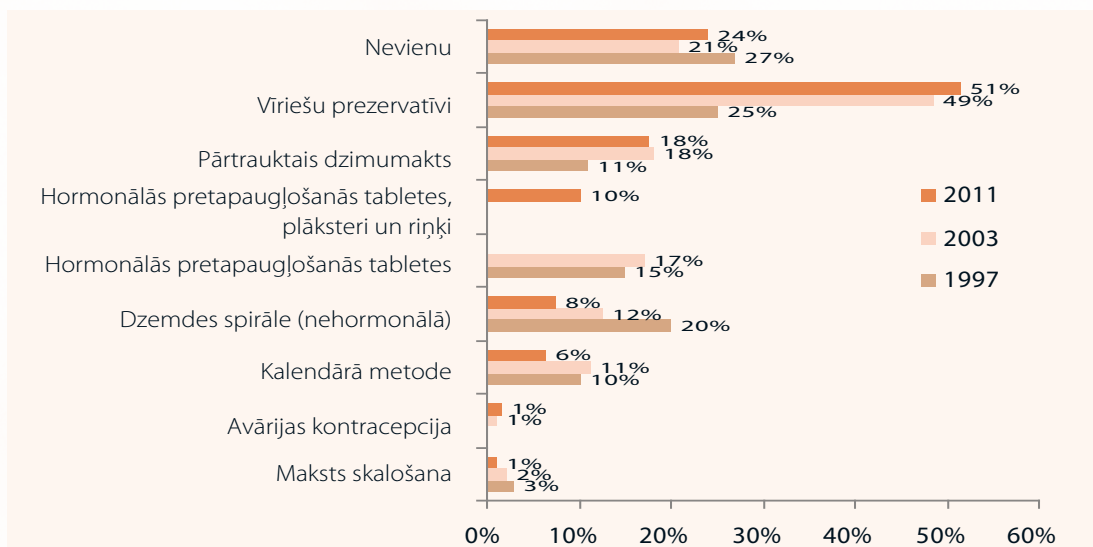
dažkārt nav varējuši atļauties apmeklēt ārstu. Biežāk nekā citas vecuma grupas ārstu apmeklēt nav varējuši četrdesmitgadnieki (40–49 gadi) – 38,4% sieviešu un 25,5% vīriešu.

Ginekologu materiālu apstākļu dēļ bieži un dažkārt apmeklēt nav varējušas 29,4% sieviešu (24% 2003. gadā). Vīriešu vidū tādu, kas nav varējuši atļauties apmeklēt urologu vai venerologu, bijuši 11,9% (12% 2003. gadā).

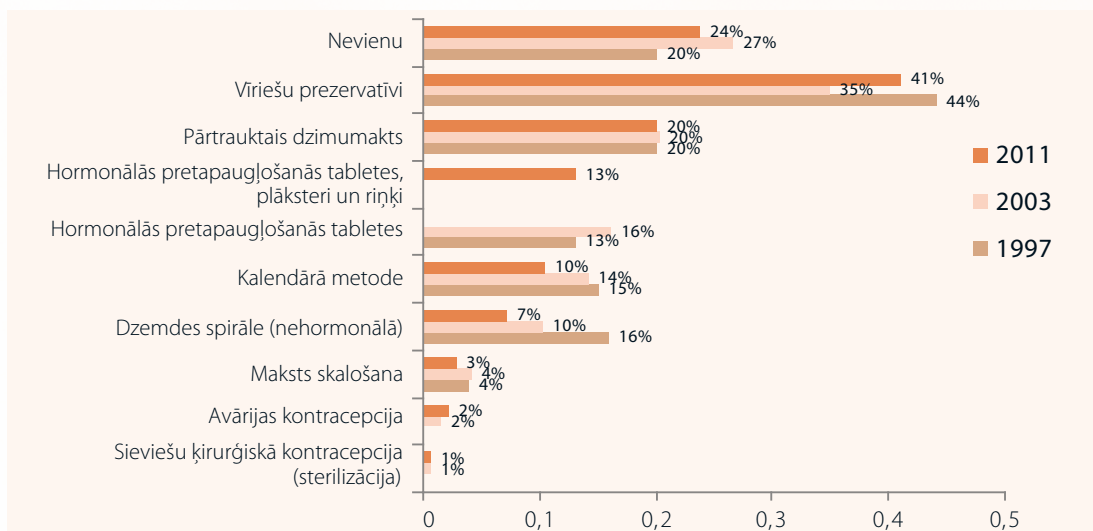
Pretapaugļošanās līdzekļus bieži un dažkārt nav varējušas atļauties iegādāties 22,7% sieviešu. Līdzīgi kā iepriekšējā aptaujā, materiālo pieejamību nosaka līdzekļavaipakalpojuma prioritāte. Četrdesmitgadnieku vidū 31,3% sieviešu un 14,1% vīriešu bieži un dažkārt nav varējuši atļauties iegādāties pretapaugļošanās līdzekļus, kamēr 15–19 gadus vecu sieviešu grupā tādu ir 11,8%, bet 20–24 gadu vecuma grupā – 19,7%. Vīriešu kārtas respondentu vidū atšķirības pa vecuma grupām nav tik izteiktas. Prezervatīvu iegādi STI izsargāšanās nolūkā nav varējuši atļauties 15% sieviešu un 9,8% vīriešu. Arī šajā jautājumā augstāka prioritāte, lai izsargātos, ir jaunākām sievietēm. Kopumā korelācija starp respondenta ienākumiem un kontracepcijas līdzekļu pieejamību atrodama gados vecāku respondentu, bet ne jauniešu grupā, kas liecina, ka pieejamību nosaka ne tikai respondentam pieejamais finanšu līdzekļu daudzums, bet arī šī pirkuma prioritāte tēriņu struktūrā.

Tikai 12,9% sieviešu un 16,2% vīriešu aptaujā norāda, ka viņiem ir veselības apdrošināšanas polises. Kopš 2003. gada pētījuma ir novērojama nozīmīga apdrošināto respondentu īpatsvara samazināšanās: 2003. gada aptaujā 21% sieviešu un 23% vīriešu bija norādījuši, ka viņu veselība ir apdrošināta. 2011. gadā apdrošināti biežāk ir turīgākie respondenti. Tikai 6,5% sieviešu un 11,8% vīriešu ienākumu grupā līdz 100 latiem uz māsaimniecības locekli ir apdrošinājuši veselību, ienākumu grupā virs 200 latiem attiecīgi 28,1% sieviešu un 26,3% vīriešu. Visbiežāk respondenti ir apdrošināti Rīgā (18,4% sieviešu un 21,2% vīriešu), bet visretāk – lauku reģionos (8,9% sieviešu un 12,2%

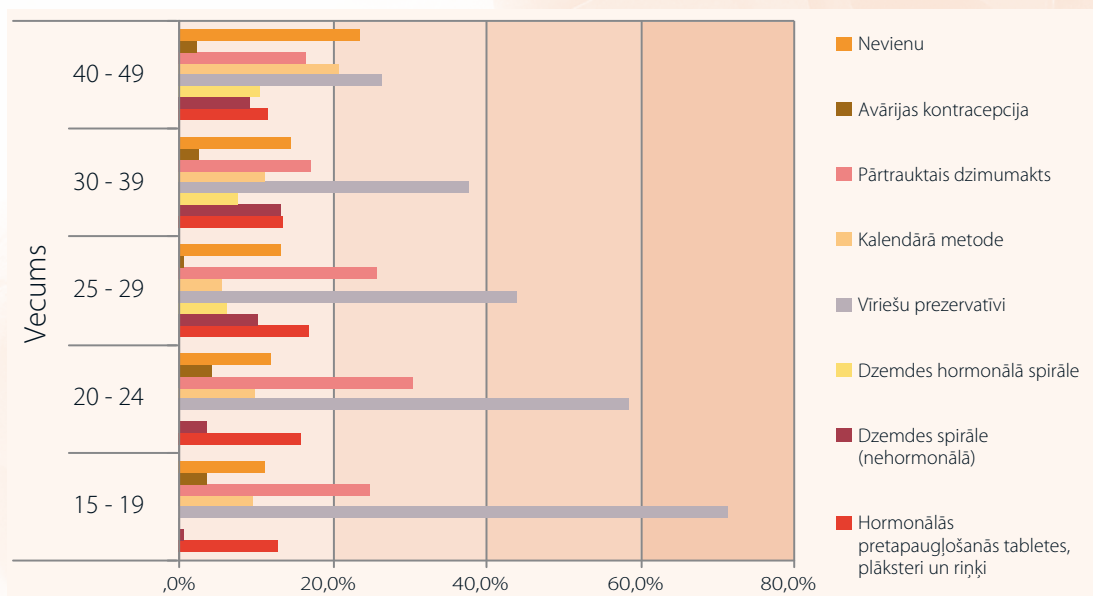
2.17. attēls. Kurus no šiem kontracepcijas līdzekļiem un metodēm jūs lietojat pašlaik? Sievietes, kurām jebkad bijušas dzimumattiecības, %, (1997, n = 2990, 2003, n = 1112, 2011, n = 1151).



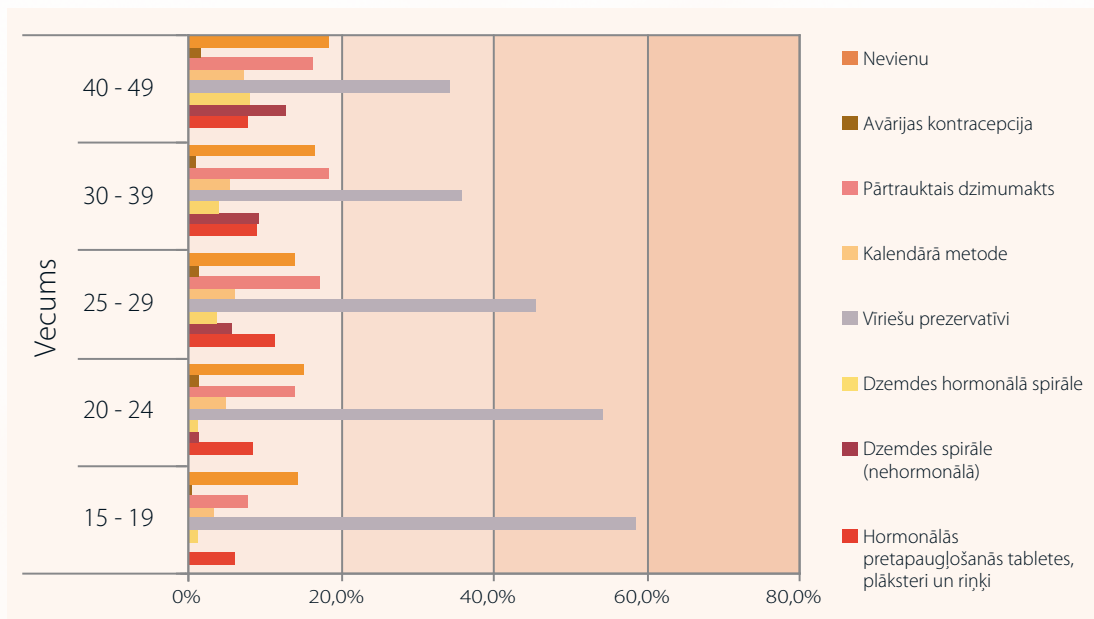
2.18. attēls. Kurus no šiem kontracepcijas līdzekļiem un metodēm jūs lietojat pašlaik? Vīrieši, kuriem jebkad bijušas dzimumattiecības, %, (1997, n = 2990, 2003, n = 1077, 2011, n = 1139)



2.19. attēls. Kādus kontracepcijas līdzekļus jūs lietojat pašlaik? Seksuāli aktīvo sieviešu atbildes pa vecuma grupām, kuras neplāno grūtniecību (n = 1002)



2.20. attēls. Kādus kontracepcijas līdzekļus jūs lietojat pašlaik? Seksuāli aktīvo vīriešu, kuri neplāno partneres grūtniecību, atbildes pa vecuma grupām (n = 1048)



vīriešu). Apdrošināšanas biežums pieaug arī ar respondentu vecumu. Visbiežāk apdrošināšanas polisi apmaksājis darba devējs (54% sievietes un 64% vīrieši). Savukārt 46% sievietes un 33% vīrieši norāda, ka polisi iegādājušies paši vai to izdarījis kāds no ģimenes locekļiem. Sociālo dienestu nodrošinātas polises bijušas tikai 2% respondentu.

2.9. Kontracepcija

Tāpat kā iepriekšējā ziņojumā konstatēts, ka iedzīvotāji kopumā, it īpaši jaunieši, ir labi informēti par kontraceptīvo līdzekļu lietošanu. Vienlaikus aptauja rāda, ka netiek izvēlētas drošas izsargāšanās metodes un līdzekļi vai tie tiek lietoti nepareizi, kas liecina, ka respondenti zināšanas nespēj izmantot praksē. Mazāk par pusi seksuāli aktīvo respondentu gadījumā attiecībā izsargājas vienmēr, zemu tiek vērtēts risks inficēties ar STI. Aptaujas dati apliecina, ka iedzīvotāju migrācija ekonomisku apsvērumu dēļ ietekmē partnerattiecību stabilitāti un palielina gadījuma attiecību klātbūtnes īpatsvaru attiecībā.

Gan ģimenes plānošanā, gan izvairoties no STI būtiska nozīme ir kontracepcijas izvēlei un pielietojumam.

Kā liecina ziņojumam veiktā aptauja, populārākais kontracepcijas līdzeklis respondentu vidū ir vīriešu prezervatīvs. Vīriešu prezervatīvus lieto 41% seksuāli aktīvo sievietes un 51% vīrieši. Pārtraukto dzimumaktu kā kontracepcijas līdzekli lieto aptuveni piektā daļa respondentu, un tā ir otrā populārākā kontracepcijas metode. Hormonālo kontracepciju lieto 13% aptaujāto sievietes un 17% aptaujāto vīriešu partneres. Šo kontracepcijas līdzekļu lietotāju īpatsvars kopš iepriekšējās aptaujas nav būtiski mainījies. Sarucis ir

nehormonālās dzemdes spirāles un kalendārās metodes lietotāju īpatsvars.

33% aptaujāto seksuāli aktīvo sievietes un 25% vīrieši lieto nedrošas kontracepcijas metodes – 20% sievietes un 18% vīrieši - pārtraukto dzimumaktu, 10% sievietes un 6% vīrieši - kalendāro metodi, 3% sievietes un 1% vīrieši - maksts skalošanu.

Hormonālās kontracepcijas līdzekļus biežāk lieto respondentes ar augstākiem ienākumiem. Ja ienākumu grupā līdz 100 latiem uz mājāsaimniecības locekli hormonālos kontracepcijas līdzekļus lieto tikai 6,6% sievietes kārtas respondentu (vīrieši norāda uz 8,9% lietojumu partnerēm), tad ienākumu grupā virs 200 latiem tādu jau 17,2% sievietes kārtas respondentu (vīrieši norāda uz 11%).

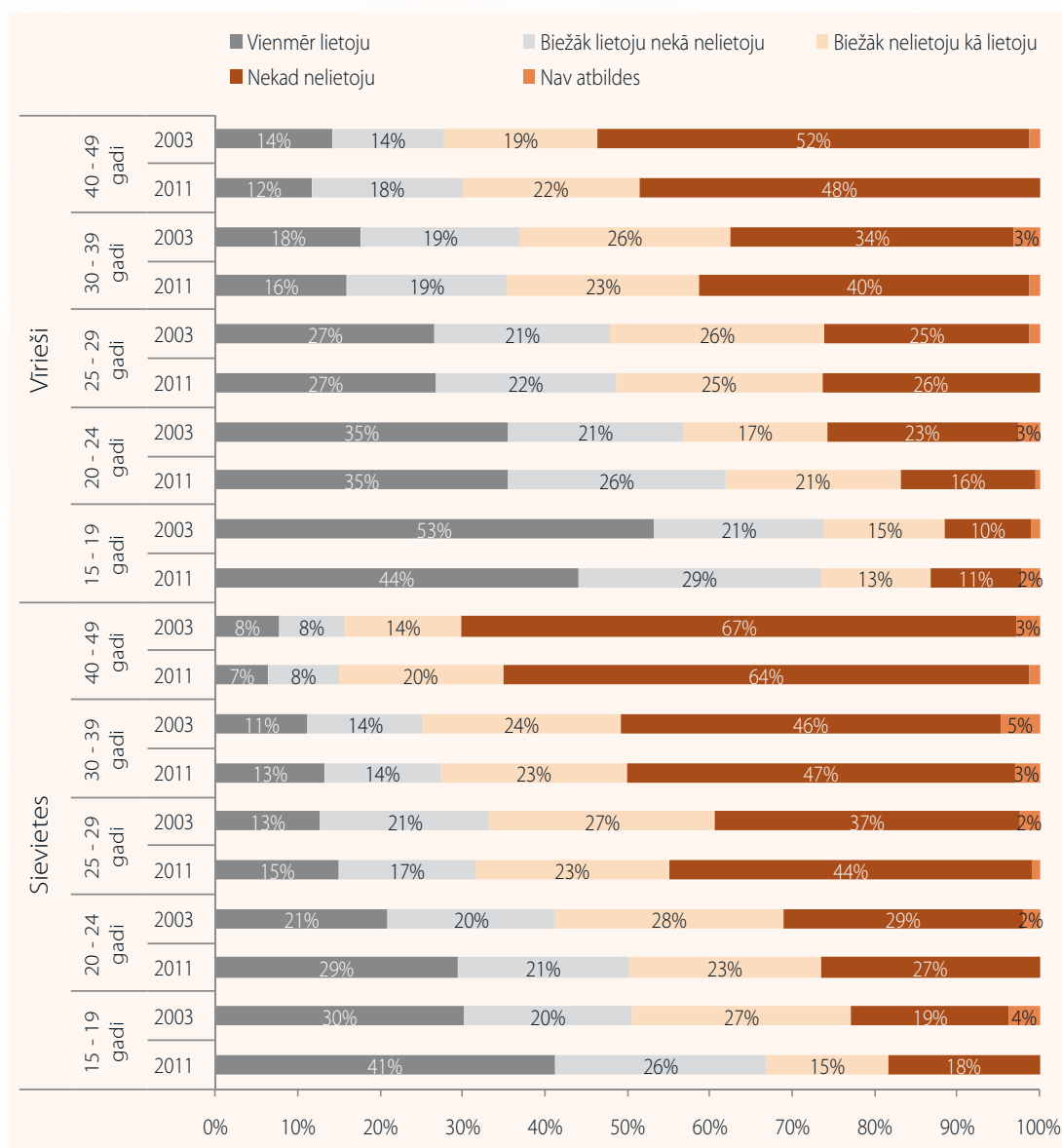
Sievietes ar zemākiem ienākumiem nedaudz biežāk lieto kalendāro metodi (vīriešu atbildes šo tendenci neapstiprina), tomēr tāda nedroša metode kā pārtrauktais dzimumakts vienlīdz bieži tiek izmantota visu ienākumu grupu respondentu vidū. Kopš iepriekšējiem pārskata periodiem 1997. un 2003. gadā pārtraukta dzimumakta lietošana nav samazinājusies, un šo nedrošo metodi lieto piektā daļa seksuāli aktīvo reproduktīvā vecuma Latvijas iedzīvotāju. Visbiežāk uz pārtraukta dzimumakta kā kontracepcijas metodes lietošanu norāda sievietes 20–24 un 25–29 gadu vecuma grupās (30,5% un 25,7%) un nedaudz biežāk vīrieši 25–29, 30–39, 40–49 gadu vecuma grupās (amplitūdā no 20,1% –22,6%).

2.9.1. Kontracepcijas lietošana jauniešu vidū

2.9.1.1. Prezervatīvi

Prezervatīva lietošana ir populārākais izsargāšanās līdzeklis jauniešu vecuma grupās (sk. 2.21. attēlu).

2.21. attēls. Vai pēdējo 12 mēnešu laikā esat lietojis prezervatīvu? Respondentu, kuriem ir bijušas dzimumattiecības pēdējo 12 mēnešu laikā, atbildes, %, 2003. gads (sievietes, n=1036, vīrieši, n = 1019), 2011. gads (sievietes, n = 1152, vīrieši, n = 1141)



Tā, 67% sieviešu un 73% vīriešu 15–19 gadu vecuma grupā un 50% sieviešu un 61% vīriešu 20–24 gadu vecuma grupā pēdējā gada laikā vienmēr un bieži lietojuši vīriešu prezervatīvu. Kopumā jauniešu vidū vērojama tendence prezervatīvu lietot biežāk nekā iepriekšējās aptaujas periodā.

Par to, ka prezervatīvi ir biežāk lietotais kontracepcijas līdzeklis jauniešu vecumā, liecina arī PVO pētījuma dati (Currie et al, 2008): 86% zēnu un 77% meiteņu (15 gadu vecumā) norādījuši, ka pēdējo dzimumattiecību laikā izsargājušies, izmantojot prezervatīvu, bet hormonālo kontracepciju – 7% seksuāli aktīvo zēnu un 11% seksuāli aktīvo meiteņu.

Jaunieši intervijās un diskusijās vīriešu prezervatīvu min kā pirmo zināmo kontracepcijas līdzekli. Tas jauniešu skatījumā šķiet pievilcīgs gan pieejamības, gan drošības, gan iegādes ērtības un cenas dēļ.

«Pilni veikali ar prezervatīviem, arī aptiekās neviens nevienu ārā nedzen. Un pie ārstiem arī visi var tikt, protams, tas ir nedaudz dārgāk. Bet nu tā jau galīgi nav problēma, vienīgi naudas jautājums, lai gan no otras puses, ja tu gribi uzsākt dzimumdzīvi, tad rēķinies ar to, ka var būt sekas un ja tu nevari atļauties kontracepciju, vai tu vispār vari atļauties domāt par pašām attiecībām.»

(Intervija, 21 gadu veca sieviete)

Vienlaikus daļa jauniešu norāda, ka piekļuve bezmaksas prezervatīviem, ko īsteno nevalstiskās organizācijas un veselības centri, ļauj izsargāties arī tiem jauniešiem, kuri citā situācijā prezervatīvu neiegādātos. Jaunieši uzskata, ka prezervatīvi ļauj abiem partneriem būt atbildīgiem gan par kontracepciju, gan savu veselību.

«[Prezervatīvu lietoju] tāpēc, ka vienkāršāk. Piemēram, gribas ņemties, bet tu nezini, vai tavs partneris nav

2.

slims ar kādu STS vai ko. Ja tev ir prezervatīvs – ņem un darbojies, bet ja viņa [partnere] rij kontracepcijas ripas, tu jau nezini, vai kaut ko neesi saķēris, bērnu nav, bet slimība ir.»

(Intervija, 20 gadus vecs vīrietis)

2.9.1.2. Hormonālā kontracepcija

Aptauja rāda uz aizspriedumu izplatību par hormonālo kontracepciju, kas ietekmē tās lietošanas biežumu. 67,2% sieviešu un 41% vīriešu piekrīt un drīzāk piekrīt, ka hormonālās kontracepcijas tabletes rada svara pieauguma risku. Vēl 26% sieviešu uzskata, ka hormonālās kontracepcijas lietošana paaugstina onkoloģisko slimību risku. Hormonālās kontracepcijas izvēli ietekmē sieviešu paradumi – 59,8% sieviešu piekrīt un drīzāk piekrīt, ka regulāru tabletes iedzeršanu ir grūti atcerēties. Tomēr aptuveni puse aptaujāto sieviešu atzīst, ka hormonālās kontracepcijas lietošana mazina menstruācijas sāpes. Interesanti, ka, raugoties uz atbildēm dažādās vecuma grupās, aizspriedumu izplatība tajās būtiski neatšķiras. 15–19 gadu vecas jaunietes ievērojami biežāk nekā citu vecuma grupu sievietes nespēj vērtēt apgalvojumus par hormonālo kontracepciju.

Diskusijas rāda, ka hormonālās kontracepcijas jautājumā jauniešu viedoklis ir divējāds. No vienas puses, hormonālās kontracepcijas lietošana tiek saistīta ar svara pieaugumu vai pat neauglību, bet, no otras puses, tieši pretēji – ar hormonālo svārstību līdzsvarošanu un izskata uzlabošanu. Svarīgs iemesls hormonālās kontracepcijas nelietošanai ir salīdzinoši sarežģītā iegūšana – lai iegūtu recepti, ir jāapmeklē ārsts, kas jauniešu skatījumā sadārdzina izmaksas un prasa papildu laiku.

2.9.1.3. Avārijas kontracepcija

Aptauja rāda, ka avārijas kontracepcijas lietošanu 26,8% sieviešu un 19,9% vīriešu kārtas respondentu uzskata vai drīzāk uzskata par abortam pielīdzināmu rīcību. Vairāk nekā puse vīriešu 15–19 gadu vecumā un trešdaļa šī vecuma sieviešu nespēj uz šo jautājumu atbildēt.

Gan diskusijas, gan intervijas rāda, ka jaunieši 15–24 gadu vecumā ir labi informēti par avārijas kontracepcijas lietošanu un bieži to ir lietojuši – gandrīz visās diskusiju grupās jaunieši spēja nosaukt cenu un zināja cenu starpību apkārtējās aptiekās.

«Jā, pārplīsa prezervatīvs, dabūju ap diviem naktī iet un pirkt. Dārgas viņas ir, bet ČP [ārkārtas] gadījumos

nav variantu. Bet, labi, ka var nopirkt arī naktī, savādāk bikses jau bija pilnas.»

(Intervija, 20 gadus veca sieviete)

Lai arī avārijas kontracepcija ļauj jauniešiem „labot kļūdas” kontracepcijas metožu izvēlē, to lietojot, jaunieši krīzes situācijā paliek vieni un nesaņem atbalstu un konsultāciju par pareizu kontracepcijas lietošanu un avārijas kontracepcijas iedarbības mehānismiem.

«Protams, ir iespēja pēc tam iedzert šo te ātrās reaģēšanas tableti vai kā tur viņu sauc, ko dzer un kas visu var novērst. Man pašai nav bijusi pieredze, bet man ir meitenes, kuras ir iedzērušas šo tableti. Bet nu jā, viņām nav šīs mēnešreizes un viņas baidās, ka tik nav stāvoklī.»

(Intervija, 20 gadu veca sieviete)

Tā kā šis kontracepcijas veids ir dārgs, tā izvēli ietekmē finanšu līdzekļu pieejamība, kas jauniešiem ir problemātiska. Jaunieši diskusijās atzina, ka šādās situācijās naudu aizņemas no draugiem, vecākajiem brāļiem, māsām un dažkārt vecākiem.

2.9.1.4. Kontracepcija gadījuma attiecībās

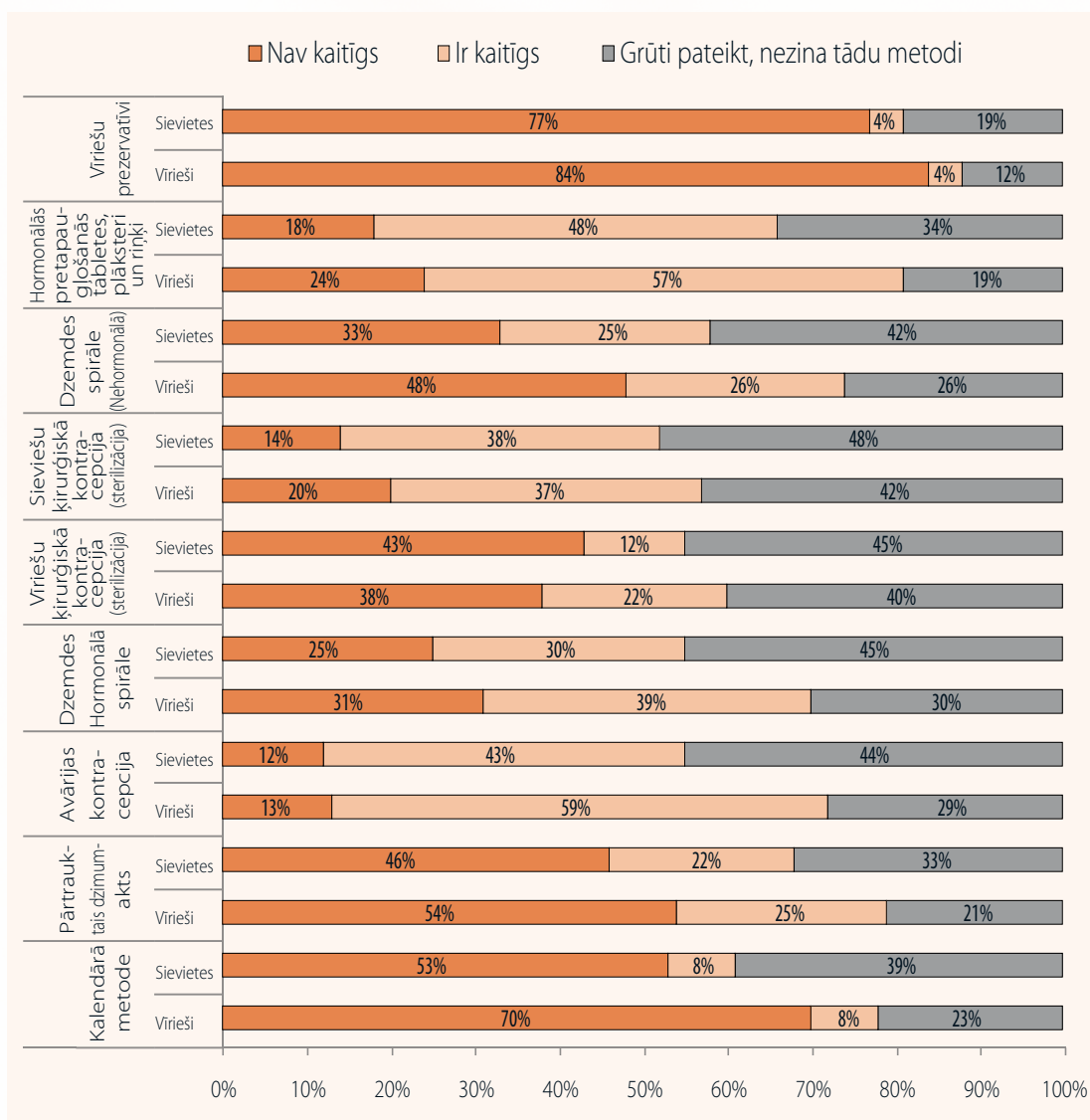
Gadījuma attiecībās, kas papildus rada gan neplānotas grūtniecības, gan STI risku, ar prezervatīvu vienmēr izsargājas mazāk nekā puse respondentu – 44,9% aptaujāto sieviešu un 48,4% vīriešu. Vēl 29,1% sieviešu un 26,8% vīriešu atzīst, ka šādos gadījumos prezervatīvu lieto „biežāk nekā nelieto”. Nekad prezervatīvu gadījuma attiecībās nelieto 13,6% sieviešu un 11,1% vīriešu.

2.9.2. Informētība par kontracepcijas līdzekļiem un metodēm

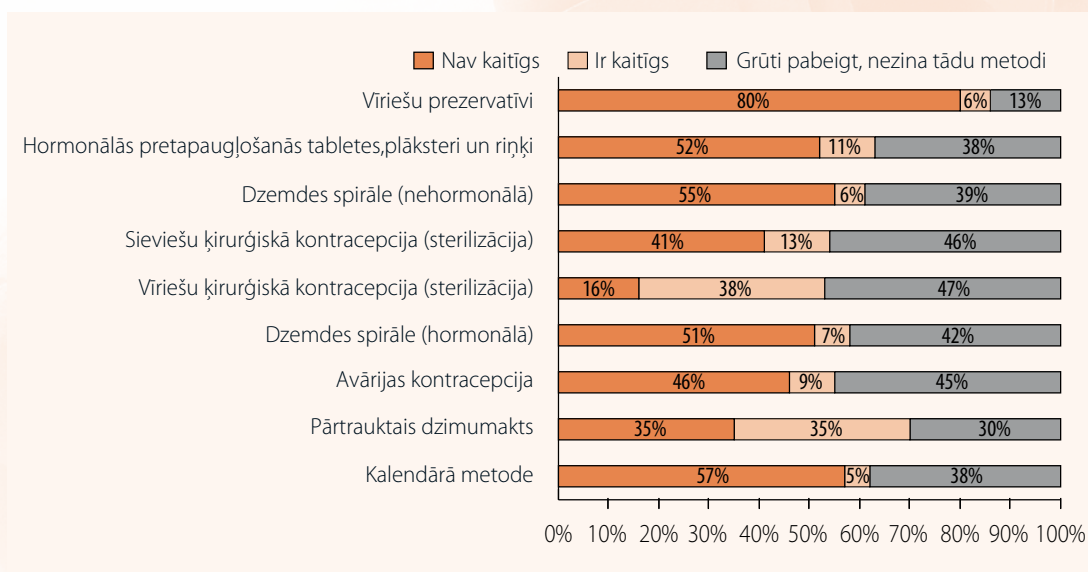
Aptauja rāda, ka respondenti vislabāk ir informēti ir par vīriešu prezervatīvu lietošanu (atzīst 84% sieviešu un 88% vīriešu). Nākamais līdzeklis informētības ziņā ir hormonālās pretapaugļošanās līdzekļi, par kuriem labi informētas ir sievietes (66%), bet mazāk informēti ir vīrieši (tikai 40% atzīst, ka ir labi informēti). Kopumā informētības vērtējums par hormonāliem pretapaugļošanās līdzekļiem ir samazinājies par 7% sievietēm un 10% vīriešiem. Salīdzinoši augstais informētības līmenis un zemais lietošanas īpatsvars norāda uz augstāk izklāstīto pretrunīgo hormonālās kontracepcijas vērtējumu.

Vēl ievērojamāk kopš 2003. gada pazeminājies informācijas vērtējums par dzemdes spirāli – par 13% sievietēm un 10% vīriešiem. Pieaugusi informētība

2.22. attēls. Kā jūs kopumā novērtētu šo pretapaugļošanās metožu un līdzekļu ietekmi uz sievietes veselību? Visu respondentu atbildes, %, (sievietes, n = 1313, vīrieši, n = 1304)



2.23. attēls. Kā jūs kopumā novērtētu šo pretapaugļošanās metožu un līdzekļu ietekmi uz vīrieša veselību? Vīriešu atbildes, % (n = 1304)

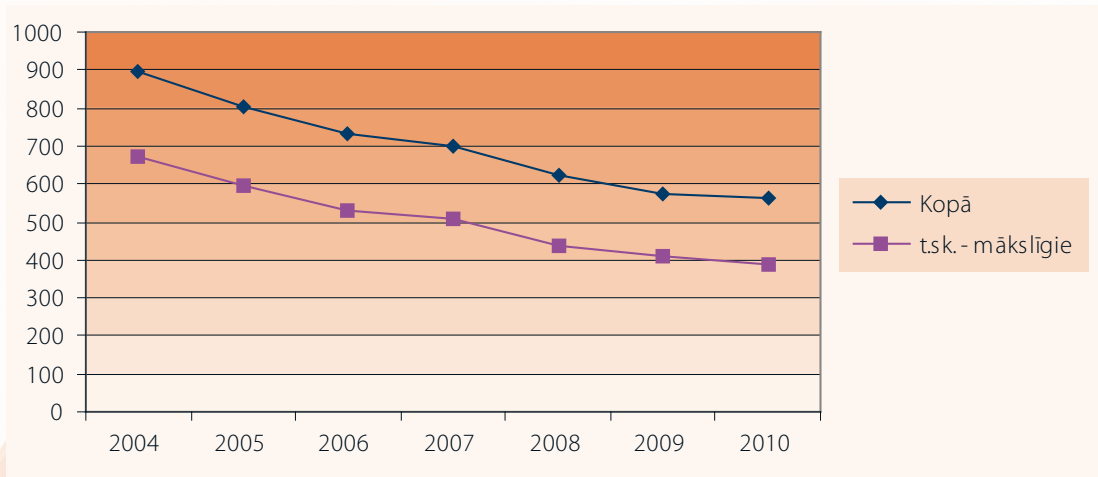


2.

2.3. tabula. Kontracepcijas izvēles kritēriji. Atbildes „ļoti nozīmīgi”, %

Kritēriji	sievietes	vīrieši
Efektivitāte, izsargājoties no grūtniecības	73,8%	63,5%
Efektivitāte, izsargājoties no HIV/AIDS	71,9%	73,4%
Efektivitāte, izsargājoties no HIV/AIDS	68,3%	69%
Nav vajadzīga ārsta recepte	26%	35%
Cena	31,8%	29,9%
Atbilst partnera vēlmēm	27,9%	49,3%
Nerada izmaiņas svarā	51,8%	
Var nesaskaņot ar partneri	18%	
Varu regulēt menstruālo ciklu	33,9%	

2.24. attēls. Mākslīgo abortu skaits uz 1000 dzīvi dzimušiem



Avots: Nacionālā veselības dienesta dati.

par avārijas kontracepciju – no 33% 2003. gadā uz 51% 2011. gadā sievietēm un attiecīgi no 17% uz 28% vīriešiem. Par pārtraukto dzimumaktu labi informēti ir 57% sieviešu un 45% vīriešu. Ar kalendāro metodi labi pazīstami ir 24% vīriešu un 44% sieviešu.

Izvēloties kontracepcijas līdzekli, svarīgākais kritērijs ir efektivitāte, izsargājoties no grūtniecības (73,8% sieviešu un 63,5% vīriešu to atzīst par ļoti nozīmīgu un 14,2% sieviešu un 22,9% vīriešu par drīzāk nozīmīgu). Efektivitāte, lai izsargātos no HIV/AIDS ir ļoti nozīmīga 72% sieviešu un 73,4% vīriešu, vīriešu vidū pārsniedzot efektivitātes nozīmību, izsargājoties no nevēlamas grūtniecības. Saslimstība ar STI ir vērtēta kā mazāk iespējama – efektivitāte, izsargājoties no STI, ļoti nozīmīga ir 68,3% sieviešu un 69% vīriešu.

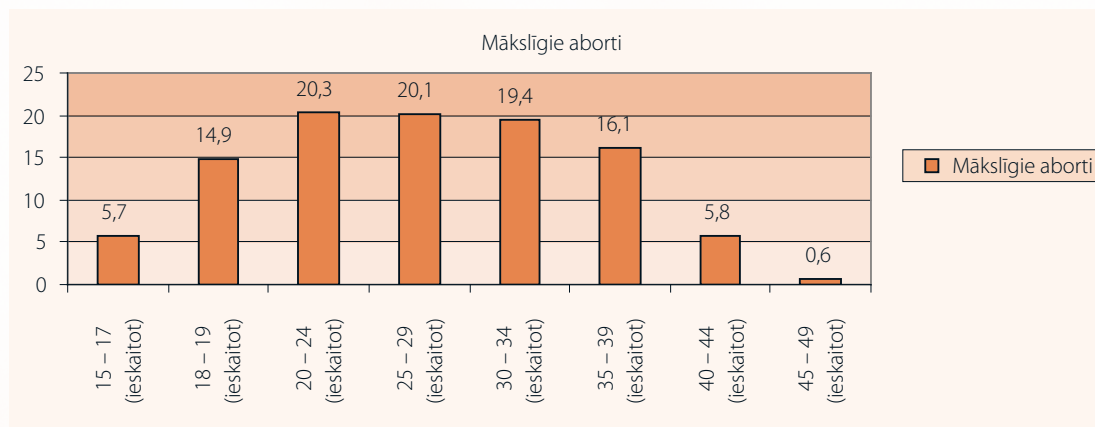
Sievietēm ļoti nozīmīgs faktors ir tas, ka izvēlētais līdzeklis nerada izmaiņas svarā (51,7%) un ļauj regulēt menstruālo ciklu (34%).

2.9.3. Kontraceptīvo līdzekļu pieejamība

Aptauja rāda, ka cena ir ļoti nozīmīgs izvēles kritērijs trešdaļai respondentu (2.3 tabula) un drīzāk nozīmīgs vēl 32% sieviešu un 27,7% vīriešu. Cena kļūst par mazāk svarīgu faktoru, jo augstāki ir respondentu ienākumi, kas liecina, ka izsargāšanās līdzekļu izvēlē respondenta materiālajam stāvoklim ir būtiska, bet ne izšķiroša nozīme. Tāpat laukos dzīvojošie respondenti biežāk nekā pilsētā dzīvojošie un rīdnieki cenu min kā nozīmīgu faktoru kontracepcijas līdzekļu izvēlē. Otrs būtisks faktors ir respondenta vecums un dzimums. Jo vecāka respondente, jo kontracepcijas līdzekļu izvēlē būtiskāka nozīme ir cenai. Vīriešu kārtas dažādu vecumu respondentu vidū cenai nav būtiskas ietekmes uz kontracepcijas līdzekļu izvēli.

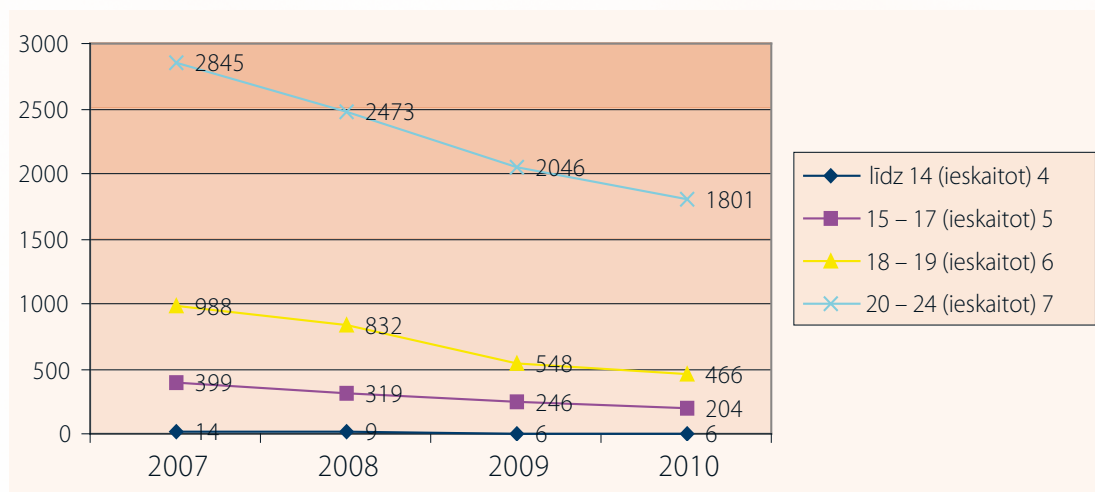
Kontracepcijas līdzekļa pieejamība bez ārsta receptes ļoti nozīmīga ir 26,1% sieviešu un 34% vīriešu (vēl 29,5% sieviešu un 25,9% vīriešu tā ir drīzāk nozīmīga). Salīdzinoši biežāk kontracepcijas līdzekļa pieejamība

2.25 attēls. Mākslīgo abortu sadalījums pa vecuma grupām 2010. gadā uz 1000 atbilstošā vecuma sievietēm.



Avots: Nacionālā veselības dienesta dati.

2.26 attēls. Abortu skaits jauniešu vecuma grupās, 2007–2010



bez ārsta receptes ir svarīga lauku reģionos – ļoti nozīmīga 34,1% sieviešu un 40,4% vīriešu un drīzāk nozīmīga 24,9% sieviešu un 23,9% vīriešu.

Kopš 2003. gada aptaujas ir pieaudzis to respondentu procents, kuri vispār netērē līdzekļus kontracepcijas līdzekļu iegādei (sk. 2.27. attēlu). Vienlaikus vērojams tēriņu kāpums līdzekļu iegādei. Vīrieši kontraceptīvo līdzekļu iegādei vidēji tērē vairāk līdzekļu nekā sievietes.

Raugoties uz tēriņu struktūru pa vecuma grupām, jaunieši kontracepcijas līdzekļiem atļaujas tērēt proporcionāli vairāk līdzekļu nekā katra nākamā vecuma grupa. Aptaujāto jauniešu grupās (15–24 gadi) ir vērojama lielāka tēriņu asimetrija starp vīriešu un sieviešu tēriņiem, vīriešiem uzņemoties tēriņu lielāko daļu (sk. 2.28. attēlu).

Neskatoties uz ekonomisko lejupslīdi, kontracepcijas līdzekļu finansiālā pieejamība pārskata periodā kopumā nav būtiski mainījies. Izsargāties no STI un HIV/AIDS bieži un dažkārt nav varējuši atļauties 10% vīriešu un 15% sieviešu. Izsargāties no nevēlamas

grūtniecības nav varējuši atļauties 14% vīriešu un 23% sieviešu.

2.10. Neplānota grūtniecība un aborts

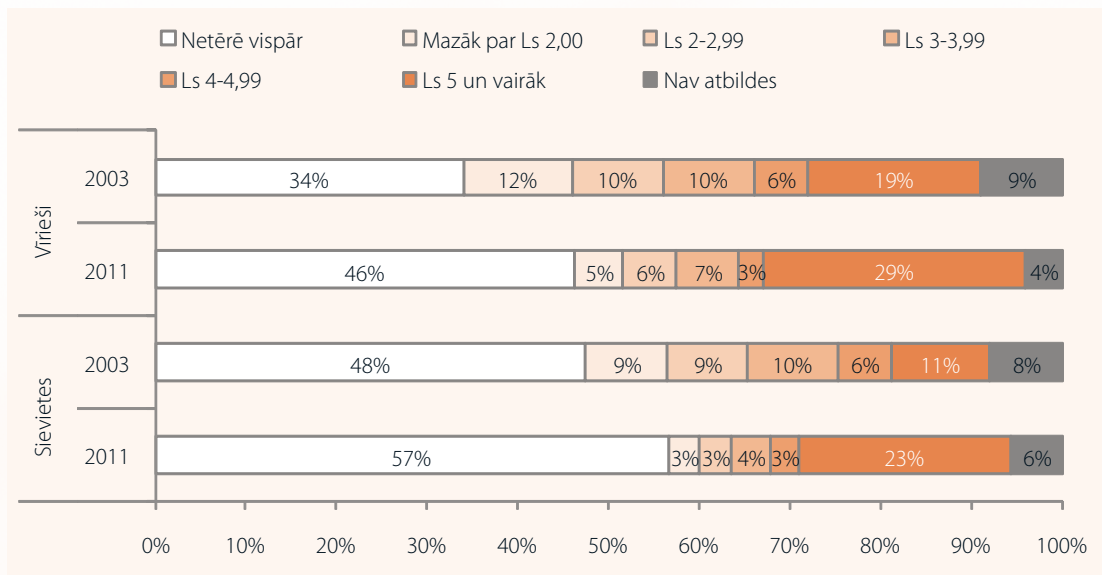
Analizējot statistikas rādītājus saistībā ar dzimstības plānošanu, pozitīvi vērtējams fakts, ka samazināšanās tendence turpinās gan kopējam, gan mākslīgo abortu rādītājam. Kopumā pārskata periodā kopš 2003. gada abortu skaits uz 1000 dzīvi dzimušiem bērniem ir turpinājies samazināties, samazināšanās tempiem kļūstot lēnākiem kopš 2006. gada. Tomēr, salīdzinot ar vidējo ES dalībvalstu rādītāju, Latvijā abortu skaits aizvien ir augsts.

Mākslīgo abortu skaits uz 1000 reproduktīvā vecuma sievietēm (15–49 gadi), 2008. gadā bija 18, 2009. gadā – 15,6, 2010. gadā – 13,3. Augstākais mākslīgi abortu īpatsvars 2010. gadā bijis 20-34 gadu vecuma grupā (sk. 2.25. attēlu).

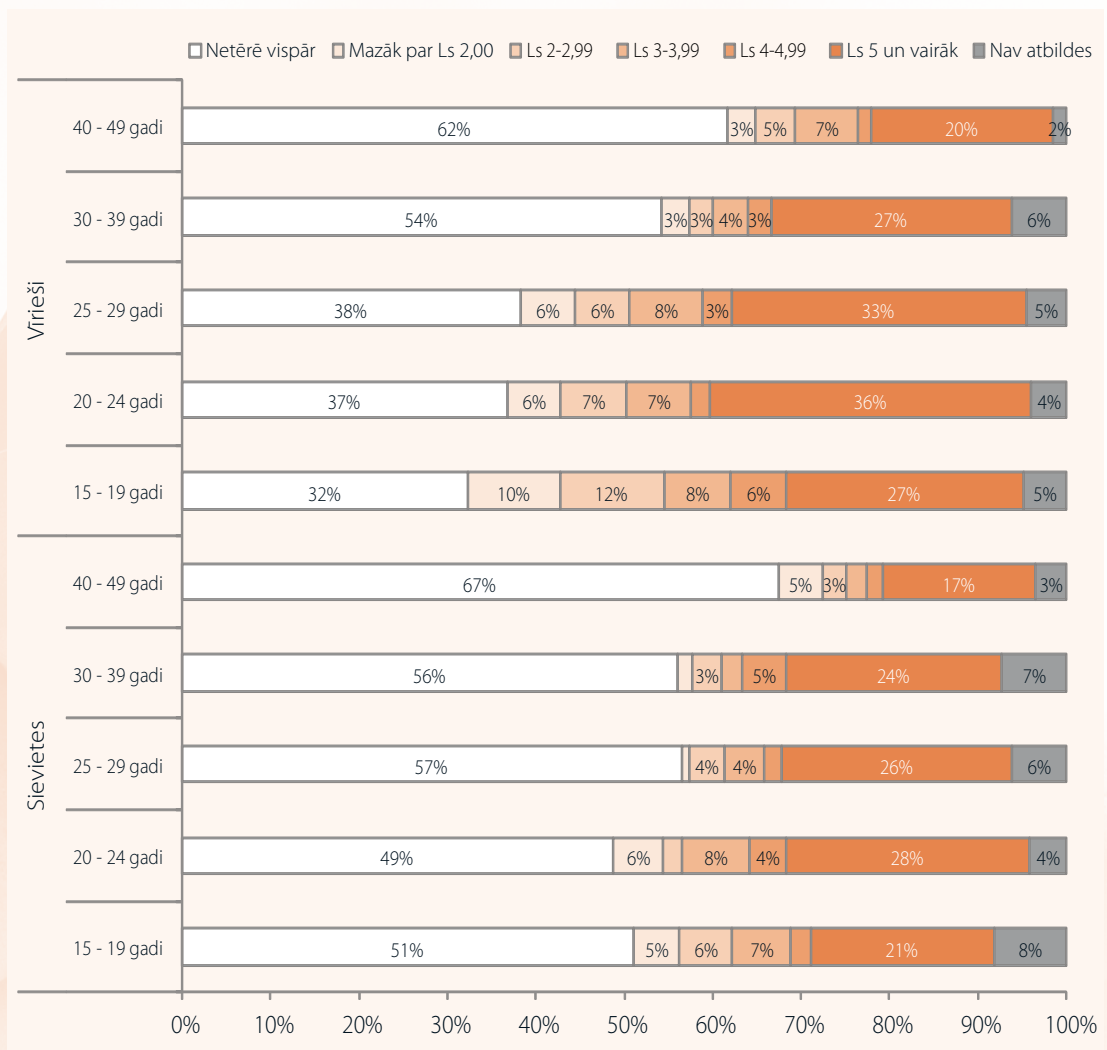
Raugoties uz aborta izvēles biežumu pa vecuma grupām, saskaņā ar aptaujas datiem 15–19 gadu vecuma grupā 80% respondentu grūtniecības iznākums

2.

2.27. attēls. Cik naudas jūs personīgi tērējat (vidēji mēnesī) pretapaugļošanās līdzekļu iegādei? To respondentu, kuriem bijušas dzimumattiecības, atbildes, %, 2003. gads (sievietes, n = 1112, vīrieši, n = 1077), 2011. gads (sievietes, n = 1152, vīrieši, n = 1141)



2.28. attēls. Cik naudas jūs personīgi tērējat (vidēji mēnesī) pretapaugļošanās līdzekļu iegādei? To respondentu, kuriem bijušas dzimumattiecības, atbildes, %, sievietes, n = 1152, vīrieši, n = 1141



bijis aborts. Tas samazinās līdz 22,5% vecuma grupā 20–29 gadi; 16,1% vecuma grupā 30–39 gadi un 6,7% vecuma grupā 40–49 gadi.

Raugoties uz aptaujas datiem, 59% sieviešu, kurām iestājusies neplānota grūtniecība, izvēlējušās abortu kā atrisinājumu. Tikai trešdaļa neplānotu grūtniecību beidzas ar dzemdībām. Vīriešu sniegtie dati atšķiras – aborts kā iznākums minēts 47% neplānoto grūtniecību, bet dzemdības kā atrisinājums 45% neplānotu grūtniecību.

No tām aptaujātajām sievietēm, kuras jebkad ir bijušas stāvoklī, aborta iespēju apsvērušas 55,7% respondentu. No sievietēm, kuras to apsvērušas, 44,9% abortu arī veikušas. Grūtniecību nekad nav nācies mākslīgi pārtraukt 38,8% sieviešu. 59,7% vīriešu, kuru partneres jebkad bijušas stāvoklī, uz šo jautājumu nav spējuši atbildēt. Par to, ka grūtniecības pārtraukšana nav tikusi apsvērta, pārliecināti ir tikai 8,4% respondentu.

Jāatceras, ka šie dati atspoguļo augsto abortu līmeni iepriekšējās desmitgadēs. Kopumā 15,5% sieviešu no tām, kurām jebkad ir bijusi grūtniecība, atzinušas, ka viņām pēdējo 5 gadu laikā bijis vismaz viens mākslīgais aborts. Līdzīgu tendenci uzrāda arī vīriešu atbildes par savām partnerēm – 13%. Laukos dzīvojošas sievietes abortus veikušas divreiz retāk nekā Rīgā (11,3% lauku reģionos pret 20,8% Rīgā). Vīriešu atbildēs šī tendence nav izteikta, lai arī līdzīgi kā sievietēm, laukos dzīvojošo vīriešu partneres par abortu izšķirušās retāk. Augstākajā un zemākajā ienākumu grupā abortu veikšanas īpatsvars bijis augstāks nekā vidējā ienākumu grupā gan vīriešu, gan sieviešu vidū, norādot, ka finanšu līdzekļu daudzumam nav noteicošā ietekme uz izvēli izdarīt abortu. Finanšu nepietiekamību tieši nenosaka pieejamais līdzekļu apjoms, bet gan subjektīvs to pietiekamības vērtējums.

Mākslīgo abortu biežāk veikušas sievietes, kuras dzīvo neregistrētās partnerattiecībās (20,4% sieviešu un 17,8% vīriešu atbildēs attiecībā pret 13% gadījumu laulāto sieviešu un 11,9% laulāto vīriešu vidū).

2.10.1. Neplānotas grūtniecības iemesli

Kā neplānotas grūtniecības galvenos iemeslus respondenti min kontracepcijas nelietošanu, lai arī viņi par to bijuši informēti – 46% sievietēm un 52% vīriešiem (43% 2003. gadā). Joprojām ir augsts kļūdainas kontracepcijas lietošanas (plīsis prezervatīvs, aizmirsts iedzert kontracepcijas tableti u.tml.) procents – to norāda

27% vīriešu un 33% sieviešu kārtas respondentu.

Visbiežāk respondentus pievilusi prezervatīvu lietošana – 34% (26% 2003. gadā) gadījumu, kam seko pārtrauktais dzimumakts – tā kļūdainību atzīst 28% sieviešu un 24% vīriešu kārtas respondentu (23% 2003. gadā). Sievietes bieži pievilusi arī kalendārā metode – 25% gadījumu, bet vīrieši uz to norāda 15% gadījumu (21% 2003. gadā). Hormonālo kontracepcijas tablešu lietošana bijusi salīdzinoši drošāka – par sarežģījumiem kļūdainas lietošanas gadījumā ziņo 15% sieviešu un 17% vīriešu (19% 2003. gadā). Vēl 13% sieviešu un 11% vīriešu ziņo, ka viņus pievilusi dzemdes spirāles lietošana.

2.10.2. Grūtniecības pārtraukšanas motivācija

Runājot par iemesliem, kāpēc respondenti izšķirušies par labu grūtniecības pārtraukšanai, galvenais iemesls bijis nevēlēšanās turpināt grūtniecību. To atzīmējušas 50% sieviešu. Vēl 46% sieviešu norāda uz materiāliem iemesliem, kuru dēļ nevarētu atļauties bērna audzināšanu. Raugoties uz respondentu ienākumiem, sievietes zemākajā ienākumu grupā (līdz 100 latiem uz vienu ģimenes locekli) materiālo iemeslu norāda 53,5% gadījumu, tomēr arī ienākumu grupā virs 200 latiem uz māsaimniecības locekli 39% sieviešu norāda, ka materiālās grūtības ir iemesls grūtniecības pārtraukšanai.

Vīriešu sniegto atbilžu vidū nav vērojama kopsakarība starp materiālo apstākļu kā iemesla izvēli un respondenta ienākumu līmeni. Tas norāda, ka ienākumu pašvērtējums ir subjektīvs. 22% sieviešu norāda uz psiholoģisku negatavību, bet vēl 20% uz pārāk īsu laiku kopš iepriekšējām dzemdībām. Psiholoģiska negatavība un nevēlēšanās turpināt grūtniecību dominē jaunāka vecuma respondentu vidū. 11% sieviešu bērna nākšana pasaulē būtu traucējusi karjerai.

Lai izšķirtos par grūtniecības pārtraukšanu, svarīga nozīme ir partnera vēlmēm. Tā, 10% sieviešu kārtas respondentu atzīmē, ka tā bijusi partnera vēlme, bet vēl 8% atzīmējušas, ka izšķirušās par labu grūtniecības pārtraukšanai tādēļ, ka gaidāmā bērna tēvs viņas pametis. Saskaņā ar to vīriešu atbildēm, kuru partneres grūtniecību pārtraukušas, 31% gadījumu to vēlējies vīrietis. Tikpat liels gadījumu īpatsvars attiecināts uz partneres nevēlēšanos un materiālo nespēju bērnu uzaudzināt.

2.10.3. Lēmuma pieņemšana

Kopumā vīrieši ir labi informēti par partneres

2.

grūtniecību un mākslīgā aborta izvēli. Izņēmums ir 15–19 gadu jauni vīrieši, kur 40% respondentu nespēja atbildēt, vai viņu partneri pēdējo piecu gadu laikā ir bijis vismaz viens mākslīgais aborts, kas liecina par komunikācijas trūkumu starp partneriem. Vidēji tādu vīriešu īpatsvars ir 2,6%. Vēl 71% vīriešu norāda, ka grūtniecības pārtraukšanas jautājumu pārsprieduši ar partneri, un vēl 18% norāda, ka tas apspriests ar ginekologu. Kopumā, salīdzinot ar sievietes atbildēm, vīrieši ir mazāk iesaistīti lēmuma pieņemšanā un retāk konsultējas ar citiem.

42% sievietes norāda, ka aborta izvēli partneris atbalstījis, bet 17,9% gadījumu lēmuma pieņemšanu uzticējies pašai sievietei. 13,2% gadījumu partneris nav ticis informēts.

Novērojams, ka neregistrētās partnerattiecībās dzīvojošas sievietes biežāk atzīmējušas, ka grūtniecību nav vēlējušas, materiāli nebūtu varējušas bērnu audzināt vai bērns būtu traucējis karjerai. Neregistrētās partnerattiecībās dzīvojošas sievietes retāk nekā precētās (67,5% attiecībā pret 80,8%) konsultējušas ar partneriem. Savukārt neregistrētās partnerattiecībās dzīvojoši vīrieši biežāk nekā precētie norāda uz partneres vēlēšanos grūtniecību pārtraukt. Tomēr tieši precētie vīrieši biežāk norādījuši, ka paši nevēlējušies šo grūtniecību.

Sievietes 75% gadījumu grūtniecības pārtraukšanu pārrunājušas ar partneri. Tikai 40% norāda, ka lēmumu pārrunājušas ar ginekologu. 17% apspriedušas ar māti un vēl 12% ar draudzeni. 11% lēmumu pieņēmušas pašas. Draudzeņu, mātes un ginekologa loma ir svarīgāka gados jaunākām sievietēm, un viņas konsultējušas ar vairākiem padomdevējiem. Par kontracepcijas lietošanu pēc aborta nav tikušas informētas 16,6% sievietes, kas joprojām ir salīdzinoši augsts rādītājs.

2.10.4. Pusaudžu neplānota grūtniecība

Šis ir viens no rādītājiem, kas raksturo informētību par reproduktīvās veselības jautājumiem, kā arī par nepilngadīgo jauniešu spēju šis zināšanas īstenot. 15–17 gadu vecuma grupā abortu skaits uz 1000 attiecīgā vecuma meitenēm samazinās – 2010. gadā tas bija 5,7 uz 1000 meitenēm, 2009. gadā – 6,1, 2008. gadā – 7,1, 2010. gadā turpina samazināties jaundzimušo īpatsvars nepilngadīgām mātēm (15–17 gadi), veidojot 1,4% no visiem jaundzimušajiem; 2009. gadā šis rādītājs bija 1,7%; 2008. gadā – 2,1% (VEC, 2011).

2.10.5. Jauniešu viedokļi par grūtniecības pārtraukšanu

Diskusijās lielākā daļa jauniešu atzīst abortu kā vēlamu risinājumu neplānotai agrīnai grūtniecībai.

«Manuprāt, aborts ir pilnīgi normāls. Manuprāt, nav nepieciešams sabojāt dzīvi trim cilvēkiem, respektīvi, mātei, topošajam bērnam un jaunajam tēvam. Vēl jo īpaši, ja tiem ir padsmīti gadu, tiešām nav nodrošināts stāvoklis. Un vēl uzkraut vecvecākiem to visu! Tas ir neiedomājami. Es nesaprotu tos cilvēkus, ka ļoti iedegās, ka dzīvība ir jāsargā un tamlīdzīgi. Es tā neuzskatu, es tā nedomāju.

Es arī pilnīgi piekritu. Es domāju, ja man kaut kas gadītos, es varētu abortu uztaisīt jebkurā brīdī, vienalga. Ja es negribētu to bērnu. Vienalga vai es būtu nodrošināta vai nebūtu, ja es būtu padsmītgadniece vai nebūtu. Ja es viņu negribu, tad negribu. Es to varu izdarīt.»

(Jauno sievietes fokusa grupas diskusija, Zemgale)

Jaunieši bērna audzināšanu saista ar atbildību, kuras uzņemšanos viņi lielākoties nevēlas, lai arī attieksme pret grūtniecības pārtraukšanu kopumā var būt negatīva.

«Es domāju, ka ir jāizšķiras par abortu, kas reizēm ir labākais risinājums. Bet ja no tā var izvairīties, kaut vai padzīvot ar to krustu [bērnu], padzīvot piecus gadus, kamēr [pats] izaugs un būs materiāli patstāvīgs, tad arī viss nokārtosies.»

(Jauniešu fokusa grupas diskusija, Rīga, sieviete)

Nevēlamu grūtniecību jaunieši uztver kā traģēdiju un nopietnāko krīzes situāciju, ar kuru jaunietis reproduktīvās veselības jomā var saskarties.

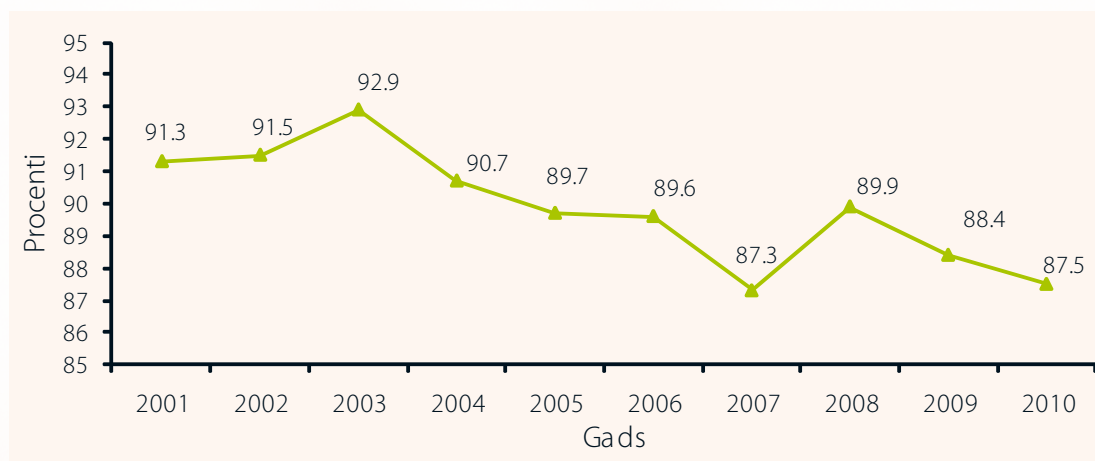
«Man ir bijis tā, ka gandrīz jau sanāk, ka ir bijis bērns un sajūtas bija briesmīgas. Es četras vai piecas dienas domāju tikai par bērniem, tas bija ļoti smagi. Es negribēju, nu es negribu, ja [tā] būtu, tad būtu. Ak, Dievs, gadās, nu jebkuram ir gadījies maniem vecākiem arī gadījās, jo viņi man ir teikuši, ka esmu nelaimes gadījums.»

(Jauniešu fokusa grupas diskusija, Kurzeme, vīrietis)

Neplānota grūtniecība daļai liek kaunēties gan par seksuālo attiecību rezultāta publiskošanu, gan par savu neprasmi izsargāties. Daļa jauniešu abortu izmanto kā iespēju pieļauto kļūdu noklusēt pat no tuviem cilvēkiem, tādējādi nesāņemot nekādu atbalstu.

«Varētu būt, ka es nemaz nedarītu to tā zināmu, vienkārši noklusētu un ietu uz medīestādi un teiktu, ka man vajag abortu. Cita lieta ir finansiālais aspekts. Bet

2.29. attēls. Grūtniecības aprūpe, kas uzsākta līdz 12. grūtniecības nedēļai, %



Avots: Veselības ekonomikas centrs, 2011: 174.

droši vien, ja vien varētu izkārtoties tā, ka nevienam nekas nav jāsaista.»

(Intervija, 21 gadu veca sieviete)

Spriedzi rada arī jauniešu bažas par veselībai negatīvajām aborta sekām, par kurām informācija tiek saņemta skolā. Jaunieši uzskata, ka aborts rada neauglības un infekciju risku.

2.11. Grūtniecība un dzemdības

Bērna attīstību un veselību lielā mērā ietekmē mātes veselība, grūtniecības plānošana, vecāku attieksme pret savu un gaidāmā bērna veselību un rūpes par bērnu, kā arī perinatālās veselības aprūpes pieejamība un kvalitāte. Aptauja rāda, ka to sieviešu vidū, kuras ir dzemdējušas, 27,2% sieviešu grūtniecību nav plānojušas. Tēvu vidū šis procents ir 20,8%. Jo jaunāka respondente, jo biežāk tiek norādīts, ka grūtniecība nav plānota. Neregistrētās partnerattiecībās dzīvojoši respondenti biežāk nekā laulībā dzīvojošie atzīst, ka grūtniecība nav bijusi plānota (partnerattiecībās dzīvojošu 32,1% vīriešu un 27,2% sieviešu pret laulībā dzīvojošu 17,4% vīriešu un 22,5% sieviešu).

2.11.1. Grūtnieču aprūpe

Lai grūtniecība noritētu veiksmīgi, ļoti svarīgi ir savlaicīgi to uzraudzīt, grūtniecei stājoties uzskaitē. Agrīna stāšanās uzskaitē samazina risku piedzimt bērnam ar veselības problēmām, jo savlaicīgi tiek atklāti un novērsti iespējamie riska faktori gan bērna, gan mātes veselībai. Statistikas dati rāda (skat. 2.29 attēlu), ka pēdējos divos gados (2009–2010) turpina samazināties to grūtnieču īpatsvars, kuru aprūpe uzsākta līdz 12. grūtniecības nedēļai.

Grūtniecības aprūpes rādītājs pieauga līdz 2003. gadam, kad savlaicīga stāšanās grūtniecības uzskaitē tika materiāli stimulēta ar lielāku bērna piedzimšanas pabalstu. Sākot ar 2004. gadu, kad tika veikti grozījumi

attiecīgajos MK noteikumos⁶, grūtnieču savlaicīga stāšanās uzskaitē vairs netiek materiāli stimulēta.

Kopš 2007. gada ir tendence pieaugt antenatāli neaprūpēto dzemdētāju īpatsvaram. To varēja veicināt ekonomikas lejupslīde. 2010. gadā antenatāli neaprūpēto dzemdētāju īpatsvara rādītājs saglabājies 2009. gada līmenī – 2,7% (skat. 2.30. attēlu).

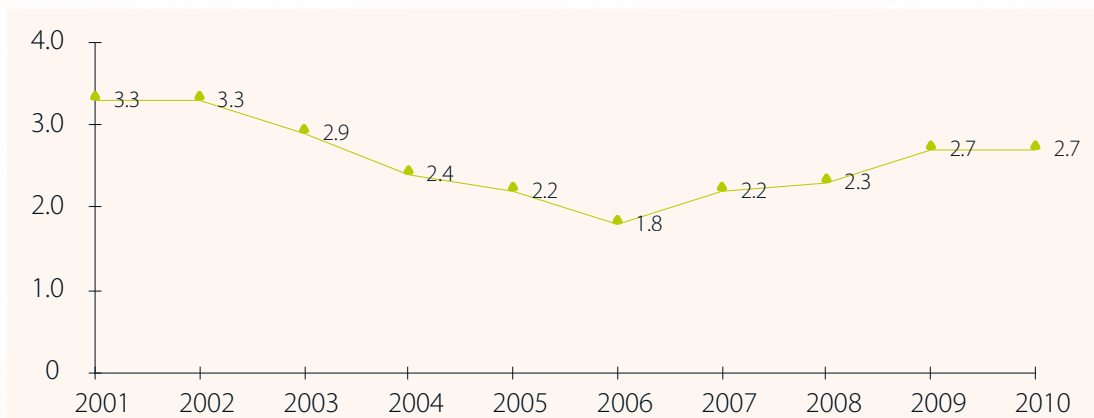
Respondentes, atbildot par savu pēdējo grūtniecību, kas beigusies ar dzemdībām, norāda uz tendenci agri stāties grūtniecības uzskaitē (19,3% respondentu grūtniecības uzskaitē stājušās līdz 5. grūtniecības nedēļai). Līdz 10. grūtniecības nedēļai uzskaitē stājušās jau 93% sieviešu. Kopumā aptauja rāda, ka 97,4% sieviešu pēdējās grūtniecības laikā stājušās grūtnieču uzskaitē, kas ir augstāks rādītājs par 2003. gada aptaujā fiksētajiem 91%. Dzīvesvietai un ārsta prakses ģeogrāfiskai pieejamībai nav izšķirošas nozīmes. Statistikas datu sniegtais antenatālo aprūpi nesāņēmušo grūtnieču īpatsvars ir pārāk mazs, lai to analizētu ar aptaujas palīdzību.

Vidēji 9,2% vīriešu nespēj atbildēt, vai viņu partnere bijusi grūtnieču uzskaitē, līdz ar to vīriešu norādītais grūtniecības novērošanas gadījumu īpatsvars ir zemāks. Interesanti atzīmēt, ka, mainoties dzemdību praksei un popularitāti iegūstot ģimenes dzemdībām, mainījusies arī vīriešu informētība par grūtniecības novērošanu. No tiem vīriešiem, kuriem partnere dzemdējusi laikā līdz 1994. gadam, 9,4%–12,2% respondentu nezināja, vai partneres veikušas grūtniecības novērošanu. Pēdējo triju gadu periodā šādu tēvu īpatsvars ir bijis tikai 5,5%.

Pēdējā no tām grūtniecībām, kas respondentēm beigusies ar dzemdībām, 93,3% sieviešu aprūpi uzticējušas ginekologam. Tikai 2,5% sieviešu novērojušas

⁶ Ministru kabineta 2004. gada 14. septembra noteikumi Nr.791 „Grozījumi Ministru kabineta 2003. gada 8. jūlija noteikumos Nr.381 „Noteikumi par bērna piedzimšanas pabalsta apmēru, tā pārskatīšanas kārtību un pabalsta piešķiršanas un izmaksas kārtību””.

2.30. attēls. Antenatāli neapbrūpēto dzemdētāju īpatsvars, %



Avots: Nacionālā veselības dienesta dati.

grūtniecību pie vecmātes un vēl 1,7% pie ģimenes ārsta. Kopumā 46,8% dzemdējušo sieviešu un 41,4% vīriešu, kuru partnerēm bijušas dzemdības, ārstu vai vecmāti apmeklējušas kopā ar partneri. Rīgā tas darīts biežāk (48% gadījumu vīriešiem un 62% sievietēm) nekā citur Latvijā. Biežāk kopā ar partneri grūtniecības novērošanu veikuši vīrieši ar augstāku izglītības līmeni – vīriešu ar augstāko izglītību vidū tādu ir 56,3%. Sievietes izglītības līmenim šeit izšķirošas nozīmes nav.

Nozīme ir arī vīrieša vecumam – ja citās vecuma grupās aptuveni puse vīriešu ārstu apmeklējuši kopā ar partneri, tad 40–49 gadu vecuma grupā tādu vīriešu ir tikai 28%. Arī sieviešu vidū divdesmitgadnieces ārstu kopā ar partneri apmeklējušas biežāk nekā vecāka gadagājuma sievietes. Tradīcija grūtniecības novērošanu veikt kopā ar partneri ir strauji attīstījies pēdējo 20 gadu laikā: ja ap 1990. gadu partneris pievienojās ārsta apmeklējumā vienā piektdaļā gadījumu, tad pēdējo gadu laikā tādu vīriešu ir 55,9%. Laulībā dzīvojošās sievietes biežāk (58,3%) nekā tās, kas dzīvo neregistrētās partnerattiecības (31%), grūtniecības novērošanu veikušas kopā ar partneri. Vīriešu atbildēs šī atšķirība nav būtiska.

2.11.2. Apmācība grūtniecības laikā

Aptaujas dati rāda, ka „vecāku skolu” kopumā apmeklējušas 26,1% to sieviešu kārtas respondentu, kas jebkad dzemdējušas. Topošo tēvu vidū tādu ir 19,5% respondentu. Būtiska nozīme ir bijusi teritoriālajai pieejamībai – laukos apmācību izgājušas tikai 13,5% sieviešu, kamēr Rīgā – 35,7% sieviešu. Arī vīriešu vidū biežāk apmācību izgājuši Rīgā dzīvojošie topošie tēvi – 29,1% salīdzinājumā ar citās pilsētās un laukos dzīvojošajiem 15,2%–15,8% vīriešu.

„Vecāku skolas” apmeklētība sieviešu kārtas respondentu vidū augusi no 12,5% – 14,5% deviņdesmito gadu sākuma periodā līdz 35,7% pēdējo triju gadu periodā. Topošo tēvu vidū straujš apmeklētības pieaugums sākas kopš 1994. gada, sasniedzot gandrīz

trešdaļu topošo tēvu pēdējo 7 gadu laikā. „Vecāku skolas” apmeklējums ir dzemdību iestāžu bieži noteikts līdzdalības nosacījums tiem tēviem, kas izvēlas ģimenes dzemdības, kaut gan likumdošana paredz bezmaksas tēvu piedalīšanos ģimenes dzemdībās. „Vecāku skolas” izmaksas ir jāsedz pašai ģimenei, tādējādi nonākot pretrunā ar deklarētajiem valsts apmaksātiem ģimenes dzemdību pakalpojumiem un uzliekot papildu šķēršļus ģimenes dzemdībām. Latvijas normatīvajos aktos nav definētas personas, kas uzskatāmas par tiesīgām piedalīties ģimenes dzemdībās. Dzemdētājai vēlamā atbalsta persona var būt ne tikai gaidāmā bērna tēvs, bet arī cita tuva uzticības persona.

2.11.3. Apmierinātība ar grūtnieču aprūpes pakalpojumu

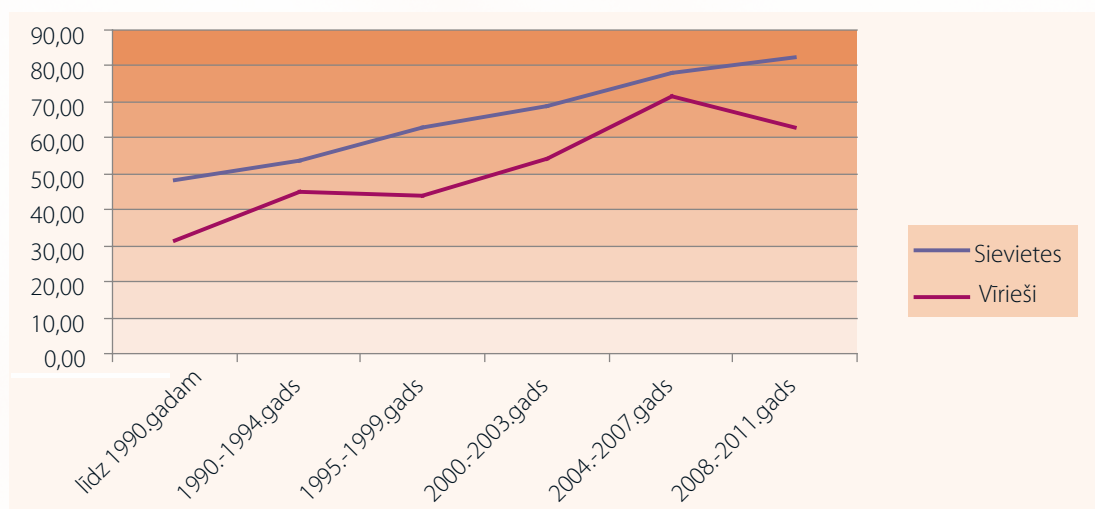
Aptauja rāda, ka ar ārsta vai vecmātes attieksmi grūtniecības novērošanas laikā apmierinātas bijušas 80% sieviešu un 76,3% vīriešu. Ar sagatavošanu dzemdībām apmierinātas bijušas 68,9% sieviešu un 53% vīriešu. Apmierinātība ar sagatavošanu dzemdībām pēdējo 20 gadu laikā ir augusi (skat. 2.31. attēlu).

Laiks, ko sarunām veltījis dzemdību speciālists, tiek vērtēts kā nepietiekams 15,3% gadījumu. Vēl 12,5% nespēj izvērtēt, vai laiks, ko dzemdību speciālists veltījis sarunām, ir bijis pietiekams. Kopumā apmierinātība ar dzemdību speciālista veltīto laiku pēdējo 20 gadu periodā pieaug. Sieviešu atbildēs gan vērojams apmierinātības ar grūtniecības aprūpi kritums pēdējo triju gadu periodā.

2.11.4. Partnera atbalsts

Partnera emocionālo atbalstu grūtniecības laikā noteikti saņēmušas 42,8% un drīzāk saņēmušas vēl 34,1% dzemdējušo sieviešu. Savukārt atbalstu noteikti snieguši 54,2% un drīzāk snieguši 32% vīriešu. Kopumā laulībā dzīvojošās sievietes ziņo par augstāku

2.31. attēls. Vai jūs apmierināja sagatavošana dzemdībām? Sieviešu, kurām bijušas dzemdības, un vīriešu, kuru partnerēm bijušas dzemdības, atbildes, % atkarībā no dzemdību gada, sievietes, n = 659, vīrieši, n = 480



emocionālā atbalsta līmeni nekā neregistrētās partnerattiecībās dzīvojošās sievietes. Šos datus apstiprina arī vīriešu atbildes. Savukārt vīrieši ar augstāku izglītības līmeni biežāk atzīst, ka snieguši partnerēm atbalstu.

Partnera atbalstu grūtniecības laikā lūgušas 63% sieviešu. Tikai 23,2% vīriešu atzīst emocionālā un psiholoģiskā atbalsta nepieciešamību partneres grūtniecības laikā, bet 32,1% to ir saņēmuši. Pēdējo 20 gadu laikā vērojama tendence, ka to vīriešu īpatsvars, kas saņem partneres atbalstu, pieaug.

2.12. Dzemdības

Veselības aprūpes ambulatoro un stacionāro pakalpojumu sistēmas reforma⁷ pēdējo gadu laikā ir samazinājusi to stacionāru skaitu, kur tiek sniegta valsts apmaksāta dzemdību palīdzība. Saskaņā ar ārstniecības iestāžu reģistra datiem 2009. gadā dzemdību pakalpojumus sniedza 31 iestāde, 2010. gadā – 23 iestādes. Valsts apmaksātas dzemdības 2011. gadā tiek nodrošinātas 18 slimnīcās – Liepājas, Ziemeļkurzemes, Kuldīgas, Dobeles, Tukuma, Jūrmalas, Jelgavas, Ogres, Cēsu, Valmieras, Madonas, Jēkabpils, Daugavpils, Preiļu, Rēzeknes un Gulbenes–Balvu slimnīcā, kā arī Paula Stradiņa Klīniskās universitātes slimnīcā un Rīgas Dzemdību namā, un kopš 2011. gada jūlija valsts apmaksātas fizioloģiskās dzemdības pieņem arī Rīgas rajona slimnīcā Siguldā.

Lai uzlabotu valsts apmaksātās dzemdību palīdzības kvalitāti, Ministru kabinets 2011. gada jūnijā pieņēma grozījumus noteikumos Nr. 1046 „Veselības aprūpes organizēšanas un finansēšanas kārtība”. Noteikumos

paredzēts, ka dzemdību palīdzība lokālajās slimnīcās tiks nodrošināta un apmaksāta pēc principa „nauda seko pacientei” ar nosacījumiem – ja slimnīca dienakti var nodrošināt vecmātes, pediatra vai neonatologa un ginekologa-dzemdību speciālista pieejamību, kā arī iepriekšējā gadā ir bijušas ne mazāk kā 200 dzemdības. Lai arī dzemdību palīdzības koncentrēšana mazākā skaitā centru kopumā uzlabo dzemdību palīdzības kvalitāti, tā ietekmē pieejamību pakalpojuma saņēmēja perspektīvā. Aptauja vēl neļauj izvērtēt ar reformu saistīto pārmaiņu ietekmi uz pacientu informētību, apmierinātību un teritoriālo pakalpojuma pieejamību visai ģimenei.

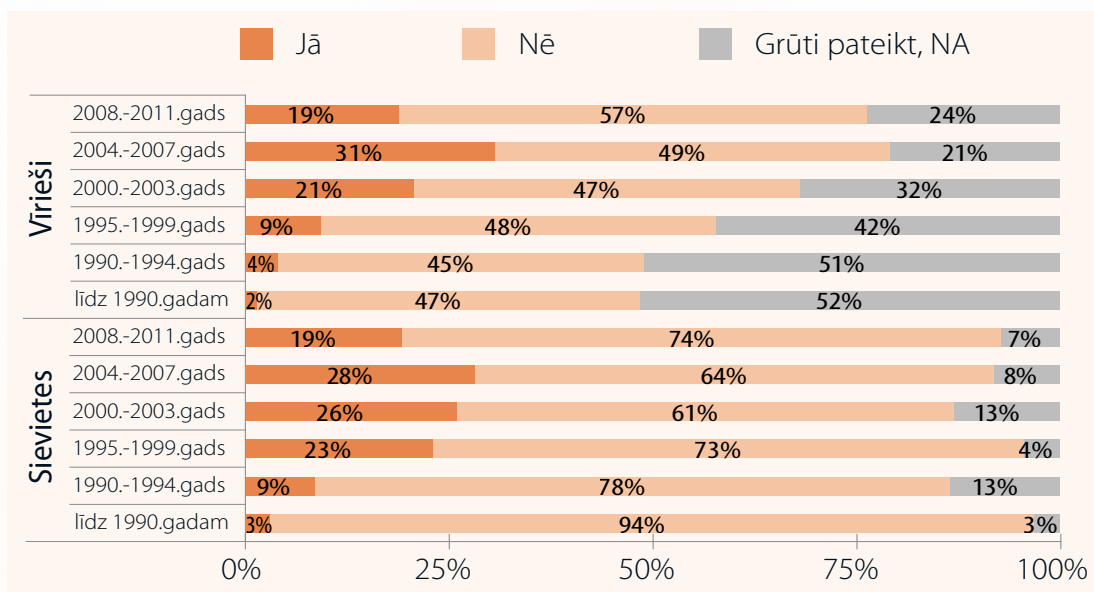
Aptaujas dati rāda, ka pēdējos gados samazinājies to respondentu īpatsvars, kuri izvēlējušies maksas dzemdību pakalpojumus. Kopumā 20% sieviešu un 15,8% vīriešu atzīmē, ka viņiem bijis noslēgts līgums ar dzemdību speciālistu. Biežāk līgumu slēgušas citautietes un abu dzimumu respondenti ar augstākiem ienākumiem, kā arī pilsētās dzīvojoši respondenti. Aptauja rāda, ka laikā no 1995.–2007. gadam līgumu ar dzemdību speciālistu slēgušas aptuveni ceturtdaļa aptaujāto dzemdētāju. Vīriešu atbildes kopumā norāda uz līguma dzemdību pieaugumu no 2000. līdz 2008. gadam. Pēdējo trīs gadu laikā līguma dzemdību īpatsvars samazinājies līdz 19,8% sieviešu un 18,9% vīriešu kārtas respondentu vidū.

2.12.1. Ģimenes dzemdības

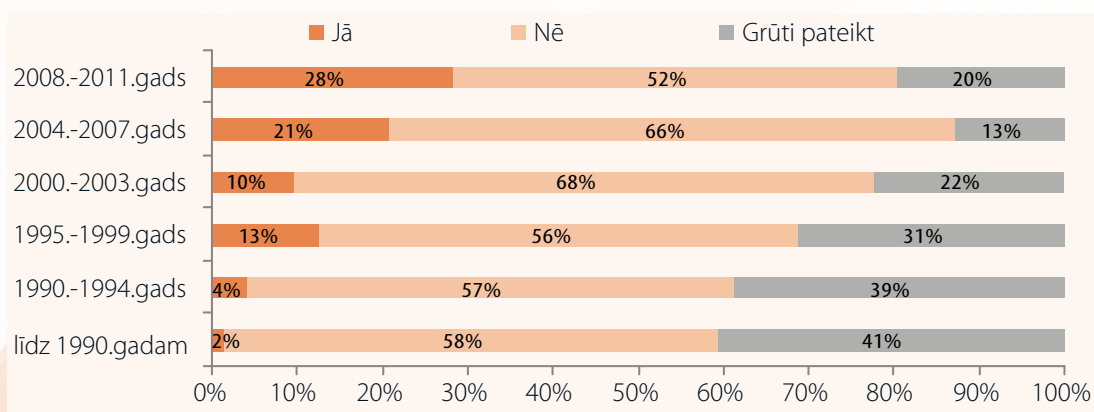
Saskaņā ar aptaujas datiem ģimenes dzemdībās piedalījušies 15,2% vīriešu. To biežāk darījuši vīrieši ar augstākiem ienākumiem. Būtisks faktors par labu ģimenes dzemdībām ir izglītība – vīrieši ar augstāko izglītību trīs reizes biežāk nekā tie, kuriem ir vidējā vispārējā vai profesionālā izglītība, atzīmējuši, ka piedalījušies ģimenes dzemdībās.

⁷ Ambulatorās un stacionārās veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēju attīstības programmas ieviešanas plāns 2005.–2010. gadam. [http://phoebe.vm.gov.lv/misc_db/web.nsf/626e6035eadbb4cd85256499006b15a6/12a2850ef166a319c2257313001f2e32/\\$FILE/Informativa_dalja.pdf](http://phoebe.vm.gov.lv/misc_db/web.nsf/626e6035eadbb4cd85256499006b15a6/12a2850ef166a319c2257313001f2e32/$FILE/Informativa_dalja.pdf).

2.32. attēls. Vai jums bija noslēgts līgums ar dzemdību speciālistu (ārstu/vecmāti)? Sieviešu, kurām bijušas dzemdības, un vīriešu, kuru partnerēm bijušas dzemdības, atbildes, % atkarībā no dzemdību gada, sievietes, n = 659, vīrieši, n = 480



2.33. attēls. Vai piedalījāties ģimenes dzemdībās? Vīriešu, kuru partnerēm bijušas dzemdības, atbildes, % atkarībā no dzemdību gada, n = 80



Jautājot par vēlmi piedalīties ģimenes dzemdībās visiem aptaujātajiem vīriešiem, 32,1% visu respondentu noteikti un drīzāk sliecas tam piekrist. To biežāk atbalsta latviešu (34,4%), nevis citas tautības vīrieši (28,5%); rīdzinieki (38,6%), nevis laucinieki (29,1%), vīrieši ar augstāko izglītību (43,3%), nevis vidējo vispārējo vai profesionālo izglītību (28,8% un 31,5%). Vecuma grupā 20–24 gadi šādu vīriešu īpatsvars ir visaugstākais – 39,8%. Atbalsts krītas līdz ar vīrieša vecumu. 15–19 gadu jauniešu grupā ir divreiz augstāks tādu vīriešu īpatsvars (40%), kuriem vēl nav viedokļa šajā jautājumā.

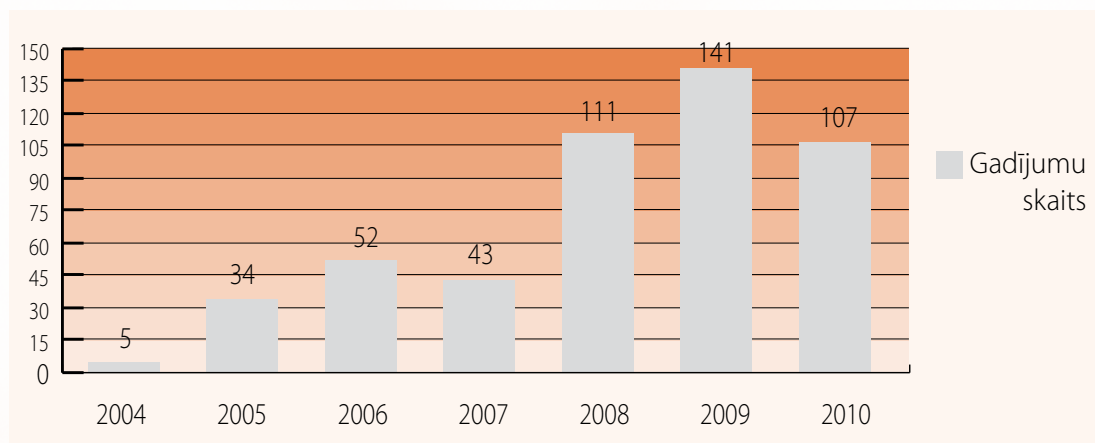
2.12.2. Mājdzemdības

Kopš iepriekšējā reproductīvās veselības apsekojuma mājdzemdības 2006. gadā ir legalizētas.

Mājdzemdību īpatsvars nav pietiekams (skat. 2.34. attēlu), lai ar aptaujas palīdzību analizētu datus, tāpēc mērīts visu respondentu viedoklis. Uzskatam, ka vecmāte spēj nodrošināt pietiekami drošu aprūpi sievietei un jaundzimušajam mājdzemdībās, piekrīt 34,4%

sieviešu un 27,3% vīriešu. Vienlaikus 77,8% sieviešu un 67,5% vīriešu uzskata, ka sievietes uzņemas papildu risku, dzemdējot mājās. 66,6% sieviešu un 61,8% vīriešu uzskata, ka šāds risks ir nevajadzīgs. Tam, ka vīrietim nav tiesību iejaukties sievietes izvēlē dzemdēt vai nedzemdēt mājās, piekrīt 15,2% vīriešu un 20,6% sieviešu. 22,8% vīriešu un 16,4% sieviešu nav viedokļa šajā jautājumā. Saskaņā ar aptaujas datiem attieksme pret mājdzemdībām kopš iepriekšējā pārskata perioda nav mainījusies.

Mājās vēlētos dzemdēt 7,4% sieviešu, bet 11% vīriešu piekristu šādai sievietes izvēlei, kas ir nedaudz zemāks īpatsvars nekā iepriekšējā aptaujā. Tam biežāk piekrīt vīrieši ar augstāko izglītību (18,7%). Sievietes izglītības līmenim nav būtiskas nozīmes, izlemjot par mājdzemdībām, tomēr pozitīvāka attieksme pret mājdzemdībām visos jautājumos vērojama to sieviešu grupās, kurām ir vidējā vispārējā un nepabeigta augstākā izglītība.



Avots: Nacionālā veselības dienesta Jaundzimušo reģistrs

2.12.3. Iejaukšanās dzemdību norisē ar ķeizargrieziena operāciju

VEC dati liecina, ka 2010. gadā Latvijā veiktas 237 ķeizargrieziena operācijas uz 1000 dzīvi dzimušiem, kas ir aptuveni 24% no visām dzemdībām. Saskaņā ar PVO *European Health for All* datubāzes datiem, Latvijā 2009. gadā bijis 233 ķeizargriezieni uz 1000 dzīvi dzimušiem. ES valstīs vidēji šis rādītājs ir bijis 260. ES valstīs vērojama lēni pieaugoša tendence ķeizargriezieni skaita attiecībai pret 1000 dzīvi dzimušiem. Latvijā kopš 2007. gada pieaugums ir apstājies.

Galvenie ķeizargriezieni īpatsvara pieauguma iemesli ir hroniskās slimības grūtniecēm, t.sk. ekstraģenitālas slimības, vēla pirmā grūtniecība, daudzauģļu grūtniecība, kā arī tas, ka mainījušās indikācijas ķeizargrieziena veikšanai – līdz deviņdesmito gadu vidum daļa no ekstraģenitālām slimībām netika uzskatītas par pietiekamu indikāciju. Tāpat nereti citu specialitāšu ārsti apstiprina šīs operācijas nepieciešamību gadījumos, kad ginekoloģijas speciālisti to neuzskata par medicīnisku indikāciju.

2.12.4. Krūts barošana

PVO rekomendē, ka jaundzimušajiem piemērotākais uzturs ir mātes piens, kas nodrošina mazuli ar augšanai un attīstībai vajadzīgajām uzturvielām (WHO, 2003). Līdz 6 mēnešu vecumam tiek rekomendēts bērnu barot tikai ar mātes pienu (ekskluzīvā zīdīšana).

Statistikas dati liecina, ka zīdīšanas rādītāji Latvijā uzlabojas, jo sevišķi palielinājies to bērnu īpatsvars, kas zīdīti līdz 3 un 6 mēnešu vecumam. 2010. gadā līdz 6 mēnešu vecumam zīdīti 52,5% bērnu (skat. 2.35. attēlu).

2.12.5. Pēcdzemdību periods

Pēcdzemdību periodā būtiska loma ir partneru savstarpējam atbalstam. Patlaban šajā periodā sievietei ir tiesības uz 56 dienu maternitātes atvaļinājumu,

bet tēvam uz 10 kalendāro dienu paternitātes atvaļinājumu.

Partnera emocionālo atbalstu un izpratni pēcdzemdību periodā noteikti saņēmušas 41,1% un drīzāk saņēmušas 32,8% sievietes. Vīrieši vērtējumā bijuši mazāk kritiski – noteikti atbalstu saņēmuši 57,5% un drīzāk saņēmuši 30,6% vīrieši. Jo augstāks vīrieša izglītības līmenis, jo biežāk palīdzība saņemta. Līdzīgi kā grūtniecības periodā, neregistrētās partnerattiecībās dzīvojošas sievietes kritiskāk vērtē partnera atbalstu pēcdzemdību periodā (25% to saņēmušas noteikti un 41,1% to drīzāk saņēmušas). Laulāto sieviešu vidū noteikti atbalstu saņēmušas 55% un drīzāk saņēmušas 30,6% sievietes. To apstiprina arī vīriešu atbildes – 47,5% neregistrētās partnerattiecībās dzīvojošu vīriešu noteikti atbalstījuši, bet vēl 30% drīzāk atbalstījuši partneres pēcdzemdību laikā. Laulāto vīriešu vidū tādu ir bijis attiecīgi 61,8% un 29,1%.

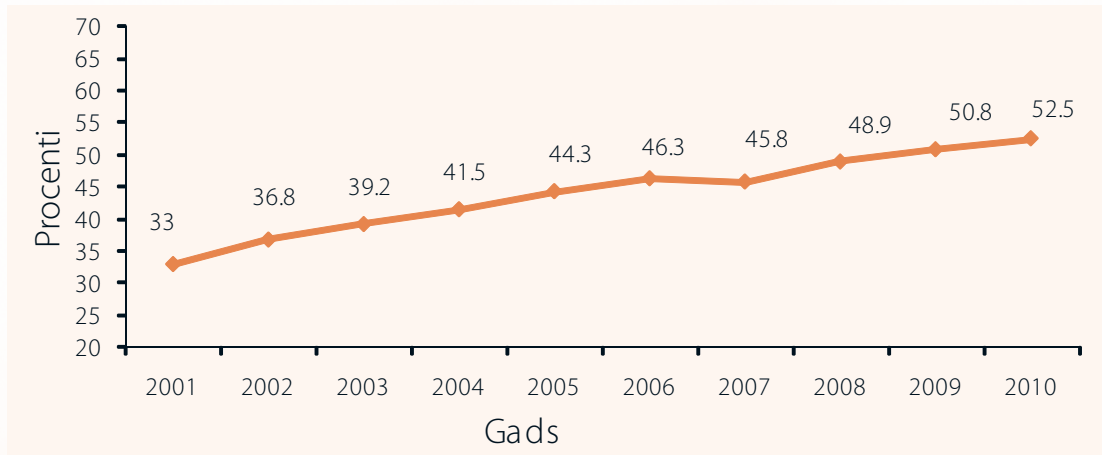
Aptaujas dati rāda, ka pēdējo 20 gadu laikā to sieviešu, kas saņēmušas partnera atbalstu, īpatsvars pakāpeniski pieaudzis, sasniedzot 55% no tām sievietēm, kuras dzemdējušas pēdējo trīs gadu laika periodā. Vīriešu atbildes tik krasu līdzdalības kāpumu neuzrāda.

To, ka pēcdzemdību periodā sievietes lūgušas partnera atbalstu, apstiprina 59,8% vīriešu kārtas respondentu. Tikai 25,1% vīriešu atzinuši emocionālā un psiholoģiskā atbalsta nepieciešamību partneres pēcdzemdību periodā, bet 32,9% to saņēmuši.

2.13. Sarežģījumi grūtniecības un dzemdību laikā

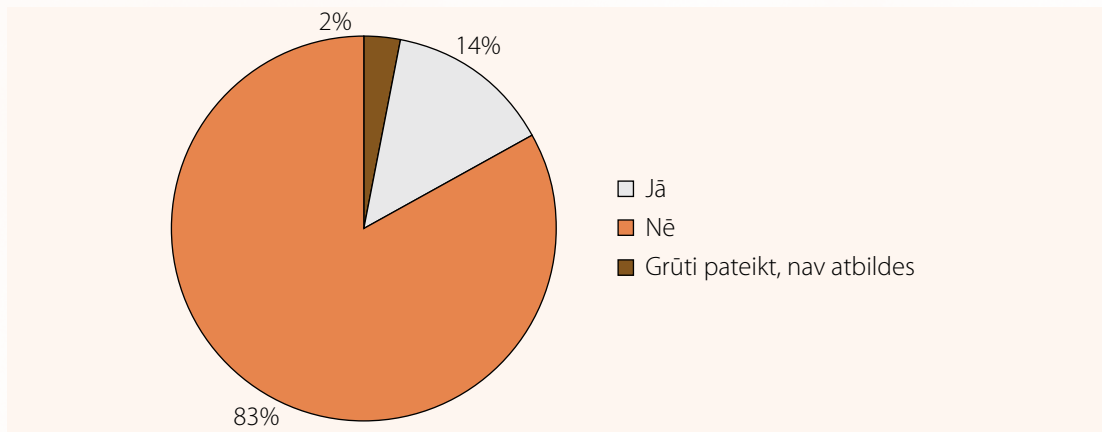
Bērna veselību ietekmē ne tikai aprūpes pieejamība un kvalitāte, bet arī mātes veselība un veselību ietekmējošie paradumi grūtniecības periodā. Negatīvu ietekmi gan uz grūtnieces veselību un augļa attīstību atstāj smēķēšana, alkohola, narkotiku un citu atkarību izraisošo vielu lietošana. Šie kaitīgie paradumi ne-

2.35. attēls. Zīdaiņu īpatsvars, kas zīdīti līdz 6 mēnešu vecumam, % no visiem zīdaiņiem



Avots: Nacionālā veselības dienesta dati.

2.36. attēls. Vai jūs smēķējāt pēdējās grūtniecības laikā? Sievietes, kurām bijusi vismaz viena grūtniecība, kas beigusies ar dzemdībām, %, n = 661



reti ir par iemeslu spontānam abortam, jaundzimušā attīstības traucējumiem, priekšlaicīgām dzemdībām, neiznēsātu bērnu dzimšanai, nedzīvi dzimušiem bērniem un bērnu mirstībai pirmajā dzīves nedēļā (Skrule, Štāle, Upmale, 2009).

Pēc Jaundzimušo reģistra datiem, aptuveni 10% no dzemdētājām ir smēķējušas grūtniecības laikā, lietojušas alkoholu – 0,5%, narkotikas – 0,1%. Ziņojumam veiktā aptauja rāda, ka kopš 2003. gada apsekojuma ir nedaudz pieaudzis to respondentu īpatsvars, kas grūtniecības periodā smēķējušas.

Novērojama tendence, ka gados jaunākas grūtnieces ir smēķējušas biežāk – tādu ir ap 21% divdesmitgadnieču un ap 11% trīsdemītgadnieču un četrdesmitgadnieču. Alkohollietojušas vidēji 6,8% grūtnieču.

Ievērojama loma grūtniecības komplikāciju izraisīšanā ir dzimumceļu infekcijām, kas ir iemesls grūtniecības neiznēsāšanai un iedzimtām infekcijām. Inficēšanās risku ar tām paaugstina bieža dzimumpartneru maiņa, nepietiekošas zināšanas par izsargāšanos no STI.

Saskaņā ar aptauju pēdējās grūtniecības laikā

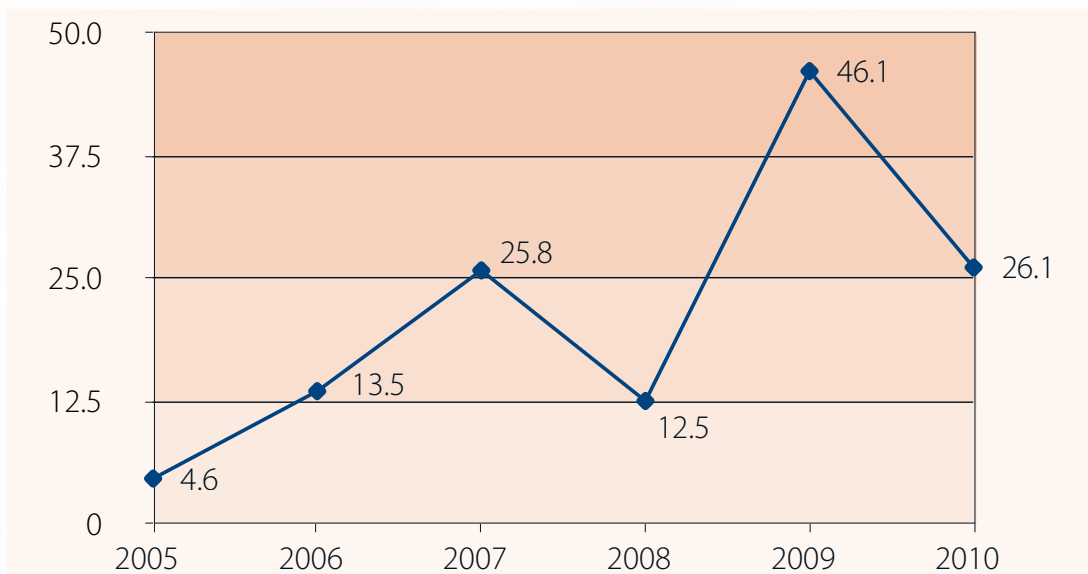
sarežģījumi ar augstu asinsspiedienu bijuši 17,3% sieviešu, anēmija – 22%, urīnsistēmas infekcijas – 8%, dzimumorgānu infekcijas – 3,6%, bet saaukstēšanās slimības – 31,7% grūtnieču. Grūtniecības pārtraukšanas draudi bijuši 13% sieviešu, kas ir mazāks īpatsvars nekā iepriekšējā apsekojumā 2003. gadā. Medikamentus pēdējās grūtniecības laikā kādas slimības dēļ lietojušas 25,7% grūtnieču, bet 56% lietojušas dzelzs preparātus, vēl 84% vitamīnus.

2.13.1. Mātes mirstība

Mātes mirstības rādītājs kopš krituma periodā no 2002. līdz 2004. gadam kopumā rāda tendenci pieaugt un joprojām saglabājas augsts. 2009. gadā Latvijā mirušas 10 dzemdētājas, sasniedzot augstāko punktu pēdējā desmitgadē.

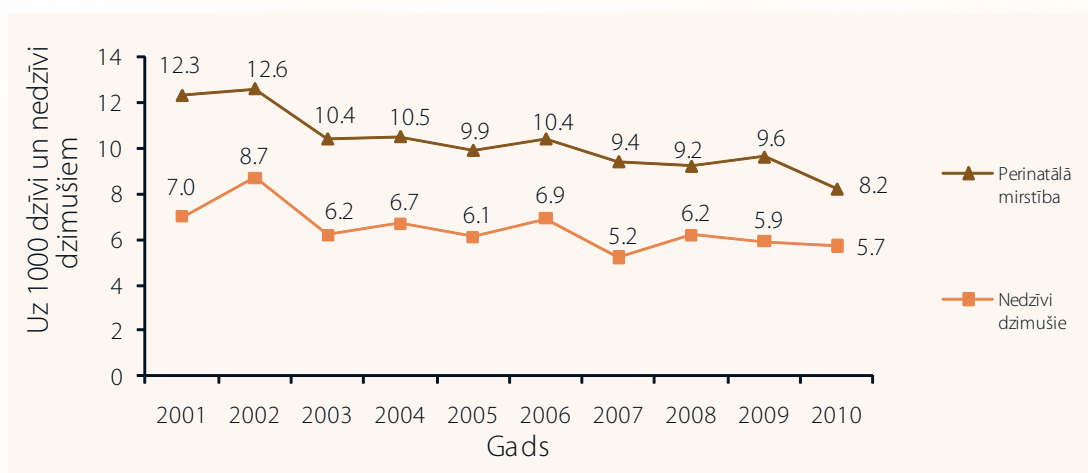
Izsakot šo skaitli uz 100 000 dzīvi dzimušajiem bērniem, 2010. gadā mātes mirstība bija 26 (2009. gadā – 46 uz 100 000 dzīvi dzimušiem). Šādu rādītāju parasti izmanto starptautiskos salīdzinājumos, kur Latvijas rādītājs ir satraucoši augsts, jo vidējais ES valstu rādītājs saskaņā ar PVO *European Health for*

2.37. attēls. Mātes mirstība uz 100 000 dzīvi dzimušiem, 2005-2010



Avots: Nacionālā veselības dienesta dati.

2.38. attēls. Perinatālā mirstība un nedzīvi dzimušo bērnu skaits uz 1000 dzīvi un nedzīvi dzimušiem



Avots: Nacionālā veselības dienesta dati.

All datu bāzes datiem vidēji ir 6 uz 100 000 dzīvi dzimušajiem.

2.13.2. Perinatālā mirstība

Kopš 2003. gada perinatālās mirstības rādītājam novēro lēnu samazināšanās tendenci. Līdzīga tendence vērojama nedzīvi dzimušo bērnu rādītājam (skat. 2.38. attēlu). Vienlaikus, saskaņā ar PVO *European Health for All* datu bāzes datiem, perinatālās mirstības rādītāji Latvijā ir augstāki nekā vidēji ES. 2009. gadā Latvijā šis rādītājs bija 7,04, bet ES – 5,58 uz 1000 dzīvi dzimušiem. Latvijā šis rādītājs 2009. gadā bijis ievērojami augstāks nekā Lietuvā (4,4) un Igaunijā (4,51). Nedzīvi dzimušo bērnu īpatsvars Latvijā ir augstāks nekā vidēji ES valstīs. 2009. gadā Latvijā šis rādītājs bija 5,87 uz 1000 dzīvi dzimušiem, kamēr vidēji ES – 4,06. Lietuvā un Igaunijā šis rādītājs attiecīgi bija 4,1 un 4,99.

2.

Kopsavilkums

1. Veselības stāvokļa pašvērtējums korelē ar ienākumiem – pakalpojumu pieejamība cilvēkiem ar zemiem ienākumiem ir pasliktinājusies, šai grupai ir zemāks veselības stāvokļa pašnovērtējums, naudas trūkuma dēļ biežāk atlikts ārsta apmeklējums un nav iegādāti kontracepcijas līdzekļi. Ceturtā daļa sieviešu un piektā daļa vīriešu kārtas respondentu atzīmē, ka piekļuve ģimenes ārstam bijusi ierobežota līdzekļu trūkuma dēļ. Smagāk nabadzība skar veselības aprūpes un veicināšanas pieejamību sievietēm. Samazinājušās darba devēja sociālās garantijas – samazinājies apdrošināto skaits.

2. Seksuālās un reproduktīvās veselības vērtējumam būtiska ir partnerattiecību kvalitāte. Noturīgas partnerattiecības paaugstina seksuālās un reproduktīvās veselības vērtējumu.

3. Vīriešu reproduktīvās veselības jomā nav vērojami uzlabojumi. Vīriešu vidū ir vērojams būtisks ambulatoro iestāžu apmeklējuma īpatsvara kritums. Vīrieši dzimumorgānu iekaisuma gadījumā ar ārstu konsultētos retāk nekā sievietes. Pozitīva tendence ir vērojama jaunāku vīriešu attieksmē – jaunieši ar ārstu konsultētos biežāk nekā vecāka gadagājumi respondenti. Jauniem vīriešiem uzvedības modeļa veidošanā izšķiroša nozīme ir ģimenes ārstam, jaunām sievietēm – ginekologam. Vienlaikus aptaujas dati rāda, ka vīrieši aktīvāk piedalās savas partneres grūtniecības un dzemdību aprūpē. Pieaug vīriešu skaits, kas piedalās un ir informēti par partneres grūtniecības norisi – īpaši jaunākās vecuma grupās tādu ir vairākums jauno tēvu. Pieaug tēvu apmierinātība ar sagatavošanu dzemdībām.

4. Neskatoties uz uzmanību, kas pēdējos gados pievērsta slimību profilaksei, samazinājies profilaktisko apskāšu apmeklējumu īpatsvars. Sievietes nevēršas pie ginekologa, ja nav sūdzību. Aptaujātajām sievietēm nav skaidra organizētā dzemdes kakla vēža un krūts dziedzeru vēža skrīninga samaksas nosacījumi – pacientes neveic izmeklējumus, jo baidās no nezināmiem papildu maksājumiem, kā arī nesaprot uzaicinājuma tekstu. Vēl 18% sieviešu veikušas dzemdes kakla onkocitoloģisko izmeklēšanu ārpus skrīninga. Analizējot ārsta apmeklēšanas iemeslus, aptaujas datus dominē konkrētas vajadzības un tikai niecīgs īpatsvars respondentu vēlas gūt informāciju par seksuālās un reproduktīvās veselības uzvedības

jautājumiem – kontracepcijas izvēli un STI. 14% sieviešu atzīmē, ka ārsts nav aktīvi aicinājis veikt profilaktisko apskati.

Tradicionāli sievietes seksuālās un reproduktīvās veselības jautājumos vairāk uzticas ginekologam, salīdzinot ar ģimenes ārstu vai vecmāti, – tas sadārdzina pakalpojuma izmaksas un pazemina reproduktīvās veselības pakalpojumu pieejamību sociāli nelabvēlīgiem slāņiem.

5. Aptaujas dati netieši liecina, ka samazinās uz STI izmeklēto iedzīvotāju skaits; tas regulāri tiek veikts tikai atsevišķām iedzīvotāju grupām (grūtniecēm – sifiliss, hlamīdijas, HIV). Īpaša riska grupa ir jaunieši, kas seksuālo attiecību laikā neizsargājas no STI. Statistikas dati atklāj augstu hlamīdiju infekcijas īpatsvaru jauno sieviešu, bet ne vīriešu vidū. Jaunieši neizvērtē risku inficēties ar STI un neattiecinā riska faktoros uz sevi. Sliktākas zināšanas un lielāka piesardzība pret STI ir laukos dzīvojošiem jauniešiem.

Respondentu īpatsvars, kam veikts HIV/AIDS tests, palicis tādā pat līmenī kā 2003. gadā. Lauku reģionos dzīvojošie respondenti inficēšanās risku vērtē zemāk un pārbaudes ir veikuši retāk. Zināšanas par HIV infekciju jauniešu vidū uzlabojas, bet personiskā riska apzināšanās nav pietiekama. Lielākā daļa respondentu iespēju inficēties pašiem vērtē kā zemu.

6. Nav būtiski mainījušies kontracepcijas līdzekļu lietošanas paradumi. Populārākais kontracepcijas līdzeklis ir vīriešu prezervatīvs, retāk lietota hormonālā kontracepcija, un biežāk izteikts viedoklis par tās kaitīgumu – vairāk nekā puse sieviešu to uzskata par kaitīgu sievietes veselībai. Jauniešu vidū valda divi diametrāli pretēji viedokļi par hormonālās kontracepcijas labvēlīgu vai kaitīgu ietekmi uz veselību. Vienlaikus aptaujas dati rāda, ka hormonālā kontracepcija ir bijis visdrošākais pretapaugļošanās līdzeklis. Citu kontracepcijas līdzekļu lietošanas efektivitāte ir bijusi zemāka. 33% aptaujāto seksuāli aktīvo sieviešu un 25% vīriešu lieto nedrošas kontracepcijas metodes – pārtraukto dzimumaktu, kalendāro metodi, maksts skalošanu.

Kopumā gadījumu attiecībās prezervatīvus lieto tikai puse aptaujāto seksuāli aktīvo respondentu. Kopš iepriekšējā apsekojuma 2003. gadā jauniešu vidū prezervatīvu lietošana kļuvusi biežāka.

Piektā daļa sieviešu bieži un dažkārt pieredzējušas finansiālas grūtības, lai iegādātos kontracepcijas līdzekļus. Kontracepcijas iegādei nepieciešamo

līdzekļu apjoms pieaudzis, taču pieaudzis respondentu īpatsvars, kas kontracepcijas līdzekļus nepērk. Kontracepcijas iegādei nav tiešas saistības ar respondenta ienākumiem, bet gan šīs vajadzības prioritātei visu izdevumu struktūrā. Kā rāda aptauja, šķērslis hormonālo kontracepcijas līdzekļu iegādei ir gan papildu izmaksas ārsta vizītei receptu saņemšanai, gan attālumš, kas veicams, lai nokļūtu pie ārsta. Lauku iedzīvotājiem receptu kontraceptīvo līdzekļu iegāde rada vairāk grūtību nekā pilsētniekiem.

7. Pēc valsts apkopotās statistikas datiem, mākslīgu abortu skaits Latvijā turpina samazināties. Neplānota grūtniecība beidzas ar abortu biežāk nekā plānota. Savukārt neplānotas grūtniecības galvenais iemesls ir kontracepcijas nelietošana, kļūdaina kontracepcijas lietošana vai nedrošu metožu pielietošana. 80% grūtniecību sievietēm 15–19 gadu vecumā beidzas ar abortu. Joprojām būtiskākais neplānotas grūtniecības iemesls ir prezervatīva nepareiza lietošana, tam seko pārtrauktais dzimumakts. Grūtniecības mākslīgai pārtraukšanai lielā daļā gadījumu iemesls ir bijuši materiālie apstākļi, arī pārāk īss laiks pēc iepriekšējām dzemdībām.

8. Pieaudzis to grūtnieču īpatsvars, kurām bijuši kaitīgi ieradumi – 14% sieviešu grūtniecības laikā ir smēķējušas. Kopš materiālās stimulēšanas par savlaicīgu stāšanos antenatālajā aprūpē atcelšanas, samazinājies šo aprūpi saņēmušo grūtnieču īpatsvars.

3. nodaļa

Jauniešu reproduktīvā veselība un izglītība

Kopš iepriekšējā pārskata perioda 2003. gadā ir notikušas būtiskas izmaiņas seksuālās un reproduktīvās veselības izglītības jomā. Šī ziņojuma instrumenti neļauj tieši vērtēt pārmaiņu rezultātu, taču netiešās metodes – intervijas un diskusijas ar jauniešiem – rāda, ka mācību saturs, veids un apjoms dažādās skolās atšķiras. Jauniešu diskusiju rezultāti rāda, ka informācijas plūsmā pieaugusi mediju loma.

Atbildot aptaujā uz jautājumu par to, kāds ir ērtākais veids, kā saņemt informāciju par kontracepciju, 15–19 gadus veci jaunieši visbiežāk norāda uz bezpersoniskiem informācijas kanāliem – internetu (57% meiteņu un 65,9% puisi) un speciāliem bukletiem (41,2% meiteņu un 29% puisi). Kopš iepriekšējās aptaujas būtiski ir palielinājusies interneta nozīme – 2003. gadā to kā vēlamu avotu minēja 11,3% meiteņu un 25,9% puisi. Ja 43% jauno sieviešu atzīmēja ginekologu kā vēlamu informācijas sniedzēju (2003. gadā – 45,9%), tad jauno vīriešu uzticēšanās ārstniecības personām ir zemāka – 12,2% (2003. gadā 17,2%) jauno vīriešu konsultētos ar ģimenes ārstu. Farmaceiti kā informācijas sniedzēji popularitātes ziņā ir līdzvērtīgi ģimenes ārstiem, bet medicīnas māsas un vecmātes netiek uzskatītas par ārstniecības personām, pie kurām vērsties kontracepcijas jautājumos.

Formālajai izglītībai kontracepcijas jautājumos 15–19 gadus vecie jaunieši atvēl salīdzinoši augstu uzticības kredītu – 30,5% puisi un 28,2% meiteņu vēlētos iegūt informāciju par kontracepcijas līdzekļiem un metodēm tieši skolā. Skolas kā potenciālās informācijas devējas popularitāte kopš 2003. gada ir augusi, kad šādi atbildēja 23,1% jauno sieviešu un 23,3% jauno vīriešu.

3.1. Izglītība skolās

Sistemātiska izglītība par reproduktīvās veselības jautājumiem skolās ieviesta kopš 1995. gada, izvēloties atsevišķa mācību priekšmeta *Veselības mācība* modeli. Kopš 2005. gada reproduktīvās veselības jautājumi pamatskolās integrēti mācību priekšmetā *Sociālās zinības*. 1997. gada un 2003. gada pārskatu par

reproduktīvo veselību rekomendācijās ieteikts veselības mācību saglabāt kā atsevišķu priekšmetu. Šī pārskata tapšanas laikā 2011. gada novembrī *Veselības mācības* atjaunošanas jautājums iekļauts valdības deklarācijā.

Informācija 3.1. Seksuālās un reproduktīvās veselības apguve pamatskolās

Mācību priekšmets *Veselības mācība 5. klasei* bija iekļauts izglītības programmās no 1995. līdz 2006. gadam un mācību priekšmets *Veselības mācība 8. klasei* – no 2001. gada līdz 2006. gadam. Minēto mācību priekšmetu saturā bija iekļauti arī seksuālās un reproduktīvās veselības jautājumi.

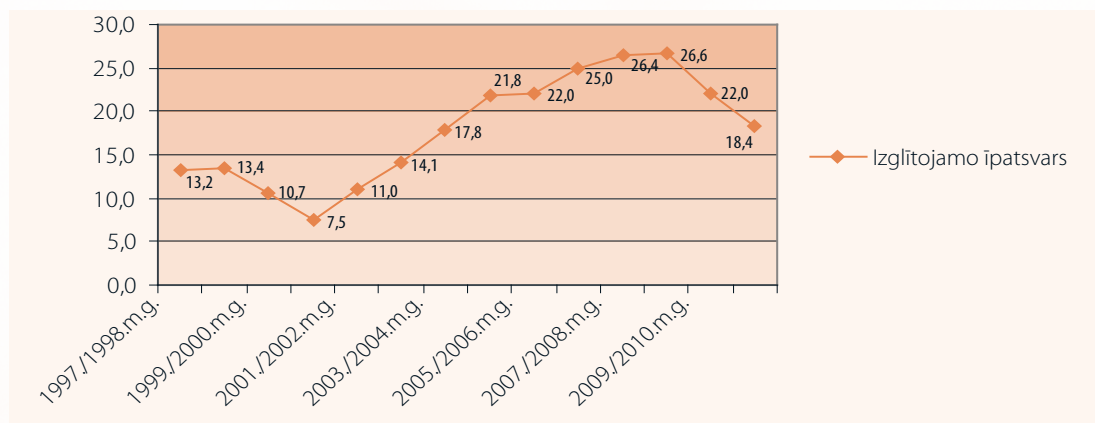
Mācību priekšmets *Sociālās zinības* tika ieviests pakāpeniski – trīs mācību gados. Tas nozīmē, ka 2005./2006. m. g. mācību priekšmets *Sociālās zinības* tika ieviests tikai 1., 4. un 7. klasē. Savukārt 2006./2007. m. g. 1. un 2. klasē; 4. un 5. klasē; 7. un 8. klasē. Tikai 2007./2008. m. g. mācību priekšmets *Sociālās zinības* tika ieviests no 1.–9. klasei. Izglītības programmu paraugos pamatizglītības mācību priekšmeta *Sociālās zinības* satura apguvei ir paredzēta viena stunda nedēļā, izņemot 4., 5. un 6. klasē – 2 stundas nedēļā.

Tā saturā kā vienlīdz nozīmīgi ir iekļauti ētiskās, pilsoniskās, ekonomiskās un veselības izglītības komponenti.

Veselības izglītības jautājumi saskaņā ar MK 2006. gada 19. decembra noteikumiem Nr. 1027 „Noteikumi par valsts standartu pamatizglītībā un pamatizglītības mācību priekšmetu standartiem” un MK 2008. gada 2. septembra noteikumiem Nr. 715 „Noteikumi par vispārējās vidējās izglītības standartu un vispārējās vidējās izglītības mācību priekšmetu standartiem” ir iekļauti dažādu vispārējās izglītības mācību priekšmetu, piemēram, *Sociālās zinības*, *Dabas zinības*, *Bioloģija*, *Ķīmija*, *Mājturība un tehnoloģijas*, *Mājsaimniecība*, *Sports*, *Veselības mācība* standartu saturā, kā arī 2006. gada Valsts jaunatnes iniciatīvu centra izstrādātajā Klases stundu programmas parauga no 1.–12. klasei saturā.

Avots: Valsts izglītības satura centra (VISC) informācija.

3.1. attēls. Izglītojamo īpatsvars (%) LR vispārīzglītojošajās dienas apmācības programmās, kuri apgūst "Veselības mācību" 1997./1998.-2010./2011.mācību gadā.



Avots: Valsts izglītības satura centra (VISC) informācija.

Informācija 3.2. Izvilums no mācību priekšmeta Sociālās zinības programmas parauga (mācību programmai ir rekomendējams raksturs)

Valsts izglītības satura centra 2007. gada piedāvātajā mācību priekšmeta *Sociālās zinības* programmas parauga saturā ir iekļauti temati, piemēram, „*Viss aug un attīstās*”: *Dzīves cikls. Augšana un attīstība, attiecības, intereses, pienākumi pusaudža vecumā* (5. klasei, apguvei paredzētais laiks līdz 14 stundām); „*Seksuālā un reprodūktīvā veselība*”: *Ķermenis, fizioloģiskās pārmaiņas pusaudžu un jauniešu vecumā. Seksualitāte, tās izpausmes, dzimumu līdztiesība* (7. klasei; apguvei paredzētais laiks līdz 3 stundām); „*Gribu būt vesels*”: *Infekcijas slimības, to izplatīšanās. Imunitāte. Seksuāli transmisīvo slimību, HIV/AIDS profilakses nozīme* (9. klasei, apguvei paredzētais laiks līdz 3 stundām); „*Mana šodiena – nākotnei*”: *Seksuālās attiecības un atbildība. Ģimenes plānošana, seksuālās attiecības, kontracepcija* (9. klasei, apguvei paredzētais laiks līdz 7 stundām).

Avots: Sociālās zinības 1.–9. klasei. Pamatizglītības mācību priekšmeta programmas paraugs. VISC, 2010.

Vispārējās vidējās izglītības mācību priekšmets *Veselības mācība* ir izvēles mācību priekšmets. *Veselības mācības* standarta saturā ir iekļauti arī seksuālās un reprodūktīvās veselības jautājumi. Pamatprasībās mācību priekšmeta *Veselības mācība* apguvei ir noteikts, ka, beidzot 12. klasi, izglītojamais, piemēram, prot pieņemt lēmumus, kas palīdz izsargāties no seksuāli transmisīvajām, t.sk. HIV infekcijām; pauž savu viedokli par pasākumiem HIV infekcijas izplatības ierobežošanai un seksa industrijas cēloņiem un sekām; piedāvā argumentētus jauniešu atkarības problēmu risinājuma variantus. Kopš 2008. gada priekšmeta paraugā sadaļai „*Seksuālā un reprodūktīvā veselība*” paredzēti 20% no kopējā 35 mācību stundu skaita.

Saskaņā ar Izglītības un zinātnes ministrijas datiem, *Veselības mācību* vidējās izglītības iestādē

2010./2011. mācību gadā apguva 18,4% izglītojamo (sk. 3.1. attēlu). Kopš 2008./2009. mācību gada, kad *Veselības mācību* apguva 26,2% izglītojamo, priekšmetu apguvošo jauniešu īpatsvars krītas. Īpaši zems *Veselības mācību* apguvušo jauniešu īpatsvars 2010./2011. mācību gadā bijis Jelgavā (5,5%), Jūrmalā (11,4%), Liepājā (14,5%), Rīgā (15,3%).

Informācija 3.3. Izvilums no mācību priekšmeta *Veselības mācība* programmas parauga (mācību programmai ir rekomendējams raksturs). Sasniedzamie rezultāti

10.–12. klase

Cilvēcisko attiecību un seksualitātes loma dažādās kultūrās. Jūtu izpaušanas veidi un iespējas.

Seksuālu attiecību uzsākšana.

Izsargāšanās no nevēlamas grūtniecības.

Izsargāšanās no seksuāli transmisīvajām infekcijām.

HIV/AIDS profilakse.

Seksuālā uzmākšanās un pāridarījumi.

Seksa industrija.

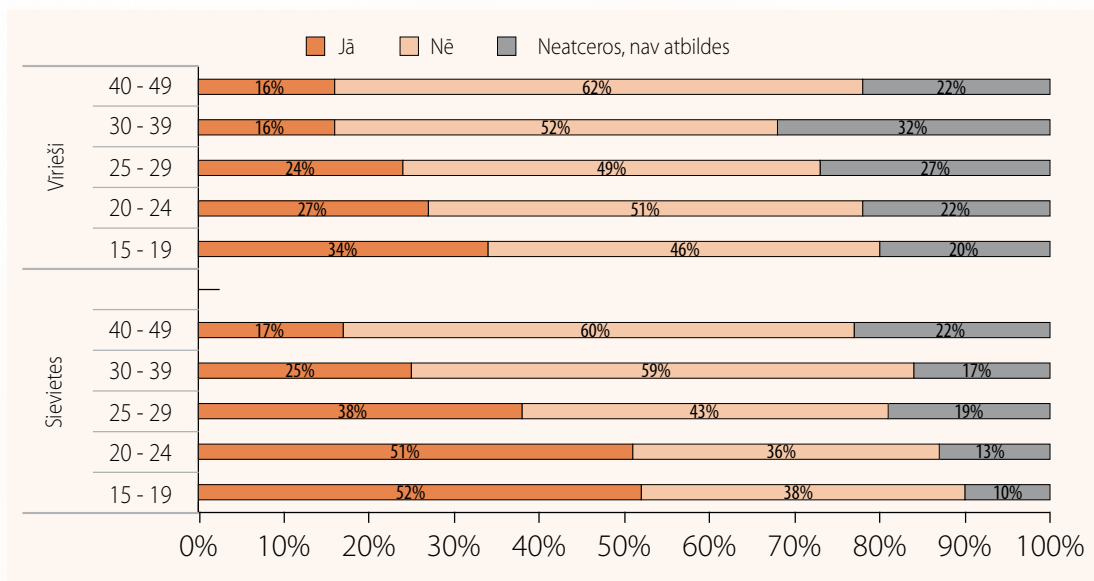
Avots: *Veselības mācība*. Vispārējās vidējās izglītības mācību priekšmeta programmas paraugs. VISC, 2008, 19. lpp.

Jaunieši diskusijās atzīst, ka informācija skolā parasti tikusi mācīta vecumā, kad jaunieši dzimumattiecības vēl nebija uzsākuši un nespēja uzdot jautājumus un izprast situāciju. Vidusskolas laikā, kad lielāks jauniešu īpatsvars jau bija kļuvis seksuāli aktīvi, nodarbību vairs nav bijis un jauniešiem trūcis autoritatīva padomdevēja.

«*Es tā domāju, ka tas ir par ātru, jo es zinu, ka man astotajā klasē bija veselības mācība, kur mēs runājām par tām lietām, un tās stundas, kas notika, viņas bija viena rēķšana, neviens jau ne nopietni, protams, visi saprata, kas tas ir, viņš saprata, ko māca un tā, bet to tā nopietni vajadzētu vēlāk, varbūt tajā vidusskolas vecumā, kad notiek, un tad to var tiešām nopietni*

3.

3.2. attēls. Vai vecāki ar jums, kad jūs bijāt pusaudža vecumā, pārrunāja (pārrunā tagad, ja esat pusaudzis) ar reprodaktīvo veselību un dzimumattiecībām saistītus jautājumus? Visu respondentu atbildes, % (sievietes, n = 1313, vīrieši, n = 1304)



saprast un tā, tas tad labāk.»

(Jauniešu fokusa grupas diskusija, Vidzeme, vīrietis)

PVO standarti rekomendē ar seksualitāti saistīto jautājumu apgūšanu sākt jau no pirmskolas vecuma, taču, kā diskusijās atzīmē jaunieši, tieši vidusskolas gadi ir vecums, kad pašiem jauniešiem parādās padziļināta interese un vajadzība runāt par seksuālās un reprodaktīvās veselības jautājumiem.

Vidējās profesionālās izglītības iestāžu mācību programmās seksuālās un reprodaktīvās veselības tēmas nav iekļautas. Ziņojumam veiktās jauniešu fokusa grupu diskusijas rāda, ka profesionālo izglītības iestāžu audzēkņiem trūkst sistemātiskas izglītības un atbalsta šajos jautājumos.

Lai arī vispārējās izglītības mācību priekšmetu **Sociālās zinības** un **Veselības mācība** standartu saturā iekļautās tēmas par seksuālās izglītības jautājumiem atbilst PVO seksuālās izglītības standartiem Eiropā (WHO *Regional Office for Europe*, BzgA 2010), kā arī UNESCO rekomendācijām par seksualitātes mācīšanu bērniem un jauniešiem (UNESCO, 2007, 2009, 2010), tomēr par tā īstenošanu kritiski izsakās gan daļa reprodaktīvās veselības speciālistu, gan jauniešu. Aptauja rāda, ka 15–19 gadu vecu jauniešu grupā 66,3% meiteņu un 48,3% puīšu „veselības mācības” stundās ir saņēmuši pilnīgu un drīzāk pilnīgu informāciju, bet attiecīgi 19,2% un 26,2% jauno sieviešu un vīriešu šajā vecumā vērtē to kā nepietiekamu vai pilnīgi nepietiekamu. Vēl 5,4% meiteņu un 6,8% puīšu veselības mācību nav apguvuši.

Veselības izglītībai veltīto stundu skaitu nosaka skolotājs, un to kvalitāti ietekmē arī skolotāja prasme runāt par jautājumiem, kas skar seksualitāti. Kopš veselības jautājumi ir integrēti mācību priekšmeta **Sociālās zinības** saturā kopumā trūkst pierādījumos balstīta vērtējuma par skolēnu zināšanām un prasmēm. No vienas puses, prasmīgi integrējot veselības un cilvēcisko attiecību jautājumus, var panākt labāku veselības izglītības jautājumu saikni ar izglītojamā jaunieša dzīves pieredzi dažādās jomās, bet, no otras puses, metodisko materiālu un skolotāja prasmju trūkums ļauj izvairīties un apiet seksuālās un reprodaktīvās veselības jautājumu aplūkošanu. Jauniešu diskusijas un intervijas norāda uz seksuālās un reprodaktīvās veselības izglītības neviendabīgumu – dažos gadījumos tā apgūta pamatā bioloģijas stundās, bet bieži to veikusi skolas medmāsa, cita jauniešu neatpazīta persona vai vienaudžu izglītotājs.

Ziņojumam veiktais kvalitatīvais pētījums rāda, ka apmācības procesā jaunieši augstu vērtē diskusijas, līdzdalību un praktiskas nodarbības.

«Man būtu gribējies, lai arī manai klasei sanāktu aiziet uz jauniešu veselības centru visas tās seksuālās un reprodaktīvās veselības kontekstā, arī mums stāstītu un dotu praktiski iemēģināt uzvietot prezervatīvu (...) Man šķiet, ka iztrūka kaut kāds vairāk praktisks [aspekts].»

(Intervija, 21 gadu veca sieviete)

Jaunieši novērtē neformālās izglītības sniegtās iespējas. Jaunieši diskusijās uzsvera, ka ieklausītos un kā nozīmīgu uztvertu tādu informāciju par reprodaktīvo veselību, kur stāstītājs spēj jauniešus un bērnus ieinteresēt.

Daļa jauniešu kā formālās izglītības problēmu atzīmē

emocionālās attiecību puses un vērtību aspekta trūkumu mācību procesā. Reproductīvās veselības vienādošana ar fizioloģiska rakstura informāciju, no vienas puses, attiecību veidošanai uzliek noteiktus standartus un rada papildu spriedzi, jauniešiem informāciju pielietojot reālajā dzīvē. No otras puses, daļa pētījuma dalībnieku jauniešu koncentrēšanos uz fizioloģiska rakstura informāciju uztver kā negatīvu parādību, jo uzskata, ka tāds skatījums veicina seksuālā aspekta pretnostatījumu emocionālajam un normalizē biežus un bezpersoniskus dzimumaktus. Tā, piemēram, jauniēte intervijā īpašu nozīmi piešķir emocionālajai tuvībai dzimumattiecībās, ko viņa pretstata tādām seksam, kurā nav emocionālās tuvības.

3.2. Izglītība ģimenē

Analizējot aptaujas datus, vērojams, ka ar katru nākamo paaudzi vecākiem ir bijusi nozīmīgāka loma bērnu izglītošanā reproductīvās veselības jautājumos. Vienlaikus tikai 52% 15–19 gadu vecu sieviešu un 34% tikpat vecu vīriešu ar vecākiem pārrunājuši šos jautājumus (sk. 3.2. attēlu) Vēl mazāk jauniešu 15–19 gadu vecumā vecākiem ir uzdevuši jautājumus par reproductīvo veselību un dzimumattiecībām – 41,5% meiteņu un 21,4% puīšu.

Aptaujā kā vēlamo informācijas sniedzēju par kontracepcijas jautājumiem 15–19 gadu vecās meitenes norāda vecākus tikpat bieži kā skolu (28,6% un 28,2%). Jaunie vīrieši šajā vecumā priekšroku dod skolai (30,5% pret 21,7%). Jauniešu teiktais diskusijās apliecina, ka gadījumos, kad vecāki spēj izstāstīt un ar piemēru parādīt, ka reproductīvā veselība un seksuālās attiecības ir katra cilvēka dzīves dabiska sastāvdaļa, par kuru jāinteresējas un jāuzņemas atbildība, arī jaunieši atzīst, ka spēj ar vecākiem diskutēt un pieņemt daudz labākus lēmumus par attiecībām un savu reproductīvo veselību. Lielākajai daļai intervijās un diskusijās uzklusīto jauniešu ar vecākiem nav bijis tik atvērtu attiecību, lai pārrunātu ar seksualitāti saistītos jautājumus.

«No vecākiem jānāk [informācijai par seksualitāti]. Ja viņi spēj izveidot normālas, dzīvotspējīgas attiecības, tad arī bērnam to vajadzētu varēt. No otras puses, skolā arī par to ir jārunā. Jo daudziem jau ir pilnīgs juceklis ģimenēs, nevar ar to rēķināties.»

(Intervija, 19 gadus veca sieviete)

Izglītība ģimenē ietver daudzus reproductīvās veselības aspektus. Jaunieši no vecākiem galvenokārt

sagaida emocionālo atbalstu. Tā, kāda 19 gadus veca jauniēte diskusijā atzīst, ka ar māti pārrunājusi dzimumattiecību uzsākšanu un saņēmusi aicinājumu būt atklātai un izmantot vecāku atbalstu: *„Teica, lai neslēpju un nebaidos, ka var ar visu tikt galā.”*

Tipiska vecāku reakcija pret bērnu dzimumattiecību uzsākšanu, pēc daudzu jauniešu pieredzes, ir vecāku piedāvājums palīdzēt nopirkt prezervatīvus vai prezervatīvu paciņu nolikšana jauniešiem pieejamā vietā mājās, jautājumus nepārrunājot.

«Man tieši vecākajam brālim tētis uzdāvināja, viņa [draudzene] gāja ar manu brāli vienā klasē (smejas). Tētis viņam iedeva lielo paku kaut kādā dzimšanas dienā, kā joku, un tad mums ģimenē bija lielie prieki – visi smējāmies.»

Nu jā, bija man gadījums veikalā, kad mamma prasīja, vai man nevajag. (...) Tas gan bija mulsinoši, nu ja vajadzēs, es pati. Tad es aizeju mājās [un] viņa [mamma] saka: „Tu zini kur stāvi!” Nu, es saku: „Labi.”»

(Fokusa grupas diskusija, Rīga)

Ja šādām sarunām trūkst iepriekšējas emocionālo attiecību priekšvēstures, jaunieši vecāku pamudinājumus uz sarunu saista ar neveiklības sajūtu un galvenokārt vērtē kā vecāku vēlmi atbrīvoties no atbildības par bērnu neplānotu grūtniecību.

Neveiklības sajūta ietekmē arī nākamo partnerattiecību veidošanu, jo nav pieredzes seksuālo jautājumu pārrunāšanā. Līdz ar to ģimenē gūtai pieredzei ir liela nozīme jauniešu uzvedības veidošanā ne tikai informācijas apjoma vai kontracepcijas līdzekļu apmaksas, bet arī attiecību veidošanas ziņā. Kā intervijā atzīst 19 gadu veca sieviete:

«Un tad vēl noteikti [svarīgas] sarunas ar otru partneri, pretējo dzimumu. Ko viņš par to zina, ko es zinu, tad mēs to saliekam kopā, [Iemjam] kā vajadzētu, kā nevajadzētu. Ļoti svarīgi ir to visu izrunāt ar otru cilvēku.»

Vecāku skolas un interešu portāli (piemēram, www.maminuklubs.lv, www.mammamunteti.lv, www.calis.lv), kas strauji attīstījušies kopš iepriekšējā pārskata perioda, neskar seksuālās un reproductīvās veselības jautājumus jauniešu vecuma grupā un nemobilizē vecākus apvienoties interešu grupās, kā tas notiek apspriežot grūtniecības, dzemdību un mazu bērnu kopšanu vai bērnu uzturu un skolas gaitas. Līdz ar to jauniešu vecāki ir viena no grūtāk sasniedzamajām mērķa grupām, salīdzinot ar skolu vai veselības aprūpes iestādi.

3.

3.3. Izglītība veselības aprūpes iestādēs

Veselības aprūpes iestādēm ir salīdzinoši maza loma jauniešu izglītošanā seksuālās un reproduktīvās veselības jautājumos. Aptaujā, atbildot par vēlamo izglītotāju kontracepcijas jautājumos, sievietes 20–24 gadu un vecākās vecuma grupās pirmajā vietā izvirza ginekologu (70,5%–77,1%). Vīriešiem populārākais konsultants ir ģimenes ārsts, kuru izvēlētos 20,5% 20–24 gadu veci vīrieši. Jaunākās un vecākās vecuma grupās ģimenes ārstu konsultācijām par kontracepciju izvēlētos retāk. Aptauja rāda, ka abu dzimumu jaunieši 15–19 gadu vecuma grupā un vīrieši kopumā veselības aprūpes speciālistus visbiežāk nesaskata par potenciāliem padomdevējiem.

Līdzīgu situāciju ataino arī kvalitatīvā pētījuma daļa, izņemot vienu jauniešu grupu diskusiju pašvaldībā, kur bija pieejami jauniešu veselības centra pakalpojumi, kuriem bija liela nozīme gan jauniešu izglītošanā (izglītību bija guvuši arī vietējās vidējās profesionālās izglītības iestādes audzēkņi), gan kontracepcijas līdzekļu pieejamības nodrošināšanā.

3.4. Mediji un izglītība

Salīdzinot ar 2003. gada kvalitatīvā pētījuma rezultātiem, kur jaunieši neatzīmēja mediju ietekmi kā būtisku viedokļu veidošanai par seksualitāti, šajā pētījumā ietvertajās grupu diskusijās un intervijās jaunieši kritiskāk vērtēja masu saziņas līdzekļos pausto informāciju par seksualitāti.

«Man liekas, ka viss tik ļoti par [dzimum]aktu, par baudu padarīts, pazūd tā sajūta, tā mīlestības jēga. Tie ir fiziski procesi – kādā pozā, kādā ātrumā, nezinu, tur lielums garums...»

(Jauniešu fokusa grupu diskusija, Rīga)

Gan kvantitatīvā, gan kvalitatīvā pētījuma daļa apliecina informatīvo materiālu lielo ietekmi uz zināšanu veidošanu. Liela nozīme jauniešu izglītībā ir speciālajiem bukletiem, kas saņemti gan skolā, gan no vecākiem. Vienlaikus informācijas pārbagātība jauniešos rada apjukumu.

«Informācija jau netrūkst, it sevišķi mūsdienās, visur apkārt man liekas ir vienas vienīgas attiecības, kā tās būtu jāveido utt. Jautājums ir par to, kā lai no tā visa informācijas apjoma dabū laukā kaut ko tiešām sakarīgu un noderīgu...»

(Intervija, 21 gadu veca sieviete)

«Man šķiet, ka visa mana seksuālā izglītošanās ir

bijusi tāda pamazām laika gaitā no dažādiem avotiem ievākta informācija un apjausma par kas, kur, ko, kā. Es katrā ziņā joprojām nejūtos kā teikt – nu, es esmu izglītota un man vairs nav ko jaunu uzzināt un iemācīties.»

(Intervija, 21 gadu veca sieviete)

Jaunieši uzsver atšķirību starp zināšanām un informāciju, norādot uz pretrunu starp viegli pieejamo informāciju un nespēju to atlasīt un pielietot praktiski. Raugoties uz vēlamo informācijas sniedzēju sarakstu jauniešu aptaujas rezultātos, skola ir visbiežāk abu dzimumu atzīmētais padomdevējs, kas potenciāli varētu kļūt par vietu, kur informācija tiek konvertēta zināšanās.

Jaunieši nespēja nosaukt vienu vai vairākus uzticamus informācijas avotus, informāciju meklējot galvenokārt pēc satura, bet ne pēc tās avota. Iespējams, ka ar uzticama informācijas avota trūkumu par dažādiem seksuālās un reproduktīvās veselības jautājumiem var skaidrot ļoti dažādo jauniešu viedokli par hormonālās kontracepcijas līdzekļu kaitīgumu vai nekaitīgumu veselībai.

3.5. Izpratne par seksuālo un reproduktīvo veselību

Intervijas un fokusa grupas rāda, ka skolas sniegtajai izglītībai ir galvenā loma zināšanu veidošanā par seksuālo un reproduktīvo veselību. Jaunieši seksuālo un reproduktīvo veselību galvenokārt skata distancēti – kā noteiktu fizioloģisku funkciju uzturēšanu medicīnas un higiēnas kontekstā, mazāk kā personisku atbildību, izvēli vai konkrētu rīcības modeli.

«Netraumēt dzimumorgānus, vēlams nesaņemt seksuāli transmisīvās slimības dzīves gaitā, un tad būs labi.»

(Intervija, 21 gadus vecs vīrietis)

Seksuālā un reproduktīvā veselība jauniešiem ir salīdzinoši grūti uztverams un vizualizējams jēdziens – tāds, ko varētu saistīt ar savu ikdienas veselības uzturēšanas praksi.

«Man jau liekas, ka man svarīgi ir jebkura mana veselība. Bet, runājot par reproduktīvo, tad tā man liekas ir ne tik „taustāma”, par to es nedomāju diendienā, piemēram, kāpjot tramvajā vai mazgājot rokas pirms pusdienām, lai nedabūtu kaut kādu vīrusiņus. Bet es par to rūpējos, (..) nu es zinu, ka par to ir jārūpējas, es apmeklēju ginekologu vismaz reizi gadā uz tādām parastām apskatēm, analīzes nododu un tā, nekādas īpašos pasākumus jau neveicu, bet salīdzinājumā ar

citām manām vienaudzēm jau tas ir daudz.»

(Intervija, 21 gadu veca sieviete)

Jaunieši reprodiktīvo veselību saista ar noteiktiem dzīves brīžiem – seksuālajiem kontaktiem un bērnu dzemdēšanu, nevis ilgstošiem uzvedības modeļiem un zināšanām – attiecību veidošanu un uzturēšanu un ģimenes plānošanu nākotnē. Jauno vīriešu reprodiktīvās veselības uzturēšanas paradumu saraksts ir īsāks nekā meitenēm un retāk tiek saistīts ar bērnu radīšanu.

Intervijās un diskusijās vērojams, ka lielākajai daļai jauniešu par šo tēmu ir grūti izteikties. Reprodiktīvo orgānu aprakstam jaunieši izmanto gan medicīnas terminus, gan eifēmismus un anglicismus. Bieži, vaicājot dziļāk, jauniešu lietotajiem terminiem nav seguma vai jaunieši nejūtas pārliecināti par savu izpratni. Tas skaidrojams ar faktu, ka informāciju par seksuālo un reprodiktīvo veselību galvenokārt iegūst skolā, kur par to tiek runāts mācību priekšmetu satura kontekstā, apgūstot informāciju un pareizās atbildes, nevis diskutējot un tieši attiecinot to uz savu veselību un rīcību.

3.6. Reprodiktīvās veselības risku izvērtēšana

Kvalitatīvā pētījuma daļa liecina, ka jaunieši ir labi informēti par seksuālās un reprodiktīvās veselības riskiem un spēj tos nosaukt: vienaldzība pret savu ķermeni, higiēnas, kopšanas un fizisku nodarbību trūkums, apreibinošo vielu lietošana, pārgalvīga un bezatbildīga seksuālā uzvedība, kontraceptīvo līdzekļu nelietošana, neregulārs ginekologa vai urologa apmeklējums, taču nesaista tos ar savu pieredzi un uzvedību.

«Labu reprodiktīvo veselību var uzturēt, ievērojot drošu seksu, tādējādi izvairoties no dažādām seksuāli transmisīvām slimībām, kā arī apmeklējot ārstu vismaz reizi pusgadā, veicot analīzes un pārbaudes, lai pārliecinātos par savu veselības stāvokli (ne tikai saistībā ar STI un STS).»

(Intervija, 20 gadus veca sieviete)

«Reprodiktīvā [veselība] ir tā, ka visi apstākļi jāveicina, lai tu būtu veselīga. Lai sieviete būtu veselīga un kopta, lai viņa varētu piedzemdēt bērnu un izaudzināt. Vai arī [tas] attiecas uz vīrieti. Viņam jābūt veselīgam, jāmazgājas, jākopj sevi. Es nezinu vispār.»

(Intervija, 19 gadus veca sieviete)

Šāda labi informēta, bet formāla reprodiktīvās veselības izpratne rada papildu riskus jauniešu

veselībai. Pēc šīs loģikas, jaunieši seksuāli transmisīvo infekciju riskus saista galvenokārt ar potenciālā partnera sociālo statusu un ārējā izskata vērtējumu – koptību un higiēnas ievērošanas paradumiem, uzskatot, ka seksuāli transmisīvās infekcijas riskus ir iespējams samazināt ar partnera izvēli, nevis izsargāšanos. Jauniešiem ir maldīgs priekšstats par spēju slimību identificēt ārēji.

«Ja tu ar katru otro tur neguli, neliecies gultā, tad tu viņas [STS] nedabūsi. Tā man jau vairāk tāda higiēnas lieta. Tāpēc jau saka, o, re, kur bomzis, tur sifliss viņam tur.»

(Jauniešu fokusu grupas diskusija Latgale, vīrieti)

Bērna iznēsāšana jauniešu diskusijās un intervijās pārsvarā tiek skatīta kā sieviešu papildus reprodiktīvās veselības risks, nevis dabisks fizioloģisks stāvoklis.

Kopsavilkums

1. Izvērtējot situāciju kopš iepriekšējā pārskata perioda, vērojams, ka jauniešus sasniedz pieaugoša informācijas plūsma par seksuālo un reprodiktīvo veselību. Informācijas avotu ir daudz, un tie ir viegli pieejami. Vienlaikus jauniešiem trūkst autoritatīva, kvalificēta padomdevēja, kas ļautu informāciju izvērtēt.
2. Vecāki joprojām tiek atzīti par labākajiem padomdevējiem, tomēr dati liecina, ka vecāki šo lomu nepilda.
3. Jaunieši zināšanas par seksuālo un reprodiktīvo veselību iegūst skolā. Skolotājs bieži netiek uzskatīts par autoritāti jeb uzticamības personu, un jaunieši labprātāk izvēlas kādu citu informatoru, piemēram, skolas medmāsu, kura ikdienā nav tieši saistīta ar skolēniem.
4. Jaunieši augstu vērtē neformālās izglītības sniegtās iespējas.
5. Jaunieši ir labi informēti par seksuālās un reprodiktīvās veselības jautājumiem un zina, kur meklēt informāciju, taču iegūtās zināšanas netiek pielietotas praksē. Praktisko zināšanu trūkums varētu būt saistīts gan ar informācijas devēja autoritāti, gan saturu, gan nepareizas vecuma grupas izvēli apmācībai. Vecuma posmā, kurā vairums jauniešu uzsāk dzimumattiecības, formālās izglītības ietvaros nav paredzēta sistemātiska zināšanu apguve un prasmju un attieksmju veidošana seksuālās un reprodiktīvās veselības jomā.
6. Ģimenes ārsta lomas palielināšana seksuālās un reprodiktīvās veselības zināšanu nodošanā jauniešiem nav izdevusies. Jaunieši nenovērtē māsas un vecmātes kā potenciālos konsultantus seksuālās un reprodiktīvās veselības jautājumos.

4. nodaļa

Reproduktīvās un seksuālās veselības politika

Seksuālās un reproduktīvās veselības jautājumi skar vairākus politikas sektorus, tai skaitā veselības, labklājības un izglītības, gan valsts, gan pašvaldību līmenī, un to formulēšanai un īstenošanai nepieciešama starpsektoru sadarbība. Īpaši nozīmīga reproduktīvā veselība ir demogrāfijas politikas kontekstā. Seksuālās un reproduktīvās veselības aspektiem, piemēram, seksuālajai uzvedībai, ģimenes plānošanas paradumiem, partnerattiecībām, veselības uzturēšanas paradumiem, veselības aprūpes un ģimenes plānošanas pieejamībai ir būtiska ietekme uz demogrāfisko situāciju. Latvijā reproduktīvā veselība politikas centrā nonāk galvenokārt demogrāfiskās situācijas kontekstā, pakārtojot iedzīvotāju dabiskās kustības jautājumiem arī reproduktīvās veselības jautājumus. Demogrāfisko situāciju jāskata kopsakarā. Seksuālās un reproduktīvās veselības aspekts ļauj iedzīvotāju dabisko kustību aplūkot indivīda līmenī kā katra cilvēka veselības un dzīves laikā veidoto attiecību rezultātu.

4.1. Demogrāfiskā politika

Kā atzīts stratēģijā Eiropa 2020, ne tikai Latvijas, bet arī ES mērogā demogrāfiskā politika ir valstu izaicinājums, jo populācija strauji noveco, pieaugot vidējam mūža ilgumam un zemajam dzimstības līmenim. Dzijāk raugoties, redzams, ka Eiropā mainās ne tikai populācijas struktūra, bet arī māsaimniecību lielums un struktūra, kā arī nodarbinātības struktūra. Citiem vārdiem sakot, mainās veids, kā eiropieši veido attiecības ģimenē. Eiropas Komisijas 2010. gada ziņojumā par demogrāfisko situāciju Eiropā (*European Commission*, 2011: 66) tiek norādīts, ka vairākas ES valstis oficiāli atzīst citas ģimenes un attiecību formas ārpus laulības, piemēram, heteroseksuālu un viendzimuma pāru partnerattiecības, arvien vairāk bērnu dzimst ārpus laulības attiecībās vai aug ģimenē, kurā ir tikai viens no vecākiem. Valstis pielāgo politiku šīm pārmaiņām. Tā, piemēram, Francija, Lielbritānija un Nīderlande veido atbalsta politiku, kas vērsta uz vecākiem, kuri bērnus audzina vieni.

Ziņojumā norādīts, ka augstāki dzimstības rādītāji visās Eiropas valstīs korelē ar bērna aprūpes pakalpojumu pieejamību. Valstīs, kur ir kvalitatīva un pieejama aprūpe, dzimstība ir augstāka. Ziņojumā ir norādīts, ka augstiem sieviešu nodarbinātības rādītājiem un augstam ārpus laulības dzimušu bērnu īpatsvaram valstī nav viennozīmīgi negatīvas ietekmes uz dzimstību, kā līdz šim uzskatīts. Bērnu radīšanas atlikšana uz vēlāku vecuma posmu rada nobīdi dzimstības rādītājos, taču nenozīmē, ka attiecīgā paaudze radīs mazāk bērnu. Kopumā tajās valstīs, kur bērna radīšana tiek atlikta, dzimstības rādītāji ir augstāki (*European Commission*, 2011: 67, 70). Statistikas dati rāda, ka dzimstības rādītāji ir augstāki valstīs ar augstāku dzimumu līdztiesības pakāpi, augstāku sieviešu nodarbinātību un mazāk tradicionālām ģimenes formām (turpat: 68).

No ziņojuma (*European Commission*, 2011) izrietošās rekomendācijas – labāks atbalsts ģimenēm, nodarbinātības un darba ražīguma kāpināšana, ilgtspējīgas publiskās finanses, imigrācijas veicināšana un imigrantu integrācija ir ES valstu risinājumi demogrāfiskās krīzes novēršanai. Attiecībā uz ģimeni galvenā uzmanība pievērsta ģimeņu stabilitātei ilgtermiņā – darba un ģimenes dzīves apvienošanai un iegūto zināšanu un prasmju pilnīgākai pielietošanai, kur sievietes līdz šim ir neizdevīgākā situācijā kā vīrieši.

Raugoties uz ES dalībvalstu demogrāfisko politiku, dominē uz noteiktām mērķa grupām un empīriski pārbaudāmu izvērtēšanu vērsta politika. Piemēram, Lielbritānijā darba tirgus pārveidošanas **Jaunās vienošanās** (*New Deal*) programma¹, kas vērsta uz jauniešu, vienuļo vecāku grupu sociālo iekļaušanu, pārejot no pabalstiem uz darbu. Saskaņā ar Igaunijas Sociālo lietu ministrijas Bērnu un ģimenes departamenta sagatavoto informāciju Igaunijas ģimenes politika vērsta uz ģimenes formu daudzveidību, respektējot pāru un individuālo izvēli un izvērtējot

¹ Vairāk skatīt *Transforming Britain's labour market, Ten years of the New Deal*.

katras politikas aktivitātes efektivitāti.

Latvijā, apzinoties demogrāfijas problēmu nopietnību, 2011. gadā dibināta Demogrāfijas lietu padome, kurai ir uzticēta koordinējoša funkcija vienotās valsts demogrāfiskās politikas izstrādē un īstenošanā. Padomes formulētie uzdevumi patlaban neietver seksuālās un reproduktīvās veselības jautājumus, un tās sastāvā nav šīs jomas ekspertu. Padomei ir tiesības tādus pieaicināt.

Visciešāk ar demogrāfisko politiku Latvijā saistīta ģimenes politika, kas dzimstības pazemināšanās atrisinājumu galvenokārt skata tradicionālās ģimenes stiprināšanā, nevis politikā, kas vērsta uz empīriski atrodamām iedzīvotāju ģimenes formām. Veselības politika tiek veidota galvenokārt veselību raksturojošu rādītāju uzlabošanas virzienā, problēmas identificējot veselības statistikas līmenī. Uz precīzākām mērķa grupām vērsta bijusi dzimumu līdztiesības politika, kuras apakšvirzienos atrodami arī veselības un reproduktīvās veselības jautājumi. Izglītības jomas pasākumi vērsti galvenokārt uz izglītības standartiem un aprakstīti trešajā sadaļā. Šajā nodaļā īsi aplūkotas veselības un labklājības sektora politikas attīstība pārskata periodā.

4.2. Sabiedrības veselības politika

Pārskata pamatmērķis nav visaptveroša politikas dokumentu analīze veselības aprūpes jomā, tomēr, ņemot vērā zemo iepriekšējo pētījumu rekomendāciju iestrādi politikas dokumentu saturā un domājot par efektīvāku rekomendāciju iestrādi politikas dokumentos, analizētas pamata politikas dokumentu rīcības sadaļas seksuālās un reproduktīvās veselības jomā kopš iepriekšējā pārskata perioda. Analīzes pamatā ir pamatdokumenti, kas veidojuši valsts līmeņa politiku pārskata periodā (2003–2011): **Mātes un bērna veselības aprūpes stratēģija 2004.–2007. gadam un Rīcības plāns Mātes un bērna veselības aprūpes stratēģijas ieviešanai 2004.–2007. gadam, Sabiedrības veselības pamatnostādnes 2011.–2017. gadam.**

2001. gadā tika apstiprināta Sabiedrības veselības stratēģija un, uz to balstoties, izveidota **Sabiedrības veselības stratēģijas ieviešanas rīcības programma 2004.–2010. gadam.** Reproductīvā veselība programmā netika izdalīta kā atsevišķs mērķis, taču tās jautājumi tika skatīti Zīdaiņu un pirmsskolas vecuma bērnu veselības sadaļas ietvaros šaurāk kā

„Reproduktīvās veselības dienestu un antenatālās, perinatālās un bērna veselības aprūpes dienestu darba kvalitāte”. Programmas vērtējumā galvenokārt tika analizēti statistikas dati, taču nav izvērtēta pielietoto politikas instrumentu efektivitāte.

Vienlaikus ar Sabiedrības veselības stratēģiju tika gatavota arī Mātes un bērna veselības aprūpes stratēģija 2004.–2007. gadam un 2004. gadā apstiprināts Rīcības plāns Mātes un bērna veselības aprūpes stratēģijas ieviešanai 2004.–2007. gadam, kas kā risināmas problēmas izvirza augsto mātes mirstību, joprojām augsto abortu līmeni, pieaugušo saslimstību ar seksuāli transmisīvām slimībām bērnu un pusaudžu vidū. Dokuments paredzēja rīcību vairākos virzienos:

1. Profilakses, diagnostikas un ārstēšanas pilnveidošana šādās jomās: STI, reproduktīvo orgānu slimības, perinatālā aprūpe.

2. Dokumentācijas un uzskaites pilnveidošana šādās jomās: reproduktīvo orgānu slimību, neauglības un medicīniskās apaugļošanas datu vienota uzskaitē, perinatālās aprūpes metodiskās vadības sistēmas pilnveidošana (grūtnieču un dzemdētāju hospitalizācijas medicīnisko indikāciju noteikšana, vienotas terminoloģijas lietošana, balstoties uz PVO rekomendācijām), metodiskie norādījumi veselības un funkcionālo spēju novērtēšanai seksuālās vardarbības upuriem.

3. Materiāli tehniskās bāzes uzlabošana perinatālajā aprūpē.

4. Izglītošanas pasākumi šādās jomās: perinatālās aprūpes jomā sagatavoti materiāli par seksuālo un reproduktīvo veselību, ģimenes plānošanu, grūtniecību, dzemdībām un jaundzimušā kopšanu, mediķu izglītojošos semināros par mātes un bērna aprūpi, zīdīšanu un pusaudžu veselības jautājumiem.

Kā norādīts Rīcības plāna Mātes un bērna veselības aprūpes stratēģijas ieviešanai 2004.–2007. gadam darba grupas 2007. gada 4. decembra sanāksmes protokolā, izvērtējot stratēģijas izpildi, vairāki darba grupas dalībnieki izsaka kritiku par cēloņu nenovērtēšanu un stratēģijas sadrumstalotību. Analizējot Rīcības plānā paredzēto, trūkst vienota skatījuma uz mātes un bērna veselību un šajā jomā prioritāri risināmām problēmām. Galvenie politikas īstenošanas instrumenti ir dokumentu izstrāde un izglītības pasākumi, tomēr tie netiek iekļauti vienotu vērtēšanas kritēriju sistēmā un nesniedz priekšstatu par, piemēram, profilakses, diagnostikas un ārstēšanas pilnveidošanas objektīviem

4.

4.1. tabula. *Sabiedrības veselības pamatnostādņu 2011.–2017. gadam identificētās problēmas, politikas mērķi, rezultatīvie rādītāji un rīcība, kopsavilkums*

Identificētā problēma/ mērķis	Politikas rezultāts	Rezultatīvais rādītājs	Rīcība
Nepietiekamas iedzīvotāju, tai skaitā jauniešu un pusaudžu, zināšanas par seksuālās un reproduktīvās veselības un STI profilakses jautājumiem	Aktuāla informācija par pasākumiem slimības profilaksei	Informatīvo materiālu skaits	1. Nodrošināt pusaudžu izglītošanu par seksuālās un reproduktīvās veselības jautājumiem; Īsteno LĢPSVA "Papardes Zieds"
Mērķis: samazinājusies saslimstība ar infekcijas slimībām			Pasākumi informētībai un statistikas uzlabošanai, visas infekcijas slimības
Nepietiekamas zināšanas par atkarību izraisošo vielu lietošanas negatīvo ietekmi uz grūtnieces un augļa veselību, zīdīšanu savlaicīgu aprūpes uzsākšanu un bērnu traumatisma profilaksi	Nodrošināta vecāku informēšana par atkarību izraisošo vielu ietekmi un grūtnieces un augļa veselību un mātes piena nozīmi	1. Smēķējošo grūtnieču īpatsvara samazināšanās 2. Ar krūti līdz 6 mēnešu vecumam baroto zīdaiņu īpatsvara palielināšanās	1. Īstenot izglītojošus pasākumus vecākiem par atkarību izraisošo vielu ietekmi uz grūtnieces un augļa veselību 2. Informēt ārstniecības personas, vecākus un masu saziņas līdzekļus par mātes piena nozīmi
Datu trūkums par neauglības ārstēšanu un veiktajām maksīgās apaugļošanas procedūrām			Sagatavot informatīvu ziņojumu par neauglības problēmām Latvijā, apzinot situāciju un sniedzot priekšlikumus
Informācijas trūkums par kontracepcijas līdzekļu pieejamību dažādām mērķa grupā			
Mērķis: uzlabot mātes un bērna veselību, samazināt zīdaiņu mirstību	Zīdaiņu mirstības rādītāju uzlabošanās		

rādītājiem. Plāna izpilde tiek vērtēta ar pašu instrumentu (dokumentu, izglītības materiālu, pasākumu) uzskaitījumu, nevis pielietoto instrumentu efektivitāti. Vienlaikus plānā paredzēti un īstenoti 15 pētījumi un 7 ārvalstu sadarbības pasākumi, kas neuzlabo pārējo plānā paredzēto pasākumu izpildi un nesekmē to efektīvāku izvērtēšanu.

Veselības ministrijas kapacitāte, īstenojot plānu, vispilnīgāk izmantota dokumentu izstrādē.

Izglītojošo pasākumu organizēšanā vadošā loma bijusi nevalstiskajām organizācijām un PVO, tai skaitā izmantojot līdzekļus, kas piesaistīti no dažādiem finansējuma avotiem, kas nav ne pašvaldību ne valsts finansējums. Materiāli tehnisko bāzi ir papildinājusi ziedojuma kampaņa, un, lai arī aktivitāte tiek vērtēta kā izpildīta, izvērtēšanas dokumentā norādīts, ka nepieciešami tālāki uzlabojumi materiāli tehniskās bāzes izvērtēšanā.

Nav veikti paredzētie pasākumi neauglības un medicīniskās apaugļošanas jautājumu risināšanas jomā, izveidojot vienotu datu uzskaites sistēmu, kā arī nav izveidots vienots STI reģistrs. Nav veikti arī paredzētie pasākumi mātes un perinatālās mirstības samazināšanas jomā. Lai arī aktivitāte vērtēta kā izpildīta, izvērtēšanas dokumentā izdarītas piezīmes, ka trūkst materiālu par seksuālo un reproduktīvo veselību, ģimenes plānošanu, grūtniecību, dzemdībām un jaundzimušā kopšanu un turpmākā politikas plānošanas posmā jāpievērš uzmanība iedzimto anomāliju izplatības samazināšanai Latvijā, uzlabojot ģenētisko diagnostiku. Darba grupa nolemj turpināt politikas plānošanu ar Mātes un bērna veselības programmu 2008.–2010. gadam, bet lēmums vēlāk netiek īstenots, jo politikas pēctecību pārņem darbs pie Sabiedrības veselības pamatnostādņu izstrādes.

Sabiedrības veselības pamatnostādņu 2011.–2017. gadam ietvaros ir izstrādāta sadaļa „Mātes, tēva un bērna veselība”, kurā atzīta vecāku veselības un zināšanu nozīme bērna veselībai un attīstībai. Kā galvenās problēmas atzītas iepriekšējā pārskatā par reproduktīvo veselību atklātās problēmas jauniešu izglītībā – par maz uzmanības veltīts dzimumattiecību pieredzes problēmām, izsargāšanās paradumiem no nevēlamas grūtniecības, STI, HIV/AIDS; kontracetīvo līdzekļu pieejamība un informētība par to lietošanu visu reproduktīvā vecuma iedzīvotāju vidū.

Kā problēmas minētas vīriešu nepietiekamās rūpes par veselību, STI ietekme uz komplikāciju rašanos grūtniecības laikā, smēķēšana un citu atkarību izraisīto vielu lietošana grūtniecības laikā, aprūpē laicīgi stājušos grūtnieču īpatsvara samazināšanās.

Politikas dokumenta kvalitāte, salīdzinot ar Mātes un bērna veselības aprūpes stratēģiju 2004.–2007. gadam, ir ievērojami uzlabojusies. Politikas rezultātu mērīšanai izmantoti efektivitātes kritēriji, tomēr daļa rādītāju joprojām formulēti pašas darbības kvantitātes terminos. Tā, piemēram, izglītojošu materiālu sagatavošana infekcijas slimību profilaksei vai pasākumi vecākiem ir instruments iedzīvotāju grupu informēšanai saslimstības mazināšanai, bet to efektivitāte mērāma nevis materiālu skaitā, bet mērķgrupu informētības mērījumos. Pamatnostādņēs paredzētajai rīcībai nav piedāvāti efektivitātes mērīšanas kritēriji, kas ir pieļaujami, ja tiek izstrādāts tālāks rīcības plāns pamatnostādņu ieviešanai, kurā rādītāji tiek pievienoti.

Pamatnostādņēs nav izvērtēta līdz šim veidotā politika un tās īstenošanas pozitīvie un negatīvie piemēri. Vērtējuma trūkums neļauj uzlabot politikas instrumentu kvalitāti un pielāgot izvēlētos instrumentus efektīvākai mērķa sasniegšanai. Vienlaikus vērojama tendence problēmas un rīcību koncentrēt uz mazākiem, taču rīcības efektivitātes ziņā nozīmīgākiem un potenciāli izmērāmiem pasākumiem. Tiesa, daļa no Pamatnostādņu analīzes daļā identificētajām problēmām netiek risinātas rīcības plānošanas daļā (sk. 4.1. tabulu). Šī ziņojuma ieteikumi (sk. noslēguma sadaļu) ir vērstas uz efektīvu instrumentu izstrādi Pamatnostādņēs pausto rīcības virzienu īstenošanai, izmantojot pētījumā gūtos pierādījumus un nosedzot trūkstošos posmus un instrumentus.

Papildus minami vairāki politikas dokumenti un iniciatīvas, kam ir nozīme reproduktīvās veselības politikas veidošanā. 2009. gadā tika apstiprināta Onkoloģisko slimību kontroles programma 2009.–2015. gadam, un saskaņā ar šo programmu 2009. gadā Latvijā tika uzsākta valsts organizētā un apmaksātā ļaundabīgo audzēju savlaicīgas atklāšanas (skrīninga) programma. Lai slimību diagnosticētu agrīnā stadijā un laicīgi uzsāktu atbilstošu ārstēšanu un saglabātu dzīves kvalitāti, ir uzsākta vēža skrīninga programmas ieviešana Latvijā, kas ietver:

1. Krūts vēža skrīningu, ko veic ar mammogrāfijas metodi reizi divos gados sievietēm vecumā no 50 līdz 69 gadiem.

2. Dzemdes kakla vēža skrīningtesta citoloģisko izmeklējumu, ko veic reizi trijos gados sievietēm vecumā no 25 līdz 70 gadiem.

Būtiska valsts iniciatīva seksuālās un reproduktīvās veselības jomā bija vakcinācijas uzsākšana **12 gadu vecumu sasniegušām meitenēm pret cilvēka papilomas vīrusu ar 2010. gada 1. septembri, šo vakcīnu iekļaujot valsts apmaksātajā vakcinācijas kalendārā².**

Vērtējot veselības politikas norises kopš iepriekšējā pārskata perioda, jāatzīmē Veselības ministrijas un Pasaules Veselības organizācijas Eiropas Reģionālā biroja divgades sadarbības līgums 2010.–2011. gadam, kura ietvaros uzlabotas reproduktīvās veselības speciālistu un ģimenes ārstu zināšanas vardarbības ģimenē novēršanai. Balstoties uz Pasaules Veselības organizācijas materiāliem, starptautisko praksi un

² Ministru kabineta 2010. gada 7. decembrī noteikumi Nr.1103 "Grozījumi Ministru kabineta 2000. gada 26. septembra noteikumos Nr.330 „Vakcinācijas noteikumi”"

pieredzi, tika izstrādātas vadlīnijas (Pasaules Veselības organizācijas Eiropas Reģionālais birojs, LR Veselības ministrija, Latvijas Ginekologu un dzemdību speciālistu asociācija, 2009) un pasniedzēju rokasgrāmata „Sociālās un veselības aprūpes pasniedzēji pret vardarbību” (Allen, Perttu, 2010). Tāpat tika organizēti padziļināti mācību kursi un izstrādātas rekomendācijas reproduktīvās veselības speciālistiem (ginekologiem, dzemdību speciālistiem, vecmātēm un ģimenes ārstiem) par pacientes izmeklēšanu un palīdzības sniegšanu.

Veselības ministrijas paspārnē darbojas vairākas darba grupas un komisijas, kuras sagatavo priekšlikumus ar sabiedrības veselību un veselības aprūpi saistīto jautājumu risināšanā, tai skaitā jautājumos, kas skar iedzīvotāju seksuālo un reproduktīvo veselību:

1. *HIV infekcijas, tuberkulozes un seksuālās transmisijas infekciju izplatības ierobežošanas koordinācijas komisijas mērķis ir nodrošināt profesionālu nozares speciālistu atbalstu veselības politikas īstenošanai HIV infekcijas, tuberkulozes un seksuālās transmisijas infekciju izplatības ierobežošanā, kā arī sekmēt starpnozaru sadarbību un nodrošināt pilsoniskās sabiedrības līdzdalību lēmumu sagatavošanā.*

2. *Mātes un bērna veselības konsultatīvā padome ir konsultatīva un koordinējoša institūcija, kuras darbības mērķis ir iesaistīt biedrības veselības politikas veidošanā un īstenošanā mātes un bērna veselības aprūpes jautājumos, kas iekļauj grūtnieču, dzemdētāju un jaundzimušo veselības aprūpi, bērnu veselību, kā arī abortus un kontracepciju.*

3. *Darba grupa priekšlikumu izstrādei pašvaldību lomas stiprināšanai primārajā veselības aprūpē un veselības veicināšanā, kurai līdz 2011. gada 1. novembrim ir jā sagatavo priekšlikumi par nepieciešamajiem pasākumiem, lai veicinātu primārās veselības aprūpes pieejamību un uzlabotu veselības veicināšanas darbu pašvaldībās.*

Paralēli tam Veselības ministrija līdz 2011. gada beigām plāno izstrādāt un apstiprināt Veselības veicināšanas vadlīnijas pašvaldībām, kur viena no sadaļām ir ģimenes veselība, kas iekļauj arī seksuālo un reproduktīvo veselību. Vadlīnijas paredzēs pasākumus un aktivitātes, kas pašvaldībām būtu jāveic savās teritorijās četrām galvenajām iedzīvotāju grupām – skolas un pirmsskolas vecuma bērniem, pieaugušajiem, grūtniecēm, jaunajām māmiņām un

jaunajām ģimenēm, kā arī gados vecākiem cilvēkiem (pēc 65 gadu vecuma).

Veselības aprūpes pieejamību pacientiem ar zemiem ienākumiem risina valdības 2010. gada 18. augusta MK rīkojumā Nr.490 „Par Sociālās drošības tīkla stratēģiju” iekļautie pasākumi, kas skar arī veselības aprūpes jomu Atvieglojumi veselības aprūpes saņemšanai paredzēti trūcīgajiem pacientiem, kuru ienākumi uz katru ģimenes locekli pēdējo triju mēnešu laikā nepārsniedz 120 latu mēnesī, kā arī pacientiem ar ienākumiem līdz 120 latiem un līdz 150 latiem mēnesī, kuriem jāmaksā 50% no pacienta iemaksas un ne vairāk kā 15 latu līdzmaksājums par operāciju. Ziņojumam veiktās aptaujas dati rāda, ka nav novērojamas izmaiņas pakalpojumu pieejamības subjektīvā vērtējuma rādītājos kopš iepriekšējā pārskata perioda, kad šādu atbalsta pasākumu nebija.

Kopš 2008. gada ginekologs un dermatovenerologs ir tiešās pieejamības speciālists, pie kura pacienti var vērsties bez ģimenes ārsta nosūtījuma (MK Noteikumi nr.1046). Šādi tiek risināta ar ģimenes ārsta nosūtījuma saņemšanu saistīto izdevumu problēma, kā arī saīsinās laiks veselības aprūpes pakalpojuma saņemšanai.

Lai uzlabotu ģimenes ārsta pieejamību un darbu ar pacientiem, 2011. gadā ir izveidota ģimenes ārstu darbības kvalitātes brīvprātīgā novērtējuma programma³. Programmas mērķis ir arī finansiāli atbalstīt labi un kvalitatīvi strādājošus ārstus, popularizēt viņus pacientu vidū un sekmēt arī pārējo ārstu pievienošanos programmai. Daži no programmas kritērijiem attiecas arī un seksuālās un reproduktīvās veselības veicināšanu un uzlabošanu, piemēram, organizētā vēža skrīninga datu uzraudzība. Lai ģimenes ārsta prakse saņemtu papildu samaksu šīs programmas ietvaros, organizētā vēža skrīninga aptveres rādītājam praksē ir jābūt par 15 % augstākam nekā vidējam atsaučības rādītājam attiecīgajā teritorijā. Savukārt vēl viens kritērijs, ko vērtē, piešķirot papildu samaksu, ir ģimenes ārsta veikto papildu manipulāciju un papildu pakalpojumu apjoms, kur papildu samaksa tiek piešķirta, ja ģimenes ārsts praksē veic grūtnieču novērošanu un aprūpi, ginekoloģisko izmeklēšanu.

Lai uzlabotu veselības aprūpes pamata pakalpojumu pieejamību, no 2011. gada ģimenes ārstu praksēm tiek piesaistīta otra māsa. Paredzēts, ka otra māsa aicinās pacientus uz profilaktiskajām apskatēm,

³ Sīkāk skatīt http://www.vnc.gov.lv/lat/ligumpartneriem/PVA_arstu_kvalitates_programma/?doc=2173 (skatīts 08.11.2011.)

izglītos ģimenes ārsta pacientus par veselīgu dzīves veidu (t.sk. seksuālās un reproduktīvās veselības veicināšanas jomā), nodrošinās hronisko pacientu aprūpi un izglītošanu (apmācību) ģimenes ārsta praksē, apzinās pie ģimenes ārsta reģistrētos trūcīgos pacientus. Šobrīd Veselības ministrija par Eiropas Savienības Sociālā fonda līdzekļiem gatavo apmācības programmu māsām, ārsta palīgiem. Apmācības programma būs bez maksas, un tās ietvaros plānots apmācīt aptuveni 500 otrās māsas, kas veiks veselības veicināšanas un profilakses darbu ģimenes ārstu praksēs.

4.3. Dzimumu līdztiesības politika

Programma dzimumu līdztiesības īstenošanai 2007.–2010. gadam ietvēra arī veselības jautājumus. Programmu īstenojot, Veselības ministrija ir veikusi kampaņas sabiedrības informēšanai „Neaizmirsti par savas veselības tehnisko apskati”, sieviešu veselības kampaņu „Atļaujies būt vesela”, kampaņu vīriešu reproduktīvās veselības veicināšanai „Īsti vīri nebaidās no urologa!” Vienlaikus programmas izvērtēšanas dokumentā (Labklājības ministrija, 2011) tiek norādīts, ka „vairākos VM [Veselības ministrijas] veiktajos pētījumos, dzimuma aspekts tomēr nav ņemts vērā, un tie netiek mērķēti uz sieviešu vai vīriešu (puišu vai meiteņu) auditoriju, piemēram, – 6.3. aktivitāte par veselīgu uzturu un dzīvesveida jautājumiem u.c.”, uzsverot, ka nepieciešama precīzāka mērķauditoriju izvērtēšana un atbilstošs izvēlēto darbību fokuss.

Labklājības ministrija izstrādā plānu dzimumu līdztiesības īstenošanai 2012.–2014. gadam, kurā viens no rīcības virzieniem ir sieviešu un vīriešu veselīga un videi draudzīga dzīvesveida veicināšana.

4.4. Ģimenes politika

Atbilstoši valdības 2002. gadā akceptētajai koncepcijai „Valsts ģimenes politika” 2004. gadā tika izstrādāts rīcības plāns koncepcijas „Valsts ģimenes politika” īstenošanai 2004.–2013. gadam, kas ietvēra ģimenes veselības aprūpes pilnveidošanas pasākumu sadaļu. Rīcības politikas aktivitāte paredzēja izglītojošu materiālu sagatavošanu par grūtnieču un jaundzimušo veselības aprūpi, reproduktīvo veselību pusaudžiem, bērnu vakcināciju, abortiem un zīdīšanas veicināšanu sadarbībā ar nevalstisko sektoru un Veselības ministriju.

Ģimenes valsts politikas pamatnostādnes 2011.–

2017. gadam apstiprinātas 2011. gadā, un tajās integrēta atsevišķa sadaļa par ģimeņu reproduktīvo veselību un neauglības problēmām. Reproduktīvā veselība galvenokārt skatīta demogrāfiskās politikas un dzimstības paaugstināšanas kontekstā, pirmo reizi politikas līmenī akcentējot ģimenes problēmas spontāna aborta vai bērna zaudējuma situācijās. Lai arī pamatnostādnes atbalsta neauglības ārstēšanu kā politikas komponenti, dokumenta tekstā atrodama pretrunīga nostāja. No vienas puses, pamatnostādnes uzsver dabiskās dzimstības kontroles un neauglības ārstēšanas metodes⁴ un mākslīgās apaugļošanas tehnoloģijas – „donoru dzimumšūnu izmantošana, ārpusķermeņa apaugļošana, tajā skaitā apaugļotās olšūnas implantēšana citas sievietes ķermenī – tā saucamās atbalsta reprodukcijas metodes (angl. assisted reproductive technology, ART)” – vērtē kā ētiski neviennozīmīgas. No otras puses, pamatnostādnes izteikts atbalsts ārpusķermeņa apaugļošanai un priekšlikums Veselības ministrijai veikt atbalsta pasākumus šajā jomā.

Ģimenes valsts politikas pamatnostādnes 2011.–2017. gadam skar arī pusaudžu dzīves periodu, un starp šajā vecuma posmā identificētām problēmām atrodams izpratnes trūkums par jautājumiem, kas saistīti ar ģimeni un bērniem. Politikas dokuments kā risinājumu izvēlas pieaugušo orientāciju uz laulībā balstītām partnerattiecībām ar izglītojošu pasākumu palīdzību, pasākumu sadaļā tālāk nevirzot pusaudžus kā īpašu mērķa grupu.

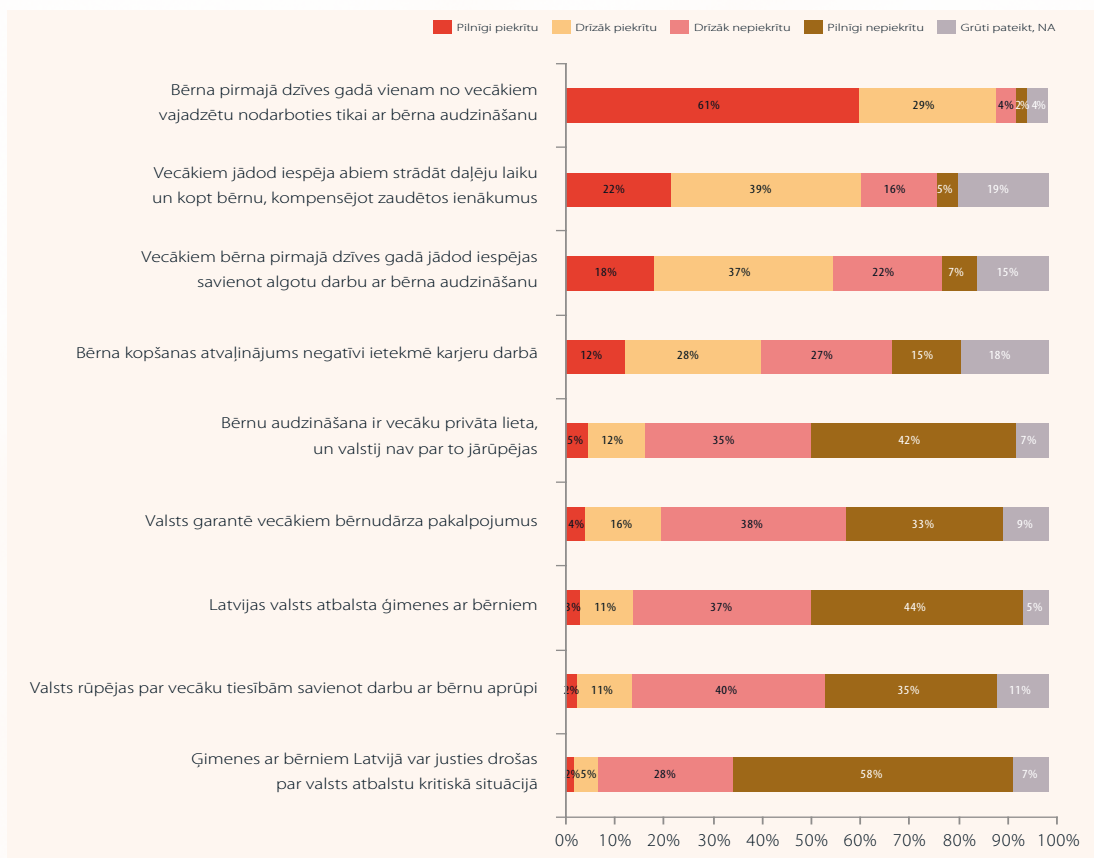
4.5. Iedzīvotāju skatījums uz ģimenes politiku

Ziņojumam veiktajā aptaujā tika iekļauti iepriekšējās aptaujās neaplūkoti jautājumi par valsts demogrāfiskās un ģimenes politikas vērtējumu. Analizējot šim ziņojumam veiktās aptaujas datus, redzams, ka respondenti ģimenes politiku nevērtē atzinīgi. Tā, 81% sieviešu un 76% vīriešu pilnīgi un drīzāk nepiekrīt, ka Latvijas valsts atbalsta ģimenes (sk. 4.1. attēlu). Lielākā daļa aptaujāto uzskata, ka valstij ir jāatbalsta ģimenes, un bērna audzināšana nav ģimeņu privāta lieta. Vairākums aptaujāto – 86% sieviešu un 81% vīriešu nepiekrīt, ka Latvijas ģimenes var justies drošas krīzes situācijā. Kā minēts ziņojuma 1. nodaļā, starp šķēršļiem bērnu skaita pieaugumam, salīdzinot ar iepriekšējo

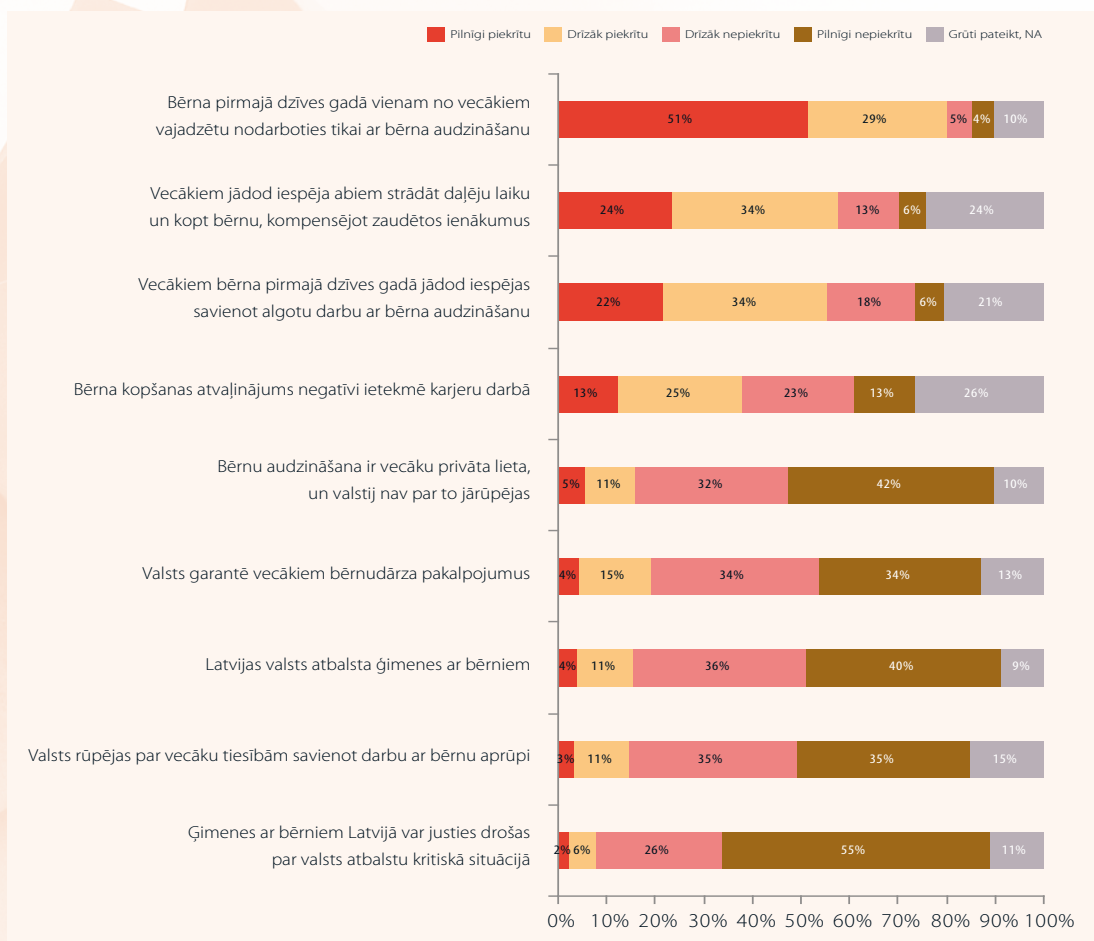
⁴ Turpat, 38. lpp. – tiek uzsvērta dabiskā dzimstības metode, kas dokumentā nosaukta par „Amerikā patentēta NaPro Technology, kas uzrāda ļoti augstus neauglības ārstēšanas rezultātus”, nesniedzot zinātniskus pierādījumus šādam apgalvojumam.

4.

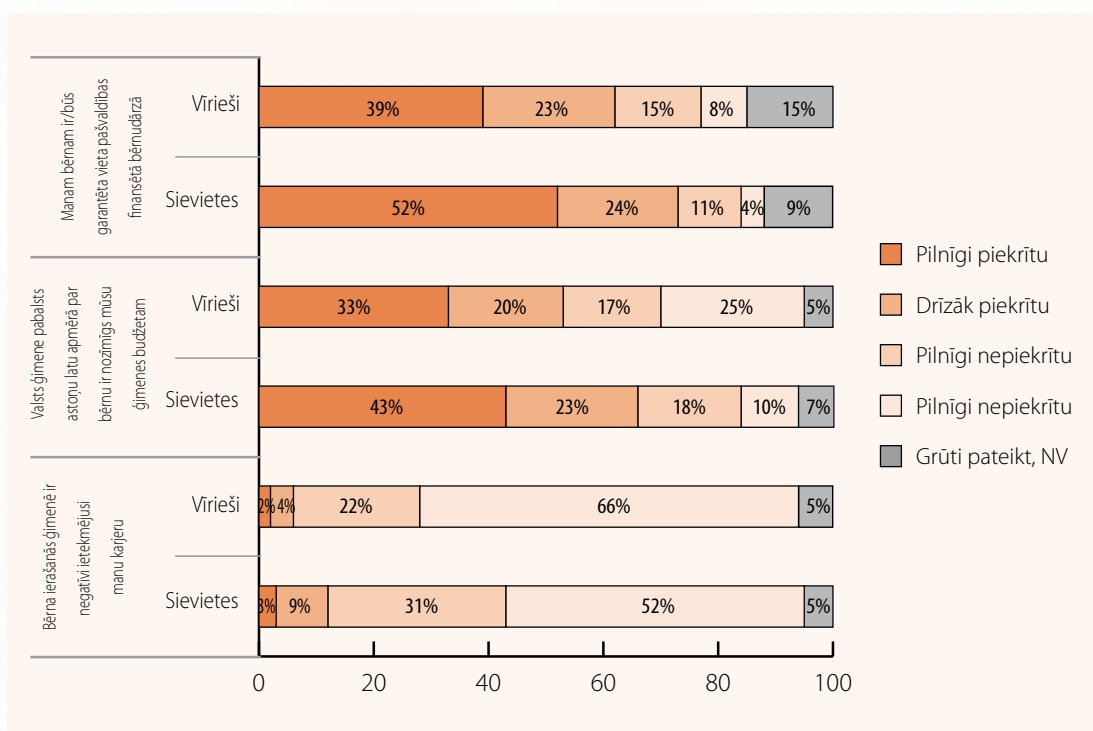
4.1. attēls. Cik lielā mērā jūs piekrītat šādiem apgalvojumiem? Visas sievietes, n = 1313, %



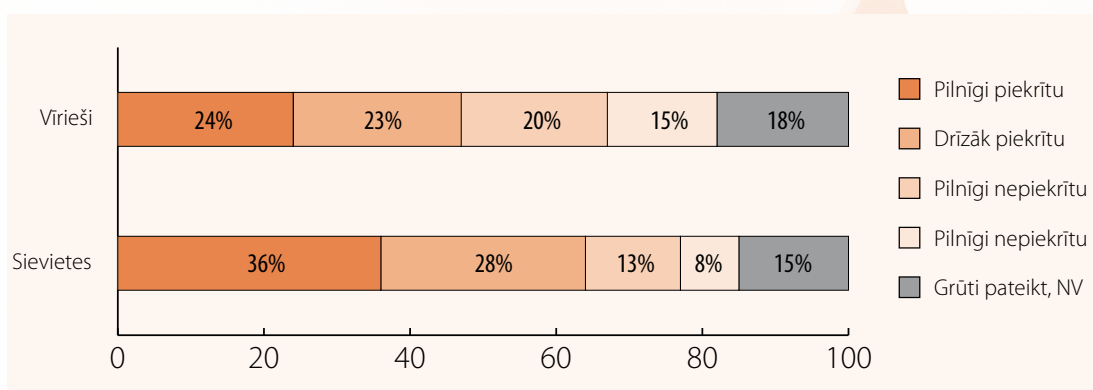
4.2. attēls. Cik lielā mērā jūs piekrītat šādiem apgalvojumiem? Visi vīrieši, n = 1304, %



4.3. attēls. Cik lielā mērā jūs piekrītat šādiem apgalvojumiem? Tie, kam ir bērns līdz 5 gadu vecumam, kurš dzīvo ģimenē. Sievietes, n = 238, vīrieši, n = 186, %



4.4. attēls. Darba devējs man dod/ ir devis iespēju savienot darbu ar bērna kopšanu. Strādājošie, ar bērnu līdz 5 gadu vecumam, kurš dzīvo ģimenē. Sievietes, n = 127, vīrieši, n = 145, %



periodu, arvien nozīmīgāku vietu ieņem ģimenes ekonomiskā stabilitāte ilgtermiņā, nevis pašreizējās situācijas vērtējums.

No vienas puses, aptauja rāda, ka Latvijas iedzīvotāji ir konservatīvi. Lielākā daļa respondentu – 90% sieviešu un 80% vīriešu – uzskata, ka vienam no vecākiem bērna pirmajā dzīves gadā jānodarbojas tikai ar bērna aprūpi. No otras puses, nedaudz vairāk par pusi aptaujāto atbalsta dažādus ģimenes un darba dzīves savienošanas pasākumus bērna pirmās dzīves gadā. 61% sieviešu un 58% vīriešu atbalsta risinājumu, kur abi vecāki bērna kopšanas pirmajā gadā vienlaicīgi kopj bērnu un savieno to ar algotu darbu.

Pašreizējais vecāku pabalsta modelis kopšanas atvaļinājumu konkrētā laika posmā ļauj izmantot tikai vienam no vecākiem. Viedoklis gandrīz līdzvērtīgi

dalās jautājumā par ekskluzīvas (nesavienojot ar algotu darbu) bērna kopšanas nelabvēlīgu ietekmi uz karjeru. Vienlaikus 12% to sieviešu un 6% to vīriešu, kuri audzina mazus bērnus līdz piecu gadu vecumam, atzīst, ka bērna ierašanās pasaulē ir negatīvi ietekmējusi viņu darba karjeru (sk. 4.3. attēlu). Aptauja rāda, ka šajā respondentu grupā 93% sieviešu un 31% vīriešu kārtas respondentu ir izmantojuši bērna kopšanas atvaļinājumu. Tiesa, interpretējot datus, jāņem vērā, ka vīriešu kārtas respondenti par bērna kopšanas atvaļinājumu var uzskatīt arī 10 kalendāro dienu paternitātes atvaļinājumu, neorientējoties sociālās politikas terminoloģijā.

Raugoties uz iespējām savienot darbu ar ģimenes dzīvi, 64% sieviešu un 47% vīriešu kārtas respondentu, kas strādāja un audzināja bērnu līdz 5 gadu vecumam,

4.

atzina, ka darba devējs viņiem dod vai ir devis iespēju savienot darbu ar bērna kopšanu. Vienlaikus jāatzīmē, ka trešdaļai vīriešu un piektajai daļai sieviešu šāda iespēja nav dota (sk. 4.4. attēlu).

Kopumā aptaujā paustais iedzīvotāju viedoklis rāda pretrunu starp vienotu morālu atbalstu tradicionālam ģimenes modelim un uz lielāku abu vecāku līdzdalību vērstām praksēm. Pirmajā ziņojuma sadaļā ieskicētā demogrāfiskā situācija un ģimenes modeļu daudzveidība iezīmē nepieciešamību iedzīvotājiem piedāvāt elastīgākus ģimenes politikas modeļus, ļaujot izvēlēties vecāku lomu sadali bērna agrīnā vecuma posmā, darba un ģimenes dzīves apvienošanas formas. Aptauja rāda, ka iedzīvotāji šādai izvēlei būtu gatavi.

Kopsavilkums

1. Ņemot vērā demogrāfiskās politikas aktualitāti ES un Latvijas kontekstā, būtiska ir efektīvu un fokusētu politikas instrumentu izvēle dzimstības kāpināšanai. Ja efektīvākās ES valstu ģimeņu politikas ir vērstas uz dzimstības kāpināšanu ar vecāku sociālo iekļaušanu, darba, ģimenes un personiskās dzīves apvienošanas atvieglošanu, tad Latvijas ģimenes politika ir vēsta uz tradicionālās ģimenes vērtības stiprināšanu. Ziņojumam veiktās aptaujas dati rāda, ka valsts atbalsta politiku aptaujātie vērtē kā nepietiekamu. Pozitīvāk tiek vērtēts darba devēju atbalsts darba un ģimenes dzīves savienošanai. Vienlaikus aptaujas dati liecina par zināmu pretrunu iedzīvotāju atbildēs, uzsvaru liekot uz atbalstu tradicionālās ģimenes vērtībām, bet individuālā līmenī piesardzīgi vērtējot savas iespējas bērnu izaudzināt ilgtermiņā. Valsts atbalsta pamata pasākumi ir vērsti uz atbalstu pirmajos bērna dzīves gados, taču trūkst atbalsta pasākumu, kas nodrošinātu bērna audzināšanai nepieciešamo ekonomisko stabilitāti darba zaudējuma vai ģimenes iziršanas gadījumā.

2. Seksuālā un reproduktīvā veselība Latvijas politikā tiek skatīta galvenokārt atsevišķu politikas nozaru – veselības, izglītības, labklājības un dzimumu līdztiesības – kontekstā, uzsverot kādu no reproduktīvās veselības aspektiem. Vājš ir starpsektoru sadarbības rezultāts politikas dokumentos (piemēram, par pusaudžu izglītošanas pasākumiem reproduktīvās veselības jomā atbildīga ir Veselības ministrija) un pašvaldību iesaiste politikas instrumentu īstenošanā. Vienlaikus vērojama aktīva starpsektoru sadarbība darba grupu līmenī, kas visos gadījumos netiek novadīta līdz politikas dokumentu līmenim. Pozitīva iniciatīva starpsektoru skatījumam ir veselības veicināšanas vadlīniju izstrāde pašvaldībām.

3. Raugoties uz politikas dokumentu kvalitāti veselības sektorā, vērojami uzlabojumi gan politikas mērķu konsolidēšanā, gan problēmu un rīcības formulēšanā. Vienlaikus nepieciešama labāka pētniecības komponenta integrēšana politikas instrumentu (rīcības) definēšanā, monitoringā un izvērtēšanā. Pārskata periodā seksuālās un reproduktīvās politikas joma nav padziļināti izvērtēta. Vērtēšana ir notikusi darba grupā, neizvirzot vērtēšanas kritērijus.



NOBEIGUMS

Secinājumi un ieteikumi

1. nodaļa

Secinājumi

1. Dzimstības un laulātības situāciju pārskata periodā no 2003. gada līdz 2011. gadam raksturo gan kāpums, gan kritums, kas atbilst izmaiņām ekonomiskajā situācijā valstī.

Galvenie faktori, kas ietekmē dzimstību:

- ekonomiskā situācija un pieaugusi nedrošības sajūta par ienākumiem un darba saglabāšanu nākotnē;
- ģimenes modeļa maiņa, pieaug neregistrēto partnerattiecību īpatsvars, ar partneru maiņu saistīta ekonomiskā un sociālā nestabilitāte;
- bērnu dzemdēšanas atlikšana uz vēlāku vecuma posmu;
- noturīgu attiecību veidošanas prasmju trūkums jauniešiem, diskusijas trūkums par šiem jautājumiem skolā un publiskajā telpā.

2. Partnerattiecības ietekmē migrācija. Dzimumpartnera prombūtne rada gadījuma attiecību risku. Pieaug atbalsta trūkums bērniem un pusaudžiem, kuru vecāki atrodas ilgstošā prombūtnē.

3. Ģimenēs un partnerattiecībās joprojām ir izplatīta vardarbība. Vardarbības atpazīšana un datu iegūšana par vardarbības gadījumiem ģimenē un partnerattiecībās ir problemātiska.

Ieteikumi

1. Valstij un pašvaldībai jānodrošina ģeogrāfiski un finansiāli pieejami atbalsta pasākumi bērnu pieskatīšanai. Pārskatīt un veidot jaunajiem vecākiem draudzīgu darba likumdošanu, ņemot vērā Eiropas valstu labākās prakses piemērus.

2. Veidot politiku, kas paredz nodrošināt vienlīdzīgas iespējas bērniem, kuri dzimuši gan reģistrētās, gan neregistrētās partnerattiecībās.

3. Izstrādāt definīciju, tiesisko regulējumu, monitoringa un atpazīšanas sistēmu vardarbībai ģimenē.

4. Jaunatnes politikas ietvaros izveidot atbalsta pasākumus jauniešiem, kuriem vecāki atrodas ilgstošā prombūtnē.

2. nodaļa

Secinājumi

1. Veselības jomā pieaug nevienlīdzība starp dažādu sociālo grupu indivīdiem.

2. Vīriešu reproduktīvās veselības jomā nav vērojami uzlabojumi. Par reproduktīvās veselības jautājumiem jauni vīrieši konsultējas ar ģimenes ārstiem. Pieaug vīriešu skaits, kas piedalās un ir informēti par partneres grūtniecības norisi un dzemdību aprūpi.

3. Pārskata posmā kopš 2003. gada ir ieviestas vairākas valsts apmaksātas organizētā skrīninga programmas krūts dziedzeriem un dzemdes kaklam, tomēr sieviešu dalība programmās ir relatīvi zema.

4. Ieviesta 12 gadus vecu meiteņu vakcinācija pret dzemdes kakla vēzi izraisošo cilvēka papilomas vīrusu. Kopš vakcinācijas uzsākšanas 2010. gadā vakcinēto meiteņu īpatsvars 12 gadīgo meiteņu grupā ir samērā augsts.

5. Pētījuma pārskata periodā mātes mirstības rādītāji ir kritiski pieauguši.

6. Saslimstība ar STI saglabājas augsta. Samazinās uz STI izmeklēto iedzīvotāju skaits. Izmeklējumi uz STI grūtniecēm, kas ir pirmsdzemdību aprūpē, tiek veikti regulāri.

7. Īpaša riska grupa saslimšanai ar STI ir jaunieši, kas seksuālo attiecību laikā nelieto prezervatīvu. Jaunieši neizvērtē risku inficēties ar STI un neattiecinā riska faktorus uz sevi.

9. HIV/AIDS saslimstība ir palikusi 2003. gada līmenī. Personiskā riska apzināšana saslimšanai ar HIV/AIDS jauniešu vidū nav pietiekama.

10. Kopš iepriekšējā apsekojuma prezervatīva lietošana jauniešu vidū ir kļuvusi biežāka, tomēr nav pietiekama.

11. Nav būtiski mainījušies kontracepcijas līdzekļu lietošanas paradumi. Populārākais ir vīriešu prezervatīvs, retāk lieto hormonālo kontracepciju. Vairāk nekā puse sieviešu uzskata, ka hormonālā kontracepcija ir kaitīga viņu veselībai.

12. Joprojām populāra kontracepcijas metode ir pārtrauktais dzimumakts. To izmanto ap 20% respondentu. Piektā daļa sieviešu bieži un dažkārt pieredzējušas finansiālas grūtības iegādāties kontracepcijas līdzekļus.

13. Pēc valsts apkopotās statistikas datiem, mākslīgu abortu skaits Latvijā turpina samazināties. Tomēr, salīdzinot ar ES valstu rādītājiem, mākslīgo abortu skaits Latvijā joprojām ir augsts. Neplānotu grūtniecību skaits vecuma grupā līdz 19 gadiem arī saglabājas augsts.

14. Pieaudzis to grūtnieču īpatsvars, kurām bijuši kaitīgi ieradumi – 14% sieviešu grūtniecības laikā ir smēķējušas.

15. Samazinājies to grūtnieču skaits, kuras savlaicīgi stājušās antenatālajā aprūpē. Tas saistīts ar materiālās stimulācijas atcelšanu par savlaicīgu stāšanos antenatālajā aprūpē, kā arī sociālu iemeslu dēļ.

16. Nav pieejami visaptveroši dati par neauglības izplatību un ārstēšanas rezultātiem.

Ieteikumi

1. Nodrošināt reproduktīvās veselības pakalpojumu pieejamību iedzīvotājiem ar zemiem ienākumiem, palielinot primārās aprūpes lomu šo pakalpojumu nodrošināšanā (ģimenes ārsti, vecmātes, ģimenes ārstu otrās māsas).

2. Uzlabot vīriešu informētību par STI un izpratni par viņu seksuālo veselību, šo uzdevumu deleģējot ģimenes ārstiem un ģimenes ārstu otrajām māsām un veicinot šo veselības aprūpes profesionāļu prasmes šajos jautājumos.

3. Uzlabot organizētā vēža skrīninga aptveri:

- Uzlabot ģimenes ārstu un ginekologu iesaisti

izglītojošajā darbā par dzemdes kakla vēža citoloģisko skrīningu – izmantojot pieeju esošajām datu bāzēm, individuāli atgādināt visām sievietēm virs 25 gadu vecuma, neatkarīgi no vizītes mērķa, par skrīninga iespēju.

- Ģimenes ārstiem un otrajām māsām/vecmātēm aktīvāk iesaistīties sieviešu uzaicināšanā uz skrīningu un dzemdes kakla citoloģijas noņemšanā.

Nacionālajam veselības dienestam un nevalstiskajām organizācijām veikt plašu informatīvu kampaņu masu medijos par krūts vēža un dzemdes kakla vēža skrīninga būtību un nepieciešamību.

- Padarīt uzaicinājuma uz valsts apmaksāto dzemdes kakla un krūts vēža skrīningu tekstu saprotamāku un vienkāršāku.

- Nacionālajā veselības dienestā izveidot dzemdes kakla un krūts vēža skrīninga monitoringa un uzraudzības komisiju.

4. Turpināt ieviest 12 gadīgo meiteņu vakcināciju pret HPV un panākt pēc iespējas lielāku vakcinēto meiteņu īpatsvaru. Izglītēt skolas ārstus, māsas, pedagogus un vecākus.

5. Ieviest izmaiņas LR normatīvajos dokumentos (Ārstniecības likumā), kas pieļauj medicīniskās dokumentācijas izmantošanu VM Mātes un bērna Padomei mātes mirstības analīzei un perinatālā audita veikšanai. Ieviest mātes mirstības un ar grūtniecību saistīto dzīvībai bīstamo komplikāciju gadījuma auditu, izmantojot PVO metodoloģiju „Kas slēpjas aiz cipariem?”

6. Nacionālam veselības dienestam un nevalstiskajām organizācijām veikt plašu informatīvu kampaņu masu medijos par smēķēšanas kaitīgumu grūtniecības laikā. Rast iespēju izveidot atbalsta pakalpojumus smēķēšanas atmešanai grūtniecēm.

7. Ieviest skrīningizmeklējumu uz hlamīdijām seksuāli aktīvajiem jauniešiem līdz 25 gadu vecumam, griežoties pēc veselības aprūpes pakalpojumiem pie ģimenes ārsta un/vai ginekologa.

8. Mērķtiecīgi uzlabot iedzīvotāju, īpaši lauku rajonu un jauniešu, informētību par HIV un STI.

9. Uzlabot informētību par HIV testa veikšanas iespējām, kā arī atvieglot pieejamību šim pakalpojumam.

10. Ieviest kompensējamo medikamentu sarakstā kontracepcijas līdzekļus īpašām grupām: jauniešiem līdz 24 gadu vecumam, sociālam riskam pakļautajām grupām (HIV inficētajiem, narkotiku lietotājiem, trūcīgajiem iedzīvotājiem).

11. Palielināt ģimenes ārsta lomu veselu sieviešu konsultēšanā par kontracepcijas izvēli, īpaši pēc dzemdībām un pēc grūtniecības pārtraukšanas, iesaistot arī ģimenes ārstu otrās māsas un/vai vecmātes.

13. Izstrādāt normatīvo un ētisko regulējumu neauglīgo pacientu datubāzes izveidei.

14. Veidot datubāzi par neauglības ārstēšanu un rezultātiem.

15. Lai veicinātu vienotu pieeju neauglības ārstēšanai, izstrādāt nacionālas vadlīnijas speciālistiem.

3. nodaļa

Secinājumi

1. Kopš iepriekšējā pārskata perioda pieaudzis informācijas apjoms par seksuālās un reproduktīvās veselības jautājumiem. Informācijas avotu ir daudz, un tie ir viegli pieejami. Vienlaikus jauniešiem trūkst autoritatīva, kvalificēta padomdevēja, kas ļautu informāciju izvērtēt.

2. Par labākajiem padomdevējiem seksuālās un reproduktīvās veselības jautājumos jaunieši atzīst vecākus, tomēr vecākiem trūkst nepieciešamo zināšanu un prasmju.

3. Jaunieši zināšanas par seksuālo un reproduktīvo veselību iegūst skolā. Bieži skolotājs nav autoritāte jeb uzticamības persona. Jaunieši labprātāk izvēlas kādu citu padomdevēju, kurš ikdienā tieši nav saistīts ar skolu.

4. Jaunieši augstu vērtē neformālās izglītības sniegtās iespējas.

5. Jaunieši ir labi informēti par seksuālās un reproduktīvās veselības jautājumiem un zina, kur meklēt informāciju. Tomēr iegūtās zināšanas bieži netiek pielietotas praksē.

6. Kopš pēdējā pārskata perioda plānotie pasākumi ģimenes ārsta lomas palielināšanā seksuālās un reproduktīvās veselības zināšanu nodošanā jauniešiem nav attaisnojušies. Jaunieši nenovērtē ģimenes ārstus un māsas kā potenciālos konsultantus seksuālās un reproduktīvās veselības jautājumos.

Ieteikumi

1. Regulāri jāizvērtē skolēnu zināšanas, attieksmes un prasmes seksuālās un reproduktīvās veselības jautājumos. Regulāri jāveic diagnosticējošie pārbaudes darbi sociālajās zinībās un veselības mācībā.

2. Nepieciešams izstrādāt mūsdienīgus mācību materiālus, kas jāpapildina ar interaktīvām mācību metodēm.

3. Mācību priekšmets „Veselības mācība” jāiekļauj kā obligāts mācību priekšmets vispārējās vidējās un profesionālās izglītības mācību programmās. Priekšmets jāpasniedz kompetentiem, speciāli apmācītiem pedagogiem.

4. Nepieciešams attīstīt un stiprināt neformālo izglītību.

5. Iesaistīt māsas un vecmātes/ārstu palīgus veselības izglītošanā, īpaši sociāla riska iedzīvotājiem un jauniešiem.

6. Īpašu uzmanību pievērst riska grupu jauniešu un bērnu, kuriem vecāki atrodas ilgstošā prombūtnē, izglītošanai par seksuālās un reproduktīvās veselības jautājumiem. Organizēt atbalsta struktūrvienības pašvaldībās un sociālajos dienestos.

7. Pašvaldībām, izmantojot pieejamos resursus, stiprināt vecāku zināšanas un prasmes par seksuālās un reproduktīvās veselības jautājumiem, īpaši sociālam riskam pakļautajām grupām.

8. Stiprināt vecmāšu profesionālo atbildību, palielināt kompetences darbā ar ģimenēm un jauniešiem. Iekļaut vecmātes primārās veselības aprūpes ārsta komandā, akcentējot viņu prasmes konsultēt par seksuālās un reproduktīvās veselības jautājumiem, kā arī nozīmēt piemērotus kontracepcijas līdzekļus.

9. Ģimenes ārsta palīgu un otrās māsas pamatzglītības un tālākizglītības mācību programmās kā obligātu

ieviest ģimenes plānošanas, jauniešu seksuālās un reproduktīvās veselības kursu, kas ietvertu uz pierādījumiem balstītas vadlīnijas, kuras izmanto Latvijā un rekomendē PVO.

10. Iekļaut ģimenes ārstu darba novērtēšanas kvalitātes kritēriju programmā konsultācijas par ģimenes plānošanu.

4. nodaļa

Secinājumi

1. Seksuālā un reproduktīvā veselība Latvijas politikā tiek skatīta galvenokārt atsevišķu politikas nozaru – veselības, izglītības, labklājības un dzimumu līdztiesības – kontekstā, uzsverot kādu no reproduktīvās veselības aspektiem.

2. Starpsektoru sadarbība seksuālās un reproduktīvās veselības jautājumu risināšanā ir nepietiekoša. Nepietiekoša ir arī pašvaldību iesaiste seksuālā un reproduktīvā veselības politikas veidošanā un īstenošanā.

3. Latvijas politikā netiek kompleksi skatīti ģimeņu sociālās iekļaušanas, kā arī darba, ģimenes un personiskās dzīves saskaņošanas jautājumi.

4. Latvijas ģimenes politika nebalstās uz pierādījumiem un nav vērsta uz reāliem ģimeņu modeļiem un to problēmsituācijām valstī.

5. Seksuālās un reproduktīvās veselības politika vērsta uz sabiedrību kopumā, nevis uz konkrētu problēmu risināšanu. Lai sasniegtu izvirzītos mērķus, vairāk uzmanības jāpievērš adekvātai uzdevumu un pasākumu realizācijai, kā arī progresa monitorēšanai.

Ieteikumi

1. Veidot uz pierādījumiem balstītu seksuālās un reproduktīvās veselības politiku un programmas, uzlabojot valsts un pašvaldību starpsektoru sadarbību.

2. Nodrošināt principa „veselība visās politikās” ieviešanu un nevienlīdzības mazināšanu seksuālās un reproduktīvās veselības jomā.

3. Demogrāfijas un ģimenes politikas veidošanā un īstenošanā jāņem vērā seksuālās un reproduktīvās veselības jautājumi un to ietekme uz demogrāfiju.

4. Latvijas ģimenes politikas veidošanā un īstenošanā jāņem vērā esošie partnerattiecību un ģimeņu modeļi.

5. Seksuālās un reproduktīvās veselības politiku vērst uz konkrētu riskam pakļauto mērķa grupu problēmu risināšanu. Integrēt pētniecības jomu seksuālās un reproduktīvās veselības SRV politikas definēšanā, monitoringā un izvērtēšanā.

6. Apzināt neauglības reālo aktualitāti Latvijā, izstrādāt un ieviest uz pierādījumiem balstītu stratēģiju neauglības problēmu risināšanā Latvijā demogrāfisko problēmu risināšanas kontekstā.

7. Apzināt mātes un perinatālās mirstības iemeslus Latvijā, izstrādāt un ieviest ilgtermiņa stratēģiju mātes un perinatālās mirstības samazināšanā Latvijā.

Izmantotā literatūra un avoti

Allen, Mary; Perttu, Sirkka, 2010. Sociālās un veselības aprūpes pasniedzēji pret vardarbību. Pasniedzēju rokasgrāmata. Helsinku universitāte, Tālākizglītības centrs Palmenia, 2010. [http://phoebe.vm.gov.lv/misc_db/web.nsf/626e6035eadbb4cd85256499006b15a6/195448bbf7b0975c2257313001f19e0/\\$FILE/HEVI_Handbook_latv.pdf](http://phoebe.vm.gov.lv/misc_db/web.nsf/626e6035eadbb4cd85256499006b15a6/195448bbf7b0975c2257313001f19e0/$FILE/HEVI_Handbook_latv.pdf) (skatīts 25.11.2011.)

Currie, Candace; Gabhainn, Saoirse Nic; Godeau, Emmanuelle; Roberts, Chris, Smith, Rebecca; Currie, Dorothy; Pickett, Will; Richter, Matthias; Morgan, Antony; Barnekow, Vivian (eds.), 2008. Inequalities in young people's health. HBSIC international report from the 2005/2006 survey. WHO. http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0005/53852/E91416.pdf (skatīts 8.11.2011.)

European Commission, 2011. Demography report 2010 - Older, more numerous and diverse Europeans. <http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/population/documents/Tab/report.pdf> (skatīts 20.09.2011)

ECDC (European Centre for Disease Prevention and Control), 2010. Annual Epidemiological Report on Communicable Diseases in Europe 2010. Stockholm. http://ecdc.europa.eu/en/publications/publications/1011_SUR_Annual_Epidemiological_Report_on_Communicable_Diseases_in_Europe.pdf (skatīts 19.10.2011)

ECDC (European Centre for Disease Prevention and Control)/WHO Regional Office for Europe. 2010. HIV/AIDS surveillance in Europe 2009. Stockholm. ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/101129_SUR_HIV_2009.pdf (skatīts 19.10.2011)

Laukamm-Josten, Ulrich; de Colombani, Pierpaolo; de Joncheere, Kees; Drew, Roger; Eramova, Irina; Rotberga, Signe; Stöver, Heino; Zakowicz, Anna, 2011. Mid-Term Evaluation Of The Latvian National HIV Programme: 2009-2013. UNDOC, WHO.

Pasaules Veselības organizācijas Eiropas Reģionālais birojs, LR Veselības ministrija, Latvijas Ginekologu un dzemdību speciālistu asociācija. 2009. Vardarbība ģimenē pret sievieti.

Rekomendācijas reproduktīvās veselības speciālistiem par pacientes izmeklēšanu un palīdzības sniegšanu. [http://phoebe.vm.gov.lv/misc_db/web.nsf/626e6035eadbb4cd85256499006b15a6/195448bbf7b0975c2257313001f19e0/\\$FILE/vardarbiba%20pret%20sievieti_rekomendacijas%20arstiem.pdf](http://phoebe.vm.gov.lv/misc_db/web.nsf/626e6035eadbb4cd85256499006b15a6/195448bbf7b0975c2257313001f19e0/$FILE/vardarbiba%20pret%20sievieti_rekomendacijas%20arstiem.pdf) (skatīts 15.11.2011)

Pudule, Iveta; Villeruša, Anita; Grīnberga, Daiga; Taube, Māris; Bahmane, Daiga; Dzērve, Vilnis; Praattaalaa Ritva, 2011. Latvijas iedzīvotāju (15–64 gadu vecumā) veselību ietekmējošo paradumu pētījums, 2010. Veselības ekonomikas centrs, Rīga. <http://vec.gov.lv/uploads/files/4e672991e40ef.pdf> (skatīts 20.10.2011)

Pudule, Iveta; Villeruša, Anita; Grīnberga, Daiga; Velika, Biruta; Tilgale, Nikola; Dzērve, Vilnis; Rutks, Ainars; Prāttāla, Ritva, 2010. Latvijas iedzīvotāju ietekmējošo paradumu pētījums, 2008, Veselības ekonomikas centrs.

Putniņa, Aivita, 2007. Vardarbība un veselība. Ziņojums par situāciju Latvijā 2007. http://izm.izm.gov.lv/upload_file/jaunatne/petijumi/Vardarbiba_un_veseliba.pdf (skatīts 20.09.2011)

Skrule, Jolanta; Štāle, Margita; Upmale, Solviņa, 2009. Mātes un bērna veselība perinatālajā periodā, Sabiedrības veselības aģentūra. <http://vec.gov.lv/uploads/files/4d00e1f85f0e4.pdf> (skatīts 19.10.2011)

UNESCO, 2007. UNESCO's Strategy for Responding to HIV and AIDS. <http://unesdoc.unesco.org/images/0014/001499/149998e.pdf> (skatīts 15.11.2011)

UNESCO 2009. International Technical Guidance on Sexuality Education. An Evidence-Informed Approach for Schools, Teachers and Health Educators UNESCO <http://unesdoc.unesco.org/images/0018/001832/183281e.pdf> (skatīts 15.11.2011)

UNESCO 2010. Levers of Success. Case Studies of National Sexuality Education Programmes. <http://unesdoc.unesco.org/images/0018/001884/188495e.pdf> (skatīts 15.11.2011)

UNESCO 2011. School Based Sexuality Education Programmes. A Cost and Cost Effectiveness Analysis in Six Countries. <http://www.unesco.org/new/fileadmin/MULTIMEDIA/HQ/ED/pdf/CostingStudy.pdf> (skatīts 15.11.2011)

Veselības ekonomikas centrs, 2011. Latvijas Veselības aprūpes statistikas gadagrāmata 2010.

WHO, 2006. Defining sexual health. Report of a technical consultation on sexual health, 28–31 January 2002. Geneva. http://www.who.int/reproductivehealth/publications/sexual_health/defining_sexual_health.pdf (skatīts 15.11.2011)

WHO Regional Office for Europe, BzGA, 2010. Standards for Sexuality Education in Europe: A framework for policy makers, educational and health authorities and specialists. Federal Centre for Health Education (BzGA), Cologne. www.bzga-whocc.de/pdf.php?id=061a863a0fdf28218e4fe9e1b3f463b3 (skatīts 15.11.2011)

WHO, 2003. Global Strategy for Infant and Young Child Feeding. Geneva. www.who.int/child_adolescent_health/documents/9241562218/en/index.html - 22k

WHO, Regional Office for Europe, 2001. WHO Regional Strategy On Sexual and Reproductive Health http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0004/69529/e74558.pdf (skatīts 15.11.2011)

Informatīvās publikācijas

Centrālā statistikas pārvalde, 2011. Par demogrāfiskās situācijas izmaiņām Latvijā 2010.gadā. (informāciju 12.05.2011. sagatavoja Elmīra Seņkāne, ledzīvotāju statistikas daļa) <http://www.csb.gov.lv/notikumi/par-demografiskas-situacijas-izmainam-latvija-2010gada-31978.html%20> (skatīts 09.09.2011.)

ECDC (European Centre for Disease Prevention and Control), 2011. Eiropas slimības novēršanas un kontroles centra komunikāciju "Chlamydia: High numbers, low awareness - Spotlight 2011" <http://ecdc.europa.eu/en/healthtopics/spotlight/chlamydia/Pages/index.aspx> (skatīts 19.10.2011)

Transforming Britain's labour market, Ten years of the New Deal. Department for Work and Pensions, 2008. <http://www.dwp.gov.uk/docs/pmnewdeal2-01-08.pdf> (skatīts 08.11.2011.)

Datubāzes

Eurostat datu bāze, <http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/population/data/database>

LR Centrālā statistikas pārvalde, www.csb.gov.lv, sadaļa „Datubāzes”

Nacionālā veselības dienesta Jaundzimušo reģistrs. <https://www.visr.eps.gov.lv/visr/default.aspx?action=2&rid=25>

PVO (WHO) European Health for All datubāze. <http://www.euro.who.int/en/what-we-do/data-and-evidence/databases/european-health-for-all-database-hfa-db2>

Veselības norēķinu centra dati, www.vnc.gov.lv

VEC (Veselības ekonomikas centra dati) <http://vec.gov.lv/lv/datu-bazes/latvijas-veselibas-un-veselibas-aprupes-reditaju-datubaze-dps/>

Tiesību akti un politikas dokumenti

Deklarācija par Valda Dombrovska vadītā Ministru kabineta iecerēto darbību. 26.10.2011. <http://www.mk.gov.lv/lv/mk/darbibu-reglamentejosie-dokumenti/valdibas-dek/> (skatīts 19.11.2011)

Eiropa 2020, Stratēģija gudrai, ilgtspējīgai un integrējošai izaugsmei. Eiropas Komisija. Brisele, 3.3.2010. http://ec.europa.eu/eu2020/pdf/1_LV_ACT_part1_v1.pdf (skatīts 08.11.2011.)

Ģimenes valsts politikas pamatnostādnes 2011.–2017. gadam. Labklājības ministrija, 2011. Pieejams: polsis.mk.gov.lv/LoadAtt/file57117.doc (skatīts 08.11.2011.)

Jaunatnes likums. <http://www.likumi.lv/doc.php?id=219771> (skatīts 8.11.2011.)

Koncepcija „Valsts ģimenes politika” (MK 28.05.2002. sēdes Nr.22 protokola 50.§, grozīts ar MK 15.07.2003. sēdes Nr.40 protokola 13.§ un MK 16.12.2003. sēdes Nr.64 protokola 49.§) polsis.mk.gov.lv/LoadAtt/file36511.doc (skatīts 8.11.2011.)

Ministru kabineta 2010. gada 18. augusta rīkojums Nr.490 „Par Sociālās drošības tīkla stratēģiju” <http://www.likumi.lv/doc.php?id=215386&from=off> (skatīts 25.11.2011.)

Ministru kabineta 2006. gada 19. decembra noteikumi Nr.1046. Veselības aprūpes organizēšanas un finansēšanas kārtība. <http://www.likumi.lv/doc.php?id=150766> (skatīts 08.11.2011.)

Ministru kabineta 2010. gada 7. decembra noteikumi Nr.1103 “Grozījumi Ministru kabineta 2000. gada 26. septembra noteikumos Nr.330 „Vakcinācijas noteikumi”” <http://www.likumi.lv/doc.php?id=222522> (skatīts 25.11.2011.)

Labklājības ministrija, 2011. Informatīvais ziņojums par Programmas dzimumu līdztiesības īstenošanai 2007.–2010. gadam izpildi. http://www.lm.gov.lv/upload/dzimumu_lidztiesiba/dokumentu_un_tiesibu_akti/lmzino_280311.pdf (skatīts 08.11.2011.)

Mātes un bērna veselības aprūpes stratēģija 2004.–2007.gadam. Ministru kabineta 13.02.2001. protokols Nr.7,§41

Onkoloģisko slimību kontroles programma 2009.–2015. gadam. polsis.mk.gov.lv/LoadAtt/file65105.doc (skatīts 25.11.2011.)

Programma dzimumu līdztiesības īstenošanai 2007.–2010.gadam, informatīvā daļa www.lm.gov.lv/upload/dzimumu...un.../programmaddz2007-10.doc (skatīts 25.11.2011.)

Rīcības plāns koncepcijas „Valsts ģimenes politika” īstenošanai 2004.–2013. gadam. polsis.mk.gov.lv/LoadAtt/file42210.doc (skatīts 08.11.2011.)

Rīcības plāns Mātes un bērna veselības aprūpes stratēģijas ieviešanai 2004.–2007. gadam. Veselības ministrijas 2004.gada 30.janvāra rīkojums Nr.26

Sabiedrības veselības pamatnostādnes 2011.–2017. gadam. www.vm.gov.lv/index.php?id=834&top=121 (skatīts 25.11.2011.)

Sabiedrības veselības stratēģija, 2001. www.politika.lv/index.php?f=1468 (skatīts 25.11.2011.)

Sabiedrības veselības stratēģijas ieviešanas rīcības programma 2004.–2010. gadam. [http://phoebe.vm.gov.lv/misc_db/web.nsf/bf25ab0f47ba5dd785256499006b15a4/17cb8c1218bf81cdc2257313001f391a/\\$FILE/sab_ves_ricprogr.pdf](http://phoebe.vm.gov.lv/misc_db/web.nsf/bf25ab0f47ba5dd785256499006b15a4/17cb8c1218bf81cdc2257313001f391a/$FILE/sab_ves_ricprogr.pdf) (skatīts 25.11.2011.)

Darba grupas

HIV infekcijas, tuberkulozes un seksuālās transmisijas infekciju izplatības ierobežošanas koordinācijas komisijā <http://www.vm.gov.lv/index.php?id=822&top=0> (skatīts 25.11.2011.)

Mātes un bērna veselības konsultatīvā padome <http://www.vm.gov.lv/index.php?id=816&top=92> (skatīts 25.11.2011.)

Darba grupa priekšlikumu izstrādei pašvaldību lomas stiprināšanai primārajā veselības aprūpē un veselības veicināšanā <http://www.vm.gov.lv/index.php?id=847&top=0> (skatīts 25.11.2011.)

Mācību saturs

VISC, 2008. Veselības mācība. Vispārējās vidējās izglītības mācību priekšmeta programmas paraugs. 19. lpp. http://visc.gov.lv/saturs/vispizgl/programmas/vidskolai/veselibas_maciba_220508_labots_26052008.pdf (skatīts 25.11.2011.)

VISC, 2010. Sociālās zinības 1.–9. klasei. Pamatizglītības mācību priekšmeta programmas paraugs. <http://visc.gov.lv/saturs/vispizgl/programmas/pamskolai/soczin.pdf> (skatīts 25.11.2011.)